

# CONGRESO IBEROAMERICANO DE EPIDEMIOLOGÍA Y SALUD PÚBLICA

## XXXI Reunión Científica de la Sociedad Española de Epidemiología

## XV Congreso de la Sociedad Española de Salud Pública y Administraciones Sanitarias

## VIII Congresso da Associação Portuguesa de Epidemiologia

### La ciencia y la práctica de las políticas de salud: “La inteligencia de la salud pública”

Granada, 4-6 de septiembre de 2013

## COMUNICACIONES ORALES

### La violencia como problema de salud pública

Miércoles, 4 de septiembre de 2013. 09:00 a 11:00 h  
Salón de Actos

Moderan: Isabel Ruiz Pérez y Elaine Tomasi

#### 155. PERCEÇÃO DA VIOLÊNCIA EM IDOSOS: RELATO DOS PROFISSIONAIS DE CENTROS DE SAÚDE E CENTROS DE DIA

C.V. Figueira Veríssimo

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

**Antecedentes/Objetivos:** A violência no idoso é um fenómeno real e um problema de saúde pública, em expansão, que carece de análise. Estudos referem que 10% dos cuidadores formais de idosos no domicílio e outros lugares relatam violência física no idoso e 40% psicológica, sendo a violência psicológica/verbal e a negligência o tipo de violência mais relatada nos lares de idosos (OMS, 2011). Descrever os tipos e indicadores de violência no idoso relatado pelos profissionais; identificar os locais onde decorre a violência e os potenciais agressores.

**Métodos:** Estudo descritivo, transversal, de caracterização da violência nos idosos através do relato dos profissionais de três Centros de Dia e dois Centros de Saúde da Região Centro de Portugal, amostra por conveniência de 124 profissionais. Aplicou-se um questionário adaptado de Hugonot (2003), com 15 itens, do qual consta a caracterização sociodemográfica, a observação dos tipos e indicadores de violência, locais onde ocorre a violência e tipos de agressores.

**Resultados:** Os profissionais inquiridos eram maioritariamente do sexo feminino, com média de idades de 43,2 anos e habilitações literárias a licenciatura (32,3%), eram na sua maioria, ajudantes de ação direta (33%), seguidos dos enfermeiros (17,0%). Os tipos de violências mais referenciadas foram: negligências graves (70,9%), violência psicológica (63,5%) e financeira (48,6%). Foram referenciados como indicadores de maus tratos para a violência física, em maior percentagem, o abuso de calmantes (31,3%) e as equimoses (31,1%); para a violência psicológica a colocação à força em instituições com 59,3%, as palavras injuriosas e humilhações (56,8%) e o isolamento (50,9%). Foi referido

para a violência financeira a exploração financeira e roubos de bens e para a negligência a privação de cuidados de higiene (64,3%). Os profissionais referiram maioritariamente que a observação dos maus tratos tinha ocorrido em casa (62,3%) e 66,1% identificaram os familiares como os responsáveis por esses maus tratos. Nas instituições, 68,3%, referenciaram os profissionais que prestam serviços de limpeza e cuidados de higiene/alimentação.

**Conclusiones:** Os tipos de violência referenciados foram na sua maioria a negligência, violência psicológica e financeira e aconteceram em casa com os familiares. Apesar das limitações do estudo, consideramos que contribui para um maior conhecimento acerca desta temática, potenciando assim a intervenção multidisciplinar nesta área, junto da família, dos idosos e profissionais, de modo a prevenção deste problema.

#### 479. MORTALIDADE DE MULHERES POR AGRESSÕES NO BRASIL NO PERÍODO 2007-2011

L.P. Garcia, L.R. Freitas, D. Höfelmann

Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; Universidade de Brasília.

**Antecedentes/Objetivos:** A violência contra a mulher é um importante problema de saúde pública no Brasil. O estudo teve como objetivos descrever a mortalidade de mulheres por agressões, as características das vítimas e da ocorrência e investigar sua tendência no período 2007-2011.

**Métodos:** Foi realizado estudo descritivo com dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). Foram considerados os óbitos correspondentes aos seguintes códigos da CID-10: X85-Y09 e Y35 (agressões e intervenções legais), e Y10-Y34 (eventos de intenção indeterminada). Foram calculadas taxas de mortalidade brutas e corrigidas mediante redistribuição da proporção dos eventos de intenção indeterminada, assim como a mortalidade proporcional. Regressão Linear foi empregada para estudo das tendências.

**Resultados:** No período 2007-2011 foram registrados 19.755 óbitos de mulheres por agressões e 14.717 de intenção indeterminada. Após correção, o número de óbitos elevou-se para 24.742, correspondendo a uma taxa de mortalidade de 5,2 por 100.000 mulheres no período. Em 2007 e 2011 as taxas de mortalidade foram, respectivamente, 4,8 e 5,0 por 100.000 mulheres, com tendência não estatisticamente significativa de aumento ( $\beta = 0,080$ ,  $p\text{-valor} = 0,459$ ). As principais causas foram agressão por meio de disparo de arma de fogo (50,9%), de objeto cortante, penetrante ou contundente (32,9%), enforcamento,

estrangulamento e sufocação (5,8%) e maus tratos (2,7%), incluindo força corporal, agressão sexual, negligência, abandono e outras síndromes de maus tratos. A faixa etária de 20-39 anos concentrou 52,4% dos óbitos. Mais da metade das mulheres que morreram eram pretas ou pardas (59,9%) e 39,2% eram brancas. Os óbitos ocorreram com maior frequência aos finais de semana (15,9% aos sábados e 19,3% aos domingos) em relação aos demais dias da semana (em torno de 12,0%). O local de ocorrência mais frequente foi via pública (30,1%), seguido por domicílio (28,7%) e estabelecimentos de saúde (25,7%). Taxas de mortalidade corrigidas mais elevadas foram observadas nas regiões Centro-Oeste, Nordeste e Sudeste (2,9, 2,7 e 2,6 por 100.000 mulheres, respectivamente) e em municípios de grande porte (2,9 por 100.000 mulheres) e metrópoles (3,6 por 100.000 mulheres).

**Conclusiones:** No período estudado, ocorreram, por dia, em média 14 óbitos de mulheres por agressões no Brasil. Observou-se concentração dos óbitos aos finais de semana e elevada proporção de ocorrência nos domicílios, sugerindo violência intrafamiliar. Suporta-se a adoção de medidas visando a evitar tais mortes, consideradas socialmente inaceitáveis.

### 357. VIOLENCIA DE GÉNERO EN MUJERES INMIGRANTES: PERCEPCIONES DE LOS PROFESIONALES QUE LAS ATIENDEN

E. Briones Vozmediano, M.C. Davó Blanes, M. García de la Hera, I. Goicolea Julián, C. Vives Cases

*Universidad de Alicante; Departamento de Salud Pública, Historia de la Ciencia y Ginecología, Universidad Miguel Hernández; Department of Public Health and Clinical Medicine, Umea University (Suecia); CIBER Epidemiología y Salud Pública; Instituto Interuniversitario de Desarrollo Social y Paz, Centro Colaborador de la OMS de Inclusión Social y Salud.*

**Antecedentes/Objetivos:** Las mujeres inmigrantes constituyen un colectivo especialmente vulnerable ante la violencia de género (VG). Los profesionales pueden ser una pieza clave para disminuir sus barreras de acceso a los servicios de atención a la VG. Este estudio se plantea explorar cómo profesionales pertenecientes a distintos ámbitos perciben la VG en mujeres inmigrantes.

**Métodos:** Se realizaron 29 entrevistas en profundidad y 4 grupos de discusión con un total de 43 profesionales (trabajadores sociales, psicólogos, mediadores interculturales, jueces, policías, abogados y agentes de salud) de Servicios Sociales (PSS, 15), Asociaciones (PAS, 16) y Ámbito Policial Judicial (PPJ, 12) de Barcelona, Madrid, Valencia y Alicante durante 2011. La estrategia de muestreo fue teórica. Las entrevistas se transcribieron literalmente y con ayuda del software informático Atlas.ti-5 se codificaron y agruparon en categorías. Se utilizó la técnica de análisis de contenido cualitativo.

**Resultados:** Se identificaron 3 categorías: la visión del perfil de las mujeres inmigrantes que sufren VG, la del perfil de sus agresores, y la visión del rol profesional. Profesionales de los tres ámbitos coinciden en que las mujeres inmigrantes maltratadas sufren baja autoestima, anulación psicológica y autoaislamiento. PAS las reconocen sumisas y débiles mientras que PPJ fuertes e inteligentes. PAS consideran que la dependencia afectiva es la principal dificultad para salir de la violencia, en cambio PSS y PPJ piensan que son las dificultades del proceso migratorio. Todos coinciden en que el agresor es manipulador y consume alcohol. PAS y PSS los describen celosos, impulsivos, agresivos y excéntricos, y PPJ como personas frustradas en su rol masculino. Las tres culturas predominantes que acceden a los servicios son la árabe, latina y de Europa del este. Todos los ámbitos perciben una normalización de la violencia en estas culturas. Los profesionales muestran empatía o culpabilizan a las mujeres, independientemente del ámbito profesional donde desempeñan su actividad.

**Conclusiones:** Los profesionales que acompañan a las mujeres durante todo el proceso de búsqueda de ayuda para abandonar la VG tienen actitudes críticas y culpabilizadoras de la mujer que dificultan la concienciación y superación de este problema. Incrementar la formación de todos los profesionales es fundamental para fomentar la eficacia de las intervenciones y mantener la adherencia con los servicios.

### 114. CONSUMO DE ALCOHOL Y VIOLENCIA DE GÉNERO EN MUJERES INMIGRANTES EN ESPAÑA: UN ESTUDIO SOBRE SUS PAREJAS

D. Gil-González, C. Vives-Cases

*Universidad de Alicante; CIBER Epidemiología y Salud Pública.*

**Antecedentes/Objetivos:** En el estudio de la violencia contra las mujeres, se ha generado más conocimiento científico sobre el perfil de las propias mujeres maltratadas que sobre el de sus agresores. Todavía existe escaso conocimiento sobre los factores socioeconómicos y psicosociales que caracterizan a los agresores. Este estudio tiene como objetivo analizar las principales características socioeconómicas y psicosociales de los agresores, basándose en la situación de violencia de género de los principales colectivos de mujeres inmigrantes en España.

**Métodos:** Estudio transversal de 1600 mujeres procedentes de Ecuador, Marruecos y Rumanía residentes en las ciudades y municipios pertenecientes a las provincias de Madrid, Valencia y Barcelona (2011). Mujeres captadas en la calle: colegios, parques, consulados y oficinas de extranjería, centros comerciales y lugares de culto. Variable dependiente: violencia en la pareja en el último año (Index of Spouse Abuse). Variables independientes relacionadas con el agresor: país de origen, edad, nivel de estudios, situación laboral, clase social, salario, años de estancia (origen extranjero) y consumo de alcohol. Se realizó un estudio descriptivo y analítico.

**Resultados:** A partir de las respuestas de las mujeres que manifestaron sufrir maltrato, se identificó que los agresores son fundamentalmente de origen extranjero ( $p < 0,05$ ). Además, se caracterizan por ser mayores de 40 años (15,4%), con estudios primarios (14,4%), de clase social manual (12,3%), con ingresos menores de 645 euros (14,9%), con más de 10 años de estancia en España (14,9%) y consumidores de alcohol a diario (21,4%). El consumo de alcohol diario por parte de las parejas fue el único factor que apareció asociado a su conducta violenta contra las mujeres marroquíes (ORa 6,19 [2,01-19,07]), ecuatorianas (ORa 3,28 [1,85-5,80]) y rumanas (ORa 2,84 [1,27-6,31]).

**Conclusiones:** Los resultados obtenidos confirman la importancia del consumo de alcohol como factor de riesgo asociado a la violencia contra las mujeres, incluso teniendo en cuenta el efecto de otras circunstancias sociales que afectan a la población inmigrante. Este factor está siendo incorporado en los programas de tratamientos de agresores, aunque los profesionales creen necesario profundizar en cómo abordar con eficacia la prevención de la violencia y del consumo de sustancias teniendo en cuenta las particularidades de ambas problemáticas.

### 828. VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y CONSUMO DE ALCOHOL EN ADOLESCENTES DE LA REGIÓN DE MURCIA

M. Moñino García, I.J. San Lázaro Campillo, J. Mendiola Olivares, E. Piñero Ruíz, J.J. Arense Gonzalo, E. Sánchez Hernández, L. Mínguez Alarcón, A. Cutillas Tolín, A.M. Torres Cantero

*Departamento de Ciencias Sociosanitarias, Facultad de Medicina, Universidad de Murcia.*

**Antecedentes/Objetivos:** La familia constituye el principal sistema de apoyo para el adolescente. Las interrelaciones e interdependencias

entre los miembros de la familia son esenciales para preservar la salud del adolescente. La violencia intrafamiliar o interpersonal son un grave problema de salud pública y de derechos humanos. El objetivo de este estudio es comprobar si existe asociación significativa entre la violencia psicológica y física en el entorno familiar y, el uso de alcohol en el adolescente.

**Métodos:** El marco muestral fueron los centros de Enseñanza Secundaria Obligatoria de la Región de Murcia con un muestreo aleatorio de 30 centros en el año 2007. Se realizó un muestreo estratificado en cada uno de los centros, siendo los estratos los cursos de la ESO. En cada estrato, se tomó un aula con todos los alumnos presentes en clase el día de realización de la encuesta. En total se recogieron 2552 encuestas, limitado a 2290 alumnos entre 12 y 16 años. El cuestionario incluía información sociodemográfica, consumo de tabaco y alcohol, ambiente familiar, etc. El análisis de datos se realizó con el paquete estadístico SPSS 18.0, descriptivo y bivalente con el modelo de regresión logística.

**Resultados:** En el análisis bivalente, entre consumo de alcohol y relaciones violentas en el entorno familiar de adolescentes, encontramos que todos los valores son estadísticamente significativos como factores de riesgo respecto al consumo de alcohol para los dos tipos de violencia, tanto verbal como física con el padre, la madre, hermanos o entre adultos con los que convive. En chicas, ser testigo de amenazas y golpes entre los adultos presenta un mayor riesgo de consumo de alcohol (OR: 3,25; IC95%: 1,99-5,29) que cualquiera de las situaciones en que es ella víctima de alguna forma de violencia. Con un riesgo inferior le siguen amenazas y golpes con la madre (OR: 2,19; IC95%: 1,49-3,20) e insultos y gritos con la madre (OR: 1,90; IC95%: 1,47-2,45). Para chicos, la mayor frecuencia de consumo de alcohol se asocia con la presencia de amenazas y golpes con el padre (OR: 2,41; IC95%: 1,69-3,44), seguido de los insultos y gritos con la madre (OR: 2,36; IC95%: 1,83-3,05) e insultos y gritos con el padre (OR: 2,16; IC95%: 1,67-2,79).

**Conclusiones:** El uso de alcohol es significativamente más frecuente en chicos y chicas expuestos en su ambiente familiar a cualquier tipo de violencia, psicológica o verbal y física. Aunque habría que tener una especial atención en chicas, cuando son testigos de la violencia física entre adultos y, en chicos, cuando se produce la violencia física, de amenazas y golpes, con el padre.

## 826. PREVALÊNCIA DE VIOLÊNCIA ENTRE PARCEIROS ÍNTIMOS NA EUROPA

D. Costa, J.J. Soares, J. Lindert, E. Hatzidimitriadou, O. Sundin, O. Toth, E. Ioannidi-Kapolo, O. Degomme, J. Cervilla

*University of Porto; Mid Sweden University; Protestant University of Applied Sciences Ludwigsburg; Kingston University and St George's University of London; Hungarian Academy of Sciences; National School of Public Health Athens; Ghent University; University of Granada.*

**Antecedentes/Objetivos:** A violência entre parceiros íntimos é em todo o mundo um problema social, político, económico e de saúde que permanece mal conhecido, com a maioria dos estudos a descreverem a realidade vivida por mulheres, e apresentando várias limitações metodológicas. Com o presente estudo, pretendemos estimar a extensão da violência entre parceiros íntimos, homens e mulheres adultos da população geral, residentes em diferentes centros urbanos europeus, avaliados através de um protocolo padronizado.

**Métodos:** Avaliaram-se amostras probabilísticas de adultos (18-65 anos) residentes em Estugarda-Alemanha (n = 546), Atenas-Grécia (n = 548), Budapeste-Hungria (n = 604), Porto-Portugal (n = 635), Ostersond-Suécia (n = 592) e Londres-Reino Unido (n = 571), com um questionário composto por perguntas e escalas

validadas, incidindo sobre dimensões da saúde física e mental, aspectos sociodemográficos e características das relações interpessoais. As "Revised Conflict Tactics Scales" foram utilizadas para medir a frequência de actos de agressão psicológica e física, coerção sexual e lesões, que ocorreram em relação íntima no último ano e ao longo da vida.

**Resultados:** Foram avaliados 3.496 participantes (mulheres = 2.026). A prevalência de qualquer acto de vitimização de agressão psicológica no último ano, estandardizada para a idade, variou entre 47% nas mulheres húngaras e 72% nos homens gregos. A vitimização de agressão física no último ano variou entre 8% nas mulheres portuguesas e 31% nos homens gregos. A coerção sexual variou entre 5% nos homens húngaros e 25% nas mulheres alemãs. Lesões ocorreram entre 1,4% nas mulheres suecas e 8% nas mulheres alemãs. As estimativas de prevalência de perpetração foram equivalentes em magnitude às estimativas de vitimização, em todos os países e ambos os sexos, excepto para a coerção sexual, em que proporcionalmente mais homens reportaram ter perpetrado, com diferenças estatisticamente significativas para a comparação entre sexos em todos os países, excepto na Alemanha.

**Conclusiones:** A violência entre parceiros íntimos é frequente na Europa. Observam-se grandes variações geográficas nas estimativas de prevalência de vitimização e perpetração dos vários tipos de violência comumente avaliados. Contudo, estas prevalências são muito semelhantes quando comparados homens e mulheres em cada país, excepto para a coerção sexual. A prevenção da violência deverá ser recontextualizada e considerar a observada simetria de género.

## 1064. VIOLENCIA EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA EN LA COMUNIDAD VALENCIANA, 2007-2011

M.J. Redondo, M.L. Carpio, C. Martín, L. Gimeno, R. Ramón, J.A. Lluch, C. Martos

*Dirección General de Salud Pública. Conselleria de Sanitat; Centro Superior de Investigación en Salud Pública (CSISP-FISABIO); CIBERESP; Universidad de Valencia.*

**Antecedentes/Objetivos:** Conocer la magnitud y características de situaciones de violencia facilita la prevención e intervención apropiada en los afectados. Objetivos: 1) Estimar la incidencia y características de las situaciones de violencia en menores de 18 años notificadas por el sistema sanitario de la Comunitat Valenciana (CV) en 2007-2011; 2) Analizar su variabilidad entre los 24 Departamentos de Salud (DS); 3) Identificar agrupaciones de indicadores de violencia cuando se presenta más de un indicador.

**Métodos:** Los casos se obtuvieron de las Hojas de Notificación para la Atención Sociosanitaria Infantil y la Protección de Menores (HNASIPM) cumplimentadas en el ámbito sanitario de la CV. Se calcularon las tasas brutas de incidencia y ajustadas por edad por el método directo y sus intervalos de confianza al 95% (IC95%). La población de la CV del periodo 2007-2011 se utilizó como estándar. La agrupación de los 66 indicadores de violencia de la HNASIPM se estudió mediante análisis de conglomerados jerárquico.

**Resultados:** En el periodo 2007-2011 se notificaron 2054 casos, con una tasa de 42,5 por 100.000 menores-año (IC95%: 40,7-44,4). La razón de incidencia niñas/niños fue de 1,4 y de 4,7 en el grupo de 14-17 años. El 46,3% de los casos ocurrieron en menores de 5 años, siendo el 44,1% de ellos menores de 1 año, con una tasa de 169,8 por 100.000. Hubo amplia variabilidad en las tasas de incidencia entre los DS, siendo el rango de tasas ajustadas de 7,1 (DS Torrevieja) y 128,0 por 100.000 (DS Valencia-Hospital General). En relación con los indicadores, en el 58,8% se declararon factores familiares, en el 39,2% maltrato físico, en el 13,8% factores emocionales-comportamentales y en el 9,8% abuso sexual. Se observó mayor frecuencia de maltrato

físico em los niños (43,8% de niños maltratados) respecto a las niñas (36,0% de niñas maltratadas). El abuso sexual fue más frecuente en niñas que en niños (12,5% y 6,3% respectivamente). En 29,6% de los casos confluyeron varios indicadores. Se observó agrupamiento de factores familiares de precariedad con factores de descuido en el menor; de violencia familiar con necesidades médicas no atendidas en el menor y antecedentes de maltrato en otros hijos con maltrato físico en el menor.

**Conclusiones:** La menor incidencia obtenida respecto a otros estudios y la variabilidad geográfica podrían deberse, al menos en parte, a infradeclaración en la notificación. La mayor vulnerabilidad frente a la violencia se da en los menores de un año. El género influye en la magnitud y tipología de la violencia. Situaciones familiares de precariedad y violencia doméstica se asocian a desprotección y maltrato en los menores.

#### 465. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS NOTIFICAÇÕES DE VIOLÊNCIA NO ESTADO DE MINAS GERAIS, BRASIL

S.S. Miranzi, C.C. Atihe, A.E. Almeida

UFTM.

**Antecedentes/Objetivos:** Esse trabalho tem como objetivo descrever o perfil epidemiológico dos casos de notificação de violência no estado de Minas Gerais, Brasil entre 2009 e 2010 e sua incidência, mortalidade e letalidade; analisar a completude dos campos da ficha de notificação e mapear/verificar os municípios notificantes.

**Métodos:** As bases de dados foram provenientes do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), os dados populacionais foram provenientes do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Os dados foram analisados no programa estatístico "Statistical Package for Social Sciences" SPSS versão 16.0. A pesquisa foi realizada baseada no número de notificações segundo sexo, faixa etária e tipos de violência. Como critério de inclusão definiu-se que a notificação deve ter ocorrido no estado de Minas Gerais/ Brasil e a vítima ser residente neste estado.

**Resultados:** Averiguou-se que em 2009 houve 2231 casos e em 2010 houve 6069 casos de violência notificados no estado. As principais vítimas da violência são mulheres, jovens (20-29 anos), brancas/pardas. A violência mais praticada foi a física, a maior parte ocorreu nas residências de zona urbana, o principal meio de agressão é a força corporal/ espancamento que atinge principalmente cabeça/face e resulta em lesões do tipo corte/perfuração/laceração. Houve um aumento da incidência de todos os tipos de violência estudados entre 2009 e 2010. Em relação à Violência Física a faixa etária de maior incidência foi entre 20 e 29 anos, 49,28 casos/100.000 hab. (habitantes) no sexo feminino e 32,27 casos/100.000 hab. no sexo masculino, no ano de 2010. Os coeficientes de Mortalidade e Letalidade também aumentaram entre 2009 e 2010. A faixa etária de maior mortalidade e letalidade foi entre 50 e 59 anos. Em 2010 a Mortalidade foi 1,11 óbitos/100.000 hab. no sexo masculino e 0,56 óbitos/100.000 hab. no sexo feminino e a Letalidade 8,80% no sexo masculino e 3,52% no sexo feminino. Houve uma quantidade significativa de fichas de investigação que apresentaram registros em branco ou ignorados, dificultando a análise de algumas variáveis. 23,79% dos municípios do estado realizaram a notificação dos casos de violência.

**Conclusiones:** Conclui-se que o tipo de violência mais notificado foi a física, predominou no sexo feminino, houve aumento de incidência, mortalidade e letalidade da violência comparando os dois anos de estudo. Há excesso de incompletude dos campos da ficha de notificação e poucos municípios de Minas Gerais notificam os casos de violência.

#### 808. NOTIFICAÇÕES DE VIOLÊNCIAS DOMÉSTICAS, SEXUAL E/OU OUTRAS: QUALIDADE DOS DADOS, BRASIL, 2011

R. Monteiro, A. Vinci, A. Neves, E. Paiva, A. Pedrosa, M. Mascarenhas, D. Alves, M. Silva, D. Malta

*Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; Departamento de Vigilância e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde.*

**Antecedentes/Objetivos:** A violência é um problema de saúde pública no mundo todo. No Brasil, o Ministério da Saúde reconhece a necessidade de ações de vigilância, prevenção de doenças e promoção da saúde que consolidem a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Para tal, implantou o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) com notificações sobre ocorrências de violências domésticas, sexual e/ou outras violências, registrados no Sistema Nacional de Informação de Agravos e Notificação. Esses dados permitem ampliar o conhecimento sobre características da violência com análise de situação local, regional ou nacional. Diante deste cenário, o objetivo principal é mostrar os critérios de correção e validação dos dados para uma análise com qualidade.

**Métodos:** Estudo descritivo com auditoria dos dados e desfecho de exclusão e correção da informação. O instrumento de coleta é a Ficha de notificação de violências do Brasil de 2011, analisados no software SPSS. Na primeira etapa, foram exclusões sobre duplicidades com aplicativo ReLink, por critérios da área Técnica de Vigilância e Prevenção de Violências e Acidentes ou exclusões de inconsistências. Na segunda etapa, a correção de inconsistência de erros por meio de uma análise exploratória com detecção de erros.

**Resultados:** O total de notificações analisadas foi 120 mil casos. Na primeira etapa, foram excluídos 456 casos de duplicidades, e nas inconsistências: 30 casos de fetos notificados; 5294 casos de ausência do tipo de violência sofrida; 155 casos de acidentes de trânsito; 6528 casos de violência urbana sofrida por homens de 20 a 59 anos; 7 casos de maiores de 16 anos com trabalho infantil sem outro tipo de violência notificada. Concluindo a primeira etapa com 107.530 notificações. Na segunda etapa, as correções nas variáveis: (i) idade, baseando na data de nascimento e de ocorrência; (ii) lesão autoprovocada e autor como própria pessoa, foi possível recodificar 432 casos como tentativa de suicídio; (iii) 12 casos de crianças foi possível imputar o valor de não se aplica; (iv) local de residência em branco com residência fora do Brasil. Foram verificados 27 estados brasileiros, média de 12% de exclusões, mínimo de 2,2% e máximo de 28,1%.

**Conclusiones:** Monitorar a qualidade dos dados das notificações de violências é importante para subsidiar os gestores de saúde com informações valiosas, e despertar a atenção da vigilância com alertas sobre o padrão de qualidade obtido da informação coletada e disseminada.

#### 23. MUJERES MARROQUÍES, RUMANAS Y ECUATORIANAS RESIDENTES EN ESPAÑA FRENTE A LA VIOLENCIA DE SUS PAREJAS

C. Vives-Cases, D. Gil-González, D. La Parra

*Universidad de Alicante; CIBER de Epidemiología y Salud Pública; Instituto Interuniversitario Desarrollo Social y Paz. Centro Colaborador de la OMS de Inclusión Social y Salud.*

**Antecedentes/Objetivos:** Estudio transversal de mujeres inmigrantes procedentes de Ecuador, Marruecos y Rumanía residentes en las ciudades y municipios pertenecientes a las provincias de Madrid, Valencia y Barcelona (2011).

**Métodos:** Mujeres captadas en la calle: colegios, parques, consulados y oficinas de extranjería, centros comerciales y lugares de culto. Muestra inicial: 536 encuestas por colectivo (1.608). Este estudio se centra en las 194 mujeres que dijeron estar en una situación de malos tratos en la pareja o análogo en el último año. Variables dependientes: 1) Intentar salir de la situación de malos tratos (Sí/No); 2) Búsqueda de ayuda formal (Sí/No). Variables independientes y de ajuste: sociodemográficas, nivel gravedad malos tratos. Estudio descriptivo y analítico.

**Resultados:** El 84% de las mujeres del estudio dijeron haber intentado resolver su situación de malos tratos, sobre todo, hablando con su agresor o su familia más que buscando ayuda formal (en instituciones o profesionales). El país de origen y el nivel de religiosidad se asociaron a una mayor probabilidad de hacer frente a la violencia en la pareja. Las mujeres separadas presentaron una probabilidad 12 veces mayor que las casadas de buscar ayuda formal. También las mujeres en una situación de malos tratos grave (ORajustada 6,25 [2,34-16,69]) en comparación con aquellas en una situación de menor gravedad.

**Conclusiones:** Una mayoría abrumadora de las mujeres de este estudio dijeron haber intentado enfrentarse a la situación de malos tratos, pero la búsqueda de ayuda en profesionales, instituciones, denuncias, etc. parecen mostrarse como alternativas en caso de malos tratos graves o en el contexto de parejas divorciadas. La consistencia de los resultados con los obtenidos en otros estudios sugiere la necesidad de desarrollar estrategias más efectivas de prevención terciaria.

## 708. DIFERENCIAS DE GÉNERO EN LA VIOLENCIA DE PAREJA

V. Escribà-Agüir, J. Fons-Martínez, J.A. Lluch-Rodrigo

*Direcció General de Salut Pública; CIBERESP.*

**Antecedentes/Objetivos:** La literatura a nivel europeo sobre diferencias de género en la magnitud y perfil socio-sanitario de la violencia de pareja (VP) es escasa. Los objetivos son: a) valorar si existen diferencias de género en el perfil sociodemográfico de los casos de VP en la Comunitat Valenciana (CV) y b) analizar si existen diferencias según género en las características de la agresión, el estado emocional de la víctima, tipología de las lesiones y atención sanitaria recibida.

**Métodos:** Los datos proceden de los casos de violencia declarados en el 2011 por medio del "Informe Médico por Presunta Violencia Doméstica (adultos)" (IMPV) de la CV. Las variables analizadas son: a) variables sociodemográficas (edad, estado de convivencia, nivel de estudios, país de origen y estatuto de empleo), b) características de la agresión (tipo de violencia, presencia de antecedentes de maltrato, relación con el agresor, lugar de la agresión), c) estado emocional de la víctima y descripción de las lesiones físicas y d) atención sanitaria recibida (pruebas diagnósticas, tratamiento, derivación practicada). Se ha realizado un análisis descriptivo, calculando la distribución de frecuencias y tasas por 100.000.

**Resultados:** La tasa de IMPV es 8 veces superior en las mujeres. Se aprecian diferencias de género en la tasa de IMPV según edad. En las mujeres la tasa disminuye a partir de los 20 años y en los hombres es constante. En ambos sexos las mayores tasas se dan en personas que conviven en pareja, extranjeras, con menor nivel de estudios y sin trabajo remunerado. Entre los extranjeros de ambos sexos las mayores tasas se dan en los procedentes de América Latina. En los hombres es más frecuente el maltrato de tipo físico (30%) que en las mujeres (19%). Casi la mitad de las personas a las que se ha emitido un IMPV presentan una alteración del estado emocional (44,5% en mujeres y 37,7% en los hombres). En ambos sexos los síntomas relacionados con el estado emocional más frecuentes son: ansiedad, la-

bilidad emocional, miedo y baja autoestima. Más de la mitad de las personas a las que se ha emitido un IMPV presentan algún tipo de lesión física y no se evidencia diferencias según género en la tipología de lesiones físicas. La frecuencia de pruebas diagnósticas es superior en mujeres (23% frente 16% en hombres). La frecuencia de tratamiento farmacológico es superior en mujeres (82% frente a un 66% en hombres). En los hombres se practican más curas locales (35% frente a 22% en mujeres). En ambos sexos los casos de IMPV son atendidos mayoritariamente en urgencias de atención primaria o a nivel hospitalario.

**Conclusiones:** Existen diferencias según género en el perfil sociodemográfico de los casos de VP, en las características de la agresión y en el tipo de atención sanitaria recibida. Esto ayudará a orientar el problema en el ámbito sanitario.

## Detección y control de brotes epidémicos

*Miércoles, 4 de septiembre de 2013. 09:00 a 11:00 h  
Aula 1*

*Modera: Joan A. Caylà*

### 24. BROTE DE TOSFERINA EN GRANADA EN EL AÑO 2011

B. Martínez Romero, M.M. Mochón Ochoa, M.D. Galicia García, J. Laguna Sorinas

*Delegación Territorial de la Consejería de Salud y Bienestar Social Granada; UGC Medicina Preventiva Vigilancia y Promoción de la Salud de Granada.*

**Antecedentes/Objetivos:** La tosferina supone un importante problema de salud pública. En los últimos años se ha detectado un incremento de los casos principalmente en adolescentes, adultos jóvenes y lactantes siendo estos últimos la población con mayor tasa de hospitalizaciones y de mortalidad por esta enfermedad. Los problemas en la efectividad y duración de la inmunidad vacunal junto con la mayor sospecha diagnóstica, mejor vigilancia epidemiológica y nuevas técnicas de laboratorio hacen que la incidencia registrada de tosferina aumente. El objetivo del trabajo es describir las características epidemiológicas del brote de tosferina ocurrido en Granada en 2011.

**Métodos:** Se revisaron los casos de tosferina ocurridos durante el año 2011. Se consideraron como variables la semana epidemiológica, el distrito sanitario, la edad, el sexo, el lugar de detección, la hospitalización y la confirmación de laboratorio. Se calculó la tasa de esta enfermedad durante el año 2011 en la provincia y por distritos sanitarios. Se revisó la información recogida sobre antecedentes de tos en familiares y el estado de vacunación de los enfermos.

**Resultados:** Durante el año 2011 se registraron 111 casos de tosferina en la provincia de Granada, cifra muy superior a la de años previos, siendo el índice epidémico de 8,54. La mayor concentración de enfermos se produjo entre las semanas epidemiológicas 20 y 40. Los casos se distribuyeron por toda la provincia con una tasa de 12,01 casos/100.000 habitantes. La mayor incidencia se presentó en los niños menores de un año (52% del total). El diagnóstico se realizó con más frecuencia en los hospitales (67,6%) que en las consultas de atención primaria (32,4%). Se confirmaron por laboratorio mediante PCR 107 casos (96,39% del total). El número de ingresos fue 34 (30,6% del total). Se registraron 31 ingresos en niños menores de un año (55,35%

de los casos de esa edad). Se produjo el fallecimiento en 2 niños de 3 y 7 semanas. En 13 casos existía un antecedente en la familia de clínica catarral o tos. Se detectaron 7 pares de casos familiares y dos casos en un mismo centro escolar. El estado vacunal de los enfermos fue incompleto en la mayoría de las ocasiones dada la corta edad de muchos de los casos.

**Conclusiones:** Nuevas estrategias y nuevas vacunas más adecuadas a las cepas circulantes pueden ayudar a un mejor control de la tos ferina. Es aconsejable la vacunación con dTpa de las mujeres en el último trimestre del embarazo o durante el puerperio así como del resto de personas en contacto estrecho con recién nacidos que evite la transmisión de la enfermedad a los lactantes como grupo de población más vulnerable.

## 92. LEGIONELOSIS POR FUENTE DE INFECCIÓN INTERMITENTE: ¿CLUSTER O BROTE EPIDÉMICO?

D.C. Chaparro Barrios, L.R. Ciancotti Oliver, J. Bayo Gimeno, M.T. Blesa Algas, A.M. Míguez Santiyán, P. Mañes Flor, V.C. Zanón Víguer, A. Salazar Cifre

*Medicina Preventiva y Salud Pública, HUDP; Servicio de Epidemiología, Centro de Salud Pública, Valencia.*

**Antecedentes/Objetivos:** La legionelosis como brote epidémico constituye una alarma sociosanitaria. Habitualmente aplicamos los criterios: espacio, tiempo y persona para identificar brotes epidémicos, aunque podrían estar condicionados por las características de la fuente de infección. Nuestro objetivo es mostrar que un brote y sus medidas preventivas no siempre se ajustan a criterios académicos predeterminados.

**Métodos:** Estudio longitudinal bidireccional de cohorte de casos confirmados en 2012. Analizamos: edad, sexo, inicio de síntomas, comorbilidad, domicilio e itinerarios. Mediante GIS ubicamos casos, domicilio e itinerarios estimándose sus buffers de agregación, instalaciones de riesgo y redes de suministro de agua. Se recogieron muestras de esputo de los casos y de agua en sus domicilios (lavabo, ducha) y en las instalaciones de riesgo frecuentadas por ellos hasta 10 días antes del inicio de los síntomas. Se determinó carga microbiológica y niveles de cloro. Se aplicó un análisis bivariante para el contraste de las características de los casos, no-paramétricos en las desproporciones y paramétricos en el contraste de medias.

**Resultados:** Se diagnosticaron 41 casos 2012. La distribución espacial mostró una concentración de 10 casos en el noroeste (NO) de la ciudad entre 28/9 y 1/12. La media de edad de estos fue 16 años inferior al resto de enfermos (47,6 vs 63,5 años,  $t = -2,508$ ;  $p = 0,016$ ). La hospitalización fue más frecuente (96,77%) en enfermos ajenos al NO de la ciudad. Fumar estuvo presente en 8 de 10 casos, en el resto fue del 43,3%. El análisis microbiológico mostró correspondencia entre las muestras de los pacientes y las ambientales. La red de difusores en jardines mostró una distribución diferencial para la zona NO con una razón de tasa de ataque en dicho territorio de 2,70 (IC95% 1,18-6,16).

**Conclusiones:** La fuerza de asociación muestra la concentración de casos al NO de la ciudad, concordante con los recorridos en zonas donde se encuentran 2 pozos que abastecen la red de riego a zonas ajardinadas. La edad y el hábito tabáquico fueron específicos de los casos asociados al brote. Son elementos de plausibilidad biológica la curva epidémica con periodos intermitentes de exposición y las muestras biológicas halladas en fuentes de baja intensidad de emisión. El período de sequía motivó el funcionamiento de los difusores del agua procedente de los pozos contaminados. Tras el inicio de una breve temporada de lluvias y el cese del riego finalizaron los casos de Legionella. Concluimos que la vigilancia de la Legionella debe considerar el criterio de temporalidad en relación a la intermitencia de la fuente de infección.

## 188. TRANSMISIÓN DE LA TOS FERINA EN LOS DOMICILIOS EN CATALUÑA Y NAVARRA, 2012

P. Godoy, D. Toledo, G. Carmona, J. Álvarez, M. Carol, M.R. Sala, P. Plans, J. Castilla, A. Domínguez

*Agencia de Salud Pública de Cataluña; Agencia de Salud Pública de Barcelona; Instituto de Salud Pública de Navarra; Universidad de Barcelona; Hospital Sant Joan de Déu.*

**Antecedentes/Objetivos:** La tos ferina presenta una elevada contagiosidad, por lo que es importante conocer los patrones de transmisión en la comunidad. El objetivo fue estimar la tasa de transmisión intrafamiliar de tos ferina y los factores asociados.

**Métodos:** Se realizó un estudio epidemiológico prospectivo, en los meses de enero a diciembre del 2012, sobre la incidencia de tos ferina entre los contactos domiciliarios de casos notificados y confirmados mediante estudio microbiológico o vínculo epidemiológico. Todos los contactos domiciliarios se censaron, encuestaron y se siguieron durante 30 días, recogiendo exposición, síntomas, dosis de vacuna y medidas preventivas. Se tomaron muestras de la nasofaringe de casos y contactos con clínica compatible para determinar la presencia de Bordetella pertussis por técnica de PCR y/o cultivo. Se calculó la tasa de transmisión en los domicilios (casos secundarios/contactos censados) con su intervalo de confianza (IC) del 95%. Los factores asociados a la transmisión se estudiaron mediante el cálculo del riesgo relativo (RR) con su IC del 95%. La existencia de asociación estadística se estudió con la prueba de 2 ( $p < 0,05$ ).

**Resultados:** Se estudiaron 324 casos índices confirmados. Un 33,7% eran menores de 1 año, 46,1% entre 1 y 10 años, 14,9% entre 11 y 18 años y el resto mayores de 18 años. El 49,8% fueron mujeres y un 51,7% presentaban antecedentes completos de vacunación. Se censaron un total de 1331 contactos domiciliarios y la incidencia de tos ferina entre ellos fue del 15,6% (IC95% 13,7-17,7). Estas tasas fueron superiores entre los hermanos de los casos índices (25,2% IC95% 15,5-45,0) e inferiores entre los padres (13,1% IC95% 8,0-35,0), las madres (14,5% IC95% 7,5-33,1) y los abuelos (6,5% IC95% 1,6-28,0). La incidencia fue superior en los menores de 1 año (RR = 3,1 IC95% 1,1-8,8), de 1-4 (RR = 3,5 IC95% 1,9-6,2), de 5-9 (RR = 2,7 IC95% 1,7-4,5), y de 10-18 (RR = 1,7 IC95% 1,1-2,7), y en los que no habían recibido quimioprofilaxis (RR = 1,5 IC95% 1,1-2,0). Entre los menores de 18 años la incidencia también fue superior en no vacunados o con vacunación incompleta (39,5%) frente a los vacunados con 4 dosis (27,7%) (RR = 0,70 IC95% 0,46-1,07).

**Conclusiones:** La tasa de transmisión intrafamiliar se considera elevada especialmente en menores de 10 años y no vacunados. Se debe de investigar los contactos familiares para detectar casos secundarios y establecer de forma rápida quimioprofilaxis. También se debe valorar la introducción de dosis adicionales de vacuna antipertúsica para reducir la transmisión en los domicilios.

## 509. BROTE DE LEGIONELOSIS EN UN HOTEL ORIGINADO POR UNA FUENTE DE INFECCIÓN INUSUAL

S. Guiral Rodrigo, H. Vanaclocha Luna, F. González Morán, V. Morera Sobà, V. Moya Martínez, L. Sánchez-Busó, R. Carbó Malonda, E. Pérez Pérez, J. Pérez-Panades

*Servei de Vigilància i Control Epidemiològic Comunitat Valenciana; CSISP.*

**Antecedentes/Objetivos:** Los brotes de legionelosis en hoteles se han relacionado con la colonización de su red de abastecimiento. Presentamos la investigación de un brote de legionelosis ocurrido en un hotel entre nov2011 y jul2012, caracterizado por la aparición intermitente de grupos de casos y por su compleja investigación.

**Métodos:** Estudio descriptivo y Caso-Control del cluster 3 con regresión logística condicional simple y múltiple. Investigación exhaustiva de instalaciones. Simulacros de diseminación de aerosoles. Análisis microbiológico, tipificación molecular en muestras (M) humanas y ambientales.

**Resultados:** Total de casos 43, 38 turistas y 5 trabajadores del hotel. Duración 7,5 meses (22/11/11-5/7/12), con 3 clusters y 1 caso aislado. El 58,1% (25) turistas europeos. El 53,5% hombres. Mediana edad 72 años (30-88). Defunciones 6 con edad media de 77,2. Hotel con 285 habitaciones y spa visible desde el hall por estructura de cristal-diamante. Solo 5 casos estuvieron en el spa. Los casos ocuparon 28 habitaciones en distintas plantas. Trabajadores con ocupaciones sin riesgo salvo uno de 30 años que tomaba M. ambientales. Cluster 1: 21 casos, 5 muertes, limpieza/desinfección, primer cultivo+ en spa con cierre hotel y reapertura vigilada. Cluster 2: 3 turistas, resultados+ spa. Sellado diamante. Cierre spa y reapertura vigilada. Cluster 3: 18 casos; cierre hotel e identificación de foco oculto, destrucción spa. M. ambientales analizadas: 206 biofilms (120 PCR+) y 699 agua (23 cultivos+). Cultivos/esputos de 17 M. clínicas. Tipificación molecular: Legionella pneumophila sg1 ST23 en 15 M. ambientales y 10 casos y ST578 en 5 M. ambientales y 1 caso, además de otros STs minoritarios. Estudio C-C: personas con estancias mayores de 7 días, riesgo mayor de enfermar que con las más cortas (OR-95% 11,8, p: 0,002). No evidencia de zonas con mayor riesgo. Brote controlado con 2 cierres del hotel y destrucción del spa.

**Conclusiones:** El spa actuó como fuente de infección a partir de un reservorio oculto en su estructura, no descrito hasta entonces. Las limpiezas-desinfecciones atenuaban la contaminación sin anularla y permitiendo un nuevo crecimiento de Legionella y nuevos casos. Los aerosoles contaminados se diseminaron al hall por las aristas del diamante, las escaleras y las conducciones de renovación de aire. El estudio C-C atribuyó el riesgo al tiempo de exposición generalizado en el hotel, concordante con la distribución generalizada del humo en el simulacro. La tipificación molecular de aislados clínicos y ambientales identificó cepas comunes de L. pneumophila ST23 y ST578, evidenciando el vínculo entre la fuente y los casos. Es necesario regular la construcción de los spa.

## 618. BROTE DE LEGIONELOSIS ASOCIADO A DISPOSITIVOS DE BAJO RIESGO EN UN RESTAURANTE

A. Estirado, M. Velasco, I. Rodero, M. Ordobás, A. Arce, M. Butler, C. Pelaz, F. González Candelas, J. Astray

*Subdirección de Promoción y Prevención; Servicio de Sanidad Ambiental. Consejería de Sanidad de Madrid; Centro Nacional de Microbiología, Instituto Carlos III; Consejo Superior de Salud Pública de Valencia.*

**Antecedentes/Objetivos:** Los dispositivos de menor probabilidad de proliferación y dispersión de legionela utilizados en restaurantes no suelen estar relacionados con brotes de legionelosis. La rápida activación del protocolo de vigilancia y control el día de la notificación de los primeros casos, permitió identificar un brote asociado a un restaurante, cuya investigación se presenta.

**Métodos:** Estudio descriptivo de un brote epidémico de legionelosis y de las principales medidas de control adoptadas. Se establece definición de caso, encuesta epidemiológica específica (con información sobre domicilio, trabajo y lugares visitados durante el periodo de incubación) y estudio molecular de muestras humanas y ambientales.

**Resultados:** El 27 de junio de 2012 se notificó un brote en un restaurante de un polígono industrial de la Comunidad de Madrid que afectó a 64 personas. La exposición se produjo entre el 8 y el 27 de junio. Los casos eran clientes del restaurante, salvo 2 trabajadores y

un repartidor externo de mercancías. Iniciaron síntomas entre el 10 de junio y el 8 de julio. El 95,3% presentó enfermedad de legionario y el 4,7% fiebre de Pontiac. No aparecieron nuevos casos tras la clausura el mismo día de la notificación de los elementos de riesgo (catalogados según Real Decreto 865/2003 como de "menor probabilidad" de proliferación y dispersión de legionela). El 62,5% fueron hombres, con edad media de 59,2 años (DE 11,6). El 62,5% padecía al menos una comorbilidad. La letalidad fue del 3,1%. El 76,6% ingresaron y 14,1% precisaron UCI. Se estudió antigenuria en 100% de los casos, serología en el 50% y cultivo/PCR en el 31%. La identificación precoz de la exposición común ayudó a revisar el diagnóstico de pacientes con neumonía y antigenuria negativa o no realizada inicialmente. Finalmente, 39,1% fueron casos probables y 60,9% confirmados: 30 antigenurias positivas, 10 seroconversiones, 7 cultivos positivos y 8 PCR positivos; algún paciente se confirmó por más de una técnica. Se identificó L. pneumophila SG1, Pontiac Allentown/France ST 448 tanto en muestras respiratorias como ambientales.

**Conclusiones:** La rápida investigación epidemiológica ha sido determinante para el control del brote. La identificación del restaurante el mismo día de la alerta permitió la clausura de los elementos de riesgo, el diagnóstico y tratamiento específico de casos no detectados inicialmente y previno la aparición de nuevos. La antigenuria ha mostrado baja sensibilidad en este brote. Los dispositivos de "menor probabilidad de proliferación y dispersión de legionela" también pueden generar brotes de gran magnitud.

## 697. DESCRIPCIÓN DE UN BROTE DE PAROTIDITIS DE ÁMBITO ESCOLAR EN JÓVENES VACUNADOS CORRECTAMENTE

R. González-Baulies, A. de Andrés, R. Solano, J. Costa, R. Clos, P. Gorrindo, M.M. Mosquera, S. Manzanares, J.A. Caylà

*Servicio de Epidemiología, Agencia de Salud Pública de Barcelona; CIBER de Epidemiología y Salud Pública; Instituto de Salud Carlos III, Madrid; Subdirección General de Vigilancia y Respuesta a Emergencias de Salud Pública, Agencia de Salud Pública de Cataluña; Servicio de Microbiología, Hospital Clínico y Provincial de Barcelona.*

**Antecedentes/Objetivos:** La parotiditis en Cataluña es una enfermedad de declaración obligatoria y urgente. Actualmente el calendario vacunal incluye dos dosis de vacuna triple vírica, y contiene la cepa Jeryl-Lynn o su derivada RIT-4385, que pertenece al genotipo A. El objetivo es describir un brote notificado en 2012 en escolares vacunados correctamente en Barcelona.

**Métodos:** La Agencia de Salud Pública de Barcelona contactó por teléfono con cada caso notificado para realizar una encuesta epidemiológica. Se recogieron variables sociodemográficas, estado vacunal, fecha de inicio de síntomas, manifestaciones clínicas, epidemiología molecular, fuente de infección, y contactos durante el periodo de transmisibilidad. Se adoptaron medidas de aislamiento en cada caso (9 días tras inicio de síntomas) Se revisó el estado vacunal de los contactos, recomendándose revacunación en caso necesario. Se utilizó la definición de caso confirmado de Cataluña: confirmación por laboratorio o bien enfermedad con clínica y vínculo epidemiológico. Se consideró como sujeto de estudio cualquier caso confirmado en el que se determinara como fuente de infección un contacto con otro caso del brote.

**Resultados:** Se incluyeron 31 pacientes, pertenecientes a 4 escuelas de Barcelona, con fechas de inicio de síntomas entre 14/12/2012 y 28/2/2013. 24 casos (77,4%) fueron varones. La edad media fue 15,2 años (DE 1,1; 11-16). 17 (54,8%) fueron diagnosticados por PCR+. Todos presentaron tumefacción parotídea de  $\geq 2$  días, 21 (67,7%) presentaron fiebre, y la única complicación fue orquitis (2 casos, 8,3% de

varones), aunque todos evolucionaron favorablemente. La tasa de ataque en las escuelas fue 10,7%. El 90,3% de los casos tenían una vacunación correcta. En las 4 muestras en que se realizó genotipado se determinó el genotipo G1.

**Conclusiones:** En este brote destaca el alto porcentaje de casos bien vacunados. Ello se podría atribuir, entre otros, a la posible falta de protección cruzada debida a la distancia genética entre el genotipo vacunal A y los genotipos salvajes no A, tema actualmente controvertido. Este estudio coincide con otros realizados en España en los que se detectó el genotipo G1, lo que sugiere la necesidad de más estudios para determinar la estrategia más adecuada con el fin de conseguir la mayor eficacia vacunal teniendo en cuenta los genotipos circulantes.

### 1015. BROTE DE GASTROENTERITIS POR NOROVIRUS GENOGRUPO II EN UN CENTRO INFANTIL

B. Martínez Romero, D. Almagro Nuevas, C. del Moral Campaña, S. Martínez Diz, M. Fernández-Prada

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

**Antecedentes/Objetivos:** Los norovirus suponen una causa muy frecuente de gastroenteritis (GEA) y causan brotes por exposición común y/o persona a persona en instituciones. Apenas se dispone de información sobre brotes infantiles, que suelen generar gran alarma social. El día 19 de octubre de 2012, desde el servicio de urgencias de un centro de salud, se comunicó la concurrencia de varios casos de GEA pertenecientes a una misma guardería. Dadas las características iniciales, se realizó la hipótesis de GEA transmitida de persona a persona y de etiología viral. El objetivo de este estudio fue describir los casos de GEA ocurridos en una escuela infantil de un municipio rural, identificar las causas y factores predisponentes.

**Métodos:** Diseño: Estudio de cohortes bidireccional. Emplazamiento: Escuela Infantil. Población: 53 niños/as. Intervenciones: Se realizó encuesta epidemiológica con las siguientes variables: clase, edad, sexo, enfermedad, antecedentes familiares, fecha de inicio de síntomas y clínica. Se indicó la toma de medidas preventivas oportunas (lavado de manos y limpieza). Se realizaron 5 coprocultivos a niños enfermos. Se llevó a cabo el seguimiento de la aparición de nuevos enfermos, su evolución y el cumplimiento de las medidas preventivas. Se dio información a los padres y madres sobre la alerta y sobre medidas preventivas. El período epidémico fue desde el día 30 de septiembre al 4 de noviembre de 2012.

**Resultados:** La tasa de ataque fue de un 50% en niños y de un 46,75% en niñas sin diferencias significativas entre ambos grupos. La tasa de ataque fue: 61,5% en la clase de los patitos; 52,9% en la clase de los patos; 33,3% en la clase de las patas. Ninguna de las trabajadoras de la escuela enfermó. Entre los enfermos el 15% tenían algún antecedente en la familia de GEA. Se produjeron casos secundarios en las familias de los niños enfermos en un 65,2% de los casos (RR 13,75 IC95% 3,12-60,42), mientras que aparecieron enfermos entre los familiares de los niños sanos en un 12% de las ocasiones. El cuadro fue leve, siendo los síntomas más frecuentes vómitos y diarrea. La transmisión se produjo persona a persona y las medidas preventivas indicadas consiguieron terminar con el brote a los tres días de su instauración. En dos de los coprocultivos realizados se identificó norovirus genogrupo II.

**Conclusiones:** Las características clínicas, evolución de los enfermos y curva epidémica hacen confirmar la hipótesis de gastroenteritis con mecanismo de transmisión de persona a persona cuyo agente causal fue un norovirus genogrupo II. No se encontraron factores predisponentes a la enfermedad estadísticamente significativos.

### 1083. BROTE DE SALMONELLA ENTERITIDIS ASOCIADO A HÁBITOS HIGIÉNICOS DEFICIENTES EN UNA LOCALIDAD RURAL

F. López, A. Cabello, M. Samudio, D. Assis, S. Rotela, D. Ramírez, S. Ocampos

*Programa de Entrenamiento en Epidemiología de Campo (PEEC-DGVS MSP); Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud (IICS-UNA).*

**Antecedentes/Objetivos:** En diciembre de 2012, teniendo como base un aumento súbito de consultas por diarreas en el Hospital Regional de Guaira, se investiga un posible brote de gastroenteritis aguda en una boda a la cual asistieron 96 personas, en la localidad de San Agustín distante a 175 Km al noroeste de la capital del país. Este tipo de eventos tienen la peculiaridad de que los alimentos son preparados por los organizadores empleando como materia prima derivados de su producción cacera. Los objetivos fueron identificar la extensión, causa y vía de transmisión del brote y dar recomendaciones para prevenir futuras infecciones.

**Métodos:** Se realizó una cohorte retrospectiva que incluyó a todas las personas que consumieron alimentos preparados para la boda, se identificó como enfermo al que presentó diarrea o fiebre asociada a síntomas gastrointestinales posterior al consumo de los alimentos. Se tomaron muestras de heces de los hospitalizados, además se colectaron muestras de alimento para su análisis microbiológico. Se utilizó un cuestionario semi-estructurado para la colecta de los datos socio-demográficos y posibles fuentes de infección. La medida de asociación utilizada fue la de riesgo relativo (RR), con su intervalo de confianza del 95%.

**Resultados:** Se encuestó a 83 personas que asistieron al evento y 15 que consumieron los alimentos preparados para la boda sin asistir a esta. De acuerdo a la búsqueda activa se identificó a 3 enfermos que no asistieron al evento y 70 que si lo hicieron. Del total de infectados, 35 requirieron hospitalización, 51% de los afectados era del sexo masculino y la mediana de edad 23 años (2-66). Los signos y síntomas más frecuentes fueron diarrea (97%), fiebre (92%) y dolor abdominal (80%). Se aisló Salmonella enteritidis tanto de las muestras de heces como de la sopa paraguaya y ensalada de arroz. Los alimentos asociados al brote fueron sopa paraguaya (RR 2,8; p < 0,05), tasa de ataque (TA) 91%; ensalada de arroz (RR 1,8; p < 0,05) TA 93% y torta (RR 1,7; p < 0,05), TA 81%. El análisis multivariado identificó a la sopa paraguaya (OR: 11,7; p: 0,001) y a la ensalada de arroz (OR: 5,9 p: 0,019) asociados al brote.

**Conclusiones:** Los resultados establecieron un brote de ETA a fuente común. Existen evidencias epidemiológicas que el consumo de sopa paraguaya o ensalada de arroz pudieron derivar en la eclosión del brote, los hallazgos laboratoriales sugieren la falta de prácticas higiénico-sanitarias de los manipuladores de alimentos, por lo que recomendamos que lo más idóneo para prevenir este tipo de brotes es fomentar la práctica de buenos hábitos sanitarios en la producción de alimentos en forma artesanal.

### 732. BROTE NOSOCOMIAL DE INFECCIÓN POR VIRUS RESPIRATORIO SINCICIAL EN UNA UNIDAD DE NEONATOLOGÍA

C. Moreno Parejo, A. Morillo García, C. Lozano Domínguez, C. Carreño Ochoa, M. Conde Herrera

*Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.*

**Antecedentes/Objetivos:** Investigación y control de un brote por virus respiratorio sincicial (VRS) que afectó a la Unidad de Neonatología de un hospital de tercer nivel en los meses de octubre-diciembre de 2012.

**Métodos:** Estudio prospectivo de los niños ingresados en las Unidades de Neonatología General (UNG), Cuidados Intermedios (CI) y Cuidados Intensivos (UCI) de la Unidad de Neonatología. La recogida de información se realizó mediante encuesta específica y el diagnós-



tico de VRS mediante la determinación del antígeno con técnica de inmunocromatografía. Se calculó la tasa de ataque global de infección y por cada Unidad y se realizó análisis descriptivo de los casos en formato lugar, tiempo y persona. Entre las medidas preventivas llevadas a cabo se realizó aislamiento de contacto de casos; refuerzo, mediante formación y observación directa, de la práctica de la higiene de manos; exclusividad del personal sanitario para los casos, restricción de visitas; estudio de portadores asintomáticos de VRS y profilaxis con palivizumab de pacientes con alto riesgo de infección por VRS.

**Resultados:** El brote tuvo tres ondas epidémicas y un total de 20 casos, de 48 niños ingresados (12 declarados por la Unidad de Neonatología y 8 detectados en el estudio de portadores). La primera onda se inició el 2 de octubre en la UNG y agrupó 9 casos. La segunda onda afectó a la UCI y CI, abarcó del 20 al 25 de octubre y agrupó a 8 casos. La tercera onda, del 3 al 6 de diciembre, agrupó los 3 casos restantes detectados en UCI y CI. La tasa de ataque global fue del 42% y, las tasas específicas, del 38% para UNG, 42% para CI y 47% para UCI. De los casos, la mitad fueron niños y el resto niñas, con una edad mediana de 36 días ( $p_{25} = 22$ ,  $p_{75} = 58$ ). Como antecedentes predominaron la prematuridad, enfermedad pulmonar de base y gran inmadurez (85%, 65% y 55%, respectivamente). El 45% precisó ventilación mecánica invasiva previa a la infección y el 40% presentó otra infección nosocomial en los 7 días previos al inicio del brote. El 75% presentó manifestaciones clínicas, requiriendo soporte respiratorio el 55% de los casos. La evolución clínica de todos los casos fue favorable.

**Conclusiones:** Se trató de un brote epidémico con un elevado número de casos, justificado por el retraso en la notificación, tiempo prolongado del estado de portador del VRS y fallos en el cumplimiento de la higiene de manos, que ha favorecido la transmisión cruzada de la infección. No disponer de estudio molecular, permite la hipótesis de la presencia de más de una cepa de VRS en el período epidémico. La medida preventiva que resultó más eficaz fue la observación de la higiene de manos y supervisión de las medidas de aislamiento, tras la cual no se detectaron más casos.

## 982. BROTE DE BURKOLDERIA CEPACEA ASOCIADO A CONTAMINACIÓN DE AGUA DESTILADA EN PACIENTES HEMODIALIZADOS

D. Ramírez, S. Rotela, D. Assis, A. Cabello, M. Samudio, A. Ortiz, E. Bogado

*Programa de Entrenamiento en Epidemiología de Campo (PEEC-DGVS MSP); Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud (IICS-UNA); Hospital Regional Coronel Oviedo.*

**Antecedentes/Objetivos:** La Burkholderia cepacea (B. cepacea) es una bacteria Gram negativo frecuentemente asociada a infecciones nosocomiales. Los pacientes hemodializados e inmunocomprometidos son particularmente vulnerables a infecciones graves. Entre noviembre de 2012 y febrero 2013 fueron notificados al Programa Nacional de Control de Infecciones Intrahospitalarias del Ministerio de Salud Pública seis casos de B. cepacea en la unidad de hemodiálisis (UH) de un hospital regional de Paraguay. El objetivo del estudio fue describir los casos de B. cepacea e identificar la fuente de contaminación para proponer medidas de prevención y control.

**Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo. Fueron revisadas las historias clínicas de los 6 casos. Los casos notificados fueron confirmados por laboratorio. Para determinar la posible fuente de contaminación se tomaron para cultivo muestras de solución de yodo povidona, heparina, agua potable, agua destilada de diferentes salidas (tanque de almacenamiento, agua recirculada, agua del humidificador de oxígeno), solución del filtro de los pacientes, las muestras fueron tomadas el 15 y 16 de febrero de 2013.

**Resultados:** El primer caso fue diagnosticado el 16 de noviembre de 2012 en una paciente proveniente de otro centro hospitalario donde

fuera dializada y tratada por B. cepacea multirresistente, el segundo caso fue confirmado el 13 de diciembre, en enero (9, 15 y 25) se confirmaron tres casos, uno de ellos derivó en óbito por sepsis y falla multiorgánica, y el último caso fue diagnosticado el 11 de febrero del 2013. Todos los cultivos de las muestras de agua destilada fueron positivos para B. cepacea. Las demás muestras no desarrollaron bacteria. Una vez obtenidos los resultados se recomendó la realización de una desinfección, para lo cual fue necesaria la intervención de la casa proveedora del sistema de destilación del agua, haciéndose cargo de la desinfección con ácido per acético y el cambio de filtros y membranas de ósmosis.

**Conclusiones:** Se confirmó que el agua destilada estaba contaminada con la bacteria, lo que planteó una grave amenaza para la salud de los pacientes dializados. Una vez que se procedió a la desinfección no se observó la ocurrencia de nuevos casos. La capacitación permanente del personal de salud para el manejo aséptico de los procedimientos debe ser constante, la intervención oportuna ante el primer caso ayudaría a evitar brotes futuros, el control microbiológico ambiental periódico serviría de vigilancia para el control de posibles patógenos y así entregar una mejor atención sanitaria.

## 728. BROTE MASIVO DE TUBERCULOSIS EN EL BAR DE UNA EMPRESA Y OTROS ESPACIOS LÚDICOS

P. Godoy, M. Alsedà, M. Falguera, T. Puig, P. Bach, A. Manonelles, M. Momrabà

*Agencia de Salud Pública de Cataluña; Facultad de Medicina, Universidad de Lleida; Hospital Universitario Arnau de Vilanova.*

**Antecedentes/Objetivos:** Los espacios lúdicos como los bares pueden constituir lugares de riesgo de transmisión de la tuberculosis (TB). El objetivo fue describir el estudio de un brote masivo de TB mediante la técnica de los círculos concéntricos en el bar de una empresa y otros espacios lúdicos.

**Métodos:** A partir de un paciente con TB pulmonar, con lesiones cavitarias y baciloscopia positiva del esputo detectado el 19/03/2012 se estudió mediante entrevistas e inspección de los lugares de exposición: el bar de la empresa del caso índice (cinco círculos de contactos); otros ámbitos lúdicos (tres bares del barrio de residencia del caso índice); los familiares; y una segunda empresa relacionada con un caso secundario. Se realizó la prueba de la tuberculina a los sujetos expuestos (positiva  $\geq 5$  mm). A los positivos se les recomendó radiografía de tórax y tratamiento de la infección tuberculosa latente (ITL). La asociación de la ITL con el resto de variables se midió con la odds ratio (OR) y su intervalo de confianza (IC) del 95%. La existencia de relación dosis-respuesta entre el grado de exposición al bar de la empresa y el riesgo de ITL se determinó con el test de 2 de tendencia lineal.

**Resultados:** Se estudiaron 326 contactos de la empresa entre los que se detectaron 5 nuevos casos de TB (4 a partir del estudio de contactos y 1 por los servicios sanitarios). Se detectó una prevalencia de la ITL de 56,1% (183/326); que fue máxima en el primer círculo 96,0% (24/25) y mínima en el último 46,5% (20/43). El riesgo aumentó con el grado de exposición al bar de la empresa y se observó una asociación dosis-respuesta entre la ITL y el grado de exposición ( $p < 0,0001$ ). Entre los 63 contactos censados en los tres bares del barrio se detectaron dos casos de TB y una prevalencia de la infección del 50,8% (32/63). También se estudiaron 18 contactos familiares entre los que se detectaron 2 casos de TB y una prevalencia de la infección del 38,9% (7/18). En la segunda empresa relacionada con uno de los casos secundarios se estudiaron 12 contactos y se detectó una prevalencia de la infección del 33,3% (4/12).

**Conclusiones:** Los bares son ámbitos de convivencia frecuente y pueden comportar elevada transmisión. Se deben realizar estudios de contactos exhaustivos siguiendo la técnica de círculos concéntricos cuando se detectan casos de TB con elevado riesgo de transmisión en estos ámbitos.

## Desigualdades sociales en salud. Género

Miércoles, 4 de septiembre de 2013. 09:00 a 11:00 h  
Aula 2

Moderadora: *Henrique Barros*

### 18. DIFERENCIAS DE GÉNERO EN EL IMPACTO DEL CUIDADO DE LOS/AS NIETOS/AS EN LA CALIDAD DE VIDA

V. Escrivà Agüir, D. Martín Baena, L. Artazcoz, I. Ruiz Pérez

*Universitat de València, Facultat d'Infermeria i Podologia; CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP); Agència de Salut Pública de Barcelona; Escuela Andaluza de Salud Pública.*

**Antecedentes/Objetivos:** En la UE un tercio de las personas de más de 65 años ayuda diariamente, una media de 4,6 horas, al cuidado de los/as nietos/as. Además, dada la situación económica actual, ayudan económicamente a sus familiares. La literatura existente se ha centrado en valorar el impacto del cuidado de los/as nietos/as en la calidad de vida (CV), mayoritariamente en las abuelas. Por ello, es de gran importancia determinar si existen diferencias de género, así como valorar el efecto del apoyo familiar económico sobre la CV. El objetivo fue determinar si existen diferencias de género en el impacto de las cargas familiares en la CV y valorar si existe una interacción con el estado civil.

**Métodos:** Estudio transversal en personas de 65 años o más, durante 2009-2010, realizado por el IMSERSO en España. La información se obtuvo mediante encuesta telefónica. Participaron 2.535 mayores, 50,4% hombres y 49,6% mujeres. La variable respuesta fue la CV medida con la salud autopercebida y la satisfacción con la vida familiar. Las variables explicativas fueron las cargas familiares: vivir con hijos/as; intensidad en cuidado de nietos/as (moderada ( $\leq 15$  horas), alta ( $> 15$  horas)) y apoyo familiar económico. Se ajustaron modelos de regresión logística; calculando odds ratios ajustadas por edad, nivel de estudios y ingresos mensuales (ORa) y sus IC95%. Se introdujo un término de interacción entre las variables explicativas y el estado civil. El análisis se realizó para hombres y mujeres.

**Resultados:** El 66% de las personas mayores cuidan de sus nietos/as. Estar casado resulta factor protector de insatisfacción familiar, en hombres ORa = 0,44 (0,28-0,69) y mujeres ORa = 0,36 (0,17-0,76). El 76% de las abuelas casadas y el 69% de los abuelos casados que cuidan de sus nietos/as con una intensidad moderada están protegidas/os frente a la mala CV. En los abuelos, se encuentra una interacción entre el estado civil y la intensidad del cuidado de nietos/as. Los abuelos no casados con una alta intensidad de cuidados tienen más riesgo de insatisfacción familiar ORa = 2,55 (0,91-7,11), al contrario que los casados donde es protector ORa = 0,46 (0,22-0,98). Apoyar económicamente a la familia afecta a la insatisfacción familiar y mala salud percibida de los abuelos no casados ORa = 3,06 (1,36-6,86), (ORa = 2,26 (1,08-4,73), respectivamente, no afectando a las abuelas.

**Conclusiones:** Se aprecian diferencias de género en el impacto del cuidado de nietos/as en la CV. El colectivo particularmente vulnerable son los abuelos no casados, que dan cuidados de alta intensidad a sus nietos/as y que ayudan económicamente a su familia.

### 412. EFECTO DEL GÉNERO Y LA EDAD EN LAS DESIGUALDADES SOCIALES DE LOS PRINCIPALES DETERMINANTES DE SALUD

A.M. Yáñez, M. Bannasar-Veny, A. López, P. Tauler, A. Aguiló

*Grupo de Investigación de Evidencia, Estilos de Vida y Salud, Universidad de las Islas Baleares; Fundación de Investigación Sanitaria Illes Balears (FISIB); Servicio de prevención de riesgos ocupacionales, IB-Salud.*

**Antecedentes/Objetivos:** Analizar el efecto del género y la edad en la asociación entre clase social y los siguientes determinantes de sa-

lud: tabaquismo, hipertensión y obesidad, en una amplia muestra de trabajadores en activo.

**Métodos:** Estudio transversal con trabajadores de entre 20-65 años de las Comunidades Autónomas de Baleares y Valencia pertenecientes a diferentes sectores productivos y clases sociales. De un total de 130.487 trabajadores se seleccionaron a 65.200 participantes por un proceso de muestreo sistemático y 50.254 aceptaron participar (77,1%). El 42% (21.040) fueron mujeres y el 58% (29.214) hombres con una edad media de  $39,9 \pm 10,3$ . Un técnico entrenado administró un cuestionario sobre tabaquismo y clase social (según clasificación SEE). Fueron medidos, pesados y se tomó su presión arterial en reposo. Los análisis estadísticos se realizaron de forma separada para hombres y mujeres y en 3 grupos de edad (20-34, 35-49, 50-65). Se calculó la prevalencia y valores medios de los diferentes determinantes de salud. La homogeneidad en la asociación entre factores de riesgo cardiovascular y clase social en los diferentes estratos de edad y género se analizó con el estadístico de Cochran.

**Resultados:** En general las clases sociales más desfavorecidas (clases IV, V) presentan una mayor prevalencia de hipertensión, obesidad y tabaquismo ( $p < 0,05$ ). Las desigualdades por clase social en los determinantes de salud son mayores entre las mujeres que entre los hombres. Las mujeres de las tres franjas de edad presentan mayores diferencias por clase social en hipertensión ( $p < 0,001$ ) y muy especialmente en obesidad ( $p < 0,001$ ). En cambio los hombres presentan más diferencias en el caso del tabaquismo, siendo más acentuadas en el grupo de edad más mayor ( $p < 0,001$ ). Algunos de los factores analizados, como el tabaquismo o la obesidad, presentan desigualdades importantes en etapas muy tempranas de la vida (20-30 años), otros factores, como en el caso de la hipertensión se inician de forma temprana suavemente y se acentúan con la edad.

**Conclusiones:** La epidemia de tabaquismo, obesidad e hipertensión actuales de nuestro entorno se centran en las clases sociales más desfavorecidas. Evitar o disminuir estas desigualdades debería constituir una prioridad de salud pública con acciones estratégicas específicas. Las diferencias en algunos de los factores de riesgo analizados se pueden incluso observar al finalizar la adolescencia por ello pensamos que proporcionar una educación escolar de calidad es el elemento fundamental para disminuir estas desigualdades en salud.

### 557. BRECHA DE GÉNERO EN CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON SALUD: DETERMINANTES ESTRUCTURALES Y DE CUIDADOS

M.M. García-Calvente, J. Marcos-Marcos, M. del Río-Lozano, G. Babio-Pereira, R. Ocaña-Riola, G. Maroto-Navarro, C. Borrell-Thió, M. Rodríguez-Sanz

*Escuela Andaluza de Salud Pública; Agencia de Salud Pública de Barcelona; CIBERESP.*

**Antecedentes/Objetivos:** La brecha de género (BG) permite, no solo medir diferencias entre ambos sexos en un determinado indicador, sino mostrar la magnitud y la dirección de la desigualdad. La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) es un indicador muy utilizado en evaluación de resultados en salud. El objetivo de este trabajo es analizar las brechas de género en CVRS en diferentes grupos de edad y su relación con variables socio-estructurales y de cuidado informal.

**Métodos:** Estudio transversal con datos de las Encuestas de Salud de Andalucía (1999, 2003, 2007), con muestras representativas de la población de 16 años y más. De 19.703 personas encuestadas se seleccionaron aquellas que dijeron no necesitar cuidados ni padecer discapacidad ( $N = 17.793$ ). Como variable dependiente se utilizó el componente físico de CVRS medida con el SF-12 (CVRS-F). Como independientes: edad, nivel educativo (superior/inferior), trabajo remu-

nerado (si/no), cuida a mayores o discapacitados (si/no); cuida a menores (si/no). Se calculó la BG (diferencia entre varones y mujeres) para cada variable. Mediante modelos de regresión lineal multivariante, se calcularon tanto las BG ajustadas por edad como su significación estadística para cada grupo etario, y la significación estadística de la diferencia de las BG en CVRS-F en las categorías de cada variable independiente.

**Resultados:** La BG en CVRS-F parte de valores negativos en el grupo de 16-24 años (-0,06), y cambia de signo y aumenta con la edad, siendo máxima en mayores de 65 años (+4,69) a favor de los varones. Las mujeres de nivel educativo superior presentan puntuaciones de CVRS-F similares a varones con nivel educativo inferior. Desde los 25 años, los varones con empleo muestran los valores más altos de CVRS-F, y las mujeres sin trabajo remunerado los más bajos. Las mujeres que cuidan a mayores/discapitados presentan valores más bajos de CVRS-F, en cambio las personas que cuidan a menores muestran puntuaciones más altas que las que no cuidan. Las BG ajustadas por edad son mayores entre las personas que cuidan a mayores/discapitados (+3,96), de nivel educativo inferior (+2,49) y que no cuidan a menores (+2,23). Por grupos de edad, las BG más amplias se dan en mayores de 65 años que cuidan a personas mayores/discapitadas (+9,07), con niveles bajos de educación (+4,57).

**Conclusiones:** El uso de la brecha de género para identificar desigualdades en salud y sus determinantes resulta de especial utilidad para medir la magnitud de la desigualdad. Puede resultar de ayuda en la planificación de intervenciones dirigidas a reducir desigualdades de género en grupos con mayores brechas.

### 322. NIVEL EDUCATIVO Y SALUD EN ESPAÑA. LA INFLUENCIA DEL GÉNERO Y LA COMUNIDAD AUTÓNOMA

I. Aguilar-Palacio, P. Carrera-Lasfuentes, S. Malo, M.J. Rabanaque

*Universidad de Zaragoza, Microbiología, Medicina Preventiva y Salud Pública; CIBER Enfermedades Hepáticas y Digestivas.*

**Antecedentes/Objetivos:** Explorar la salud percibida y morbilidad diagnosticada en España por Comunidades Autónomas (CCAA) y sexo en el año 2009, analizando la influencia del nivel educativo a nivel individual y de CCAA.

**Métodos:** Estudio transversal. La fuente de información fue la Encuesta Europea de Salud 2009 y la población a estudio los  $\geq 25$  años. Se consideró como mala salud percibida los que habían declarado una salud "regular", "mala" o "muy mala" y morbilidad diagnosticada si habían sido diagnosticados por un médico de alguna enfermedad. El nivel educativo se clasificó en tres categorías (alto, medio y bajo) según la clasificación ISCED. Se calcularon las prevalencias de mala salud estratificadas por CCAA y sexo, y estandarizadas por edad, con sus intervalos de confianza (IC95%). Se exploró mediante regresión logística la relación entre nivel educativo y salud a nivel individual, y a través de análisis de correlación su asociación a nivel de CCAA, mediante el estadístico de Pearson tras comprobar normalidad. Los análisis se ponderaron utilizando el factor de ponderación del adulto.

**Resultados:** En el año 2009 el 23,3% de los hombres y el 33,4% de las mujeres declararon una mala salud percibida. Se observó una alta variabilidad entre CCAA, con resultados más favorables en Baleares, Navarra y La Rioja. Castilla la Mancha presentó las mayores diferencias por sexo. Respecto a la salud diagnosticada, el 59,9% de los hombres y el 66,2% de las mujeres habían sido diagnosticados de alguna enfermedad. Canarias, Extremadura, C. Valenciana y Murcia presentaron la mayor prevalencia de morbilidad diagnosticada para ambos sexos. Las mayores diferencias por sexo se observaron en Murcia y las menores en País Vasco. Existió asociación entre el nivel educativo y salud percibida y diagnosticada. Esta asociación fue mayor en la salud

percibida que en la diagnosticada y en las mujeres, existiendo 3,5 veces más riesgo de mala salud percibida en las mujeres con bajo nivel educativo respecto al alto (IC95% 3,1-4,1). En relación al análisis educativo a nivel de CCAA, se observó una correlación alta (0,65;  $p = 0,005$ ) entre el bajo nivel educativo y la mala salud percibida de las mujeres. Así mismo, y también para las mujeres, existió una alta correlación (-0,70;  $p = 0,002$ ) entre un alto nivel educativo en la CCAA y una menor existencia de diagnósticos.

**Conclusiones:** Se han observado diferencias en la salud percibida y diagnosticada, tanto a nivel de CCAA como por género. La asociación con el nivel educativo fue mayor para la salud percibida y en las mujeres. El estudio de las desigualdades desde una perspectiva de género y geográfica resulta fundamental para desarrollar estrategias de prevención adecuadas.

### 340. LA INFLUENCIA DE POLÍTICAS MACROSOCIALES EN LA SALUD DE LAS MUJERES Y LAS DESIGUALDADES DE GÉNERO EN SALUD

L. Palència, C. Borrell, C. Muntaner, M. Urquía, D. Malmusi, P. O'Campo

*CIBER de Epidemiología y Salud Pública; Agència de Salut Pública de Barcelona; Dalla Lana School of Public Health; Center for Research in Inner City Health.*

**Antecedentes/Objetivos:** Las desigualdades de género en salud han sido ampliamente descritas, pero pocos estudios se han centrado en los determinantes estructurales de estas desigualdades. Esta revisión pretende contestar a dos preguntas: ¿Cuánta evidencia han mostrado los estudios que han comparado países o regiones en cuanto al efecto de las políticas de género en las desigualdades en salud y la salud de las mujeres? ¿Hay algún ejemplo en la literatura que ilustre estos efectos para una política en concreto?

**Métodos:** Se llevó a cabo una revisión sistemática de la literatura usando las bases de datos: Medline, Web of Science, Gender Studies Database, PolicyFile, Embase y EBM Reviews. La búsqueda se realizó en diciembre de 2013 e incluyó artículos escritos en inglés, francés, español, portugués e italiano publicados desde 1970. Se evaluaron 1.238 resúmenes, cada uno revisado por 2 autores, y se seleccionaron 19 artículos que: consideraban políticas de género, comparaban varios países o divisiones administrativas y analizaban resultados en salud en mujeres o entre sexos. Para ilustrar el efecto de una política en concreto se seleccionaron 14 artículos que analizaban la relación entre políticas de permiso parental y salud. En este caso no se utilizó el criterio de comparación de países.

**Resultados:** Las políticas estudiadas en los artículos que respondieron al primer objetivo incluyeron: tipologías del estado del bienestar (15,8% de los artículos), modelos de política familiar (15,8%) o de régimen de género (5,3%), pero también políticas más concretas como aquellas relacionadas con los derechos reproductivos de la mujer (36,8%). El resultado en salud más analizado fue la salud percibida (36,8%). Los artículos respaldaron parcialmente la hipótesis que los estados del bienestar nórdicos y aquellos que promueven un modelo de familia donde ambos cónyuges trabajan son los que proporcionan una mejor salud a las mujeres. Además, las políticas relacionadas con los derechos reproductivos de la mujer, mayormente estudiadas en los Estados Unidos, estuvieron asociadas con mejores resultados de salud mental. Los artículos que estudiaron el permiso de maternidad se centraron en los efectos de la duración de éste y encontraron que un permiso más largo estaba en general asociado a una mejor salud mental de las madres, mientras que la asociación con otros indicadores de salud fue menos consistente.

**Conclusiones:** La evidencia encontrada fue diversa probablemente debido a las diferentes metodologías y variables usadas. Futuros estudios deberán centrarse en los mecanismos involucrados.

### 1084. MASCULINIDADES E SAÚDE: AS VOZES DOS USUÁRIOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM CINCO CAPITAIS BRASILEIRAS

G.S. Nogueira Da Silva, M.T. Couto, L. Schraiber, R. Gomes, O.A. Valença, W. Figueiredo, R. Machin, T. Pinheiro

*Universidade Federal do Rio Grande do Norte; Universidade de São Paulo; IFF-Fiocruz; CREMEPE; UNIFESP.*

**Antecedentes/Objetivos:** Quais os significados atribuídos a ser homem e como podem construir especificidades no cuidado em saúde? Partindo dessa questão analisamos as concepções de gênero e masculinidades e relação masculinidade e cuidado em saúde de homens usuários no contexto de atenção primária.

**Métodos:** Trata-se do recorte dos dados de uma pesquisa multicêntrica de natureza qualitativa realizada em quatro estados do Brasil, intitulada: "Saúde da população masculina na atenção primária: tendência histórica e representações sobre necessidades, acesso e uso de serviços em cidades de quatro estados do Brasil (RN, PE, RJ, SP)". Aqui partimos dos dados relativos às entrevistas semi-estruturadas com usuários de todos os estados pesquisados (201 usuários) e dos diários de campo da observação etnográfica realizada.

**Resultados:** Existe a forte presença de um padrão hegemônico de masculinidade influenciando o pouco envolvimento dos homens com os cuidados em saúde. Os depoimentos dos usuários revelam ser dominante o modelo para conquistar o estatuto ser homem a partir da exigência de uma tripla virilidade: social (ser o provedor); virilidade sexual ("dar conta na cama"), e a virilidade psíquica (não demonstrar fragilidade), aliado ao sentimento de invisibilidade nos serviços feminilizados de saúde.

**Conclusões:** A permanência da preservação do ideal da tripla virilidade, constitui aspecto central nas vulnerabilidades masculinas ao adoecimento. A existência de um modelo estereotipado de gênero acarreta a (re)produção de desigualdades entre homens e mulheres na assistência a saúde e compromete a visibilização de outros significados e expressões de identidades de gênero por parte de todos os envolvidos: usuários e profissionais.

### 1033. OBESIDADE EM MULHERES NA AMÉRICA LATINA: EVOLUÇÃO E INIQUIDADES

G.V. Araújo-França, M.C. Restrepo-Méndez, A.J. Barros, C.G. Victora

*International Center for Equity in Health-UFPEL.*

**Antecedentes/Objetivos:** A obesidade apresenta prevalência elevada e crescente no mundo. Na América Latina, o acentuado processo de urbanização e melhorias nas condições socioeconômicas tem acarretado mudanças nos padrões de alimentação e atividade física da população, contribuindo para que a obesidade passasse a ser um relevante problema de saúde pública. Objetivou-se analisar a evolução da prevalência de obesidade em mulheres de 15-49 anos nas duas últimas décadas segundo nível socioeconômico em países da América Latina.

**Métodos:** Foram utilizados dados das Demographic Health Surveys (DHS), estudos transversais de base populacional. Foram incluídos cinco países da América Latina – Bolívia, Brasil, Colômbia, Haiti e Peru – que apresentavam dados para dois períodos: 1990-1999 e 2000-2009. Peso e altura foram coletados a partir de métodos padronizados. Calculou-se o Índice de Massa Corporal (peso/altura ao quadrado), excluindo-se mulheres grávidas ou que deram à luz nos três meses precedentes à entrevista. As prevalências de obesidade ( $IMC \geq 30\text{kg/m}^2$ ) foram estimadas, nacional e estratificada por quintis de Índice de Bens. Testou-se a diferença entre as estimativas nacionais entre os dois inquéritos de cada país utilizando-se o teste exato de Fisher. Foram calculadas as diferenças absolutas (Q5-Q1) e relativas (Q5/Q1), considerando os quintis extremos de Índice de Bens.

**Resultados:** Ao total, foram analisados dez inquéritos que compreendiam uma amostra de 117.584 mulheres de 15-49 anos. No primeiro período (1994-96), Bolívia e Brasil apresentaram a menor (7,8%) e maior (9,8%) prevalências de obesidade, respectivamente. Em termos absolutos, identificou-se um incremento significativo na prevalência para todos os países, sendo maior para a Bolívia (7,3 pontos percentuais) e Brasil (6,2 pontos percentuais). No Haiti, país com maior incremento relativo, a prevalência aumentou 134% no período de 1994 a 2005. Na maioria dos inquéritos analisados as prevalências de obesidade foram maiores nos quintis de maior renda. Na Colômbia (1995), no entanto, o segundo quintil de IEN é o que apresenta maior prevalência. No período de 2000-2009, os países com maior e menor razão Q5/Q1 foram Haiti (18,7) e Brasil (0,9). Comparando-se os dois períodos, a razão Q5/Q1 diminuiu para quase todos os países, exceto para o Haiti, em que aumentou de 12,3 para 18,7.

**Conclusões:** A prevalência de obesidade nas mulheres dos países estudados aumentou ao longo do tempo. Embora para a maioria dos países a razão Q5/Q1 diminuiu de 1990-1999 para 2000-2009, observou-se um aumento substancial nesta razão para o país menos desenvolvido (Haiti) e uma inversão nesta relação para o país mais desenvolvido da região (Brasil). Diferenças nos estágios no processo de transição epidemiológica podem explicar tais achados.

### 897. DESIGUALDADE RACIAL, HOMICÍDIOS E O USO DE DROGAS LÍCITAS E ILÍCITAS EM CAPITAL DO SUDESTE BRASILEIRO, 2000-2009

E.F. Drumond, H.N. Ferreira de Souza, T.A. Hang-Costa

*Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte; Universidade Federal de Minas Gerais.*

**Antecedentes/Objetivos:** Houve redução nos homicídios no Brasil nos últimos anos, mas as taxas de mortalidade por essa causa ainda são alarmantes. É entre os negros que se encontra a maior proporção de vítimas, sendo que nessa população o risco de morrer por homicídio aumentou, mesmo após a implantação da política nacional de desarmamento. A violência homicida muitas vezes é potencializada pelo uso abusivo de drogas lícitas e ilícitas. Esse estudo objetivou descrever as vítimas de homicídios segundo raça/cor e os resultados dos exames toxicológicos para álcool, maconha e cocaína-crack realizados à necropsia e incorporados ao Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) na cidade de Belo Horizonte (BH), capital de Minas Gerais, Brasil.

**Métodos:** Estudo transversal de base populacional dos homicídios de residentes em BH, ocorridos entre janeiro/2000 e dezembro/2009, obtidos no SIM. As variáveis analisadas foram: sexo, idade, raça/cor, estado civil, escolaridade, ano/local de ocorrência, causa da morte. Os resultados para exame toxicológico positivo (ET+) foram codificados pela CID-10.

**Resultados:** A ocorrência de homicídios entre negros e brancos foi marcadamente diferente no período. Dos 8.091 homicídios, 6.163 (76,2%) ocorreram entre vítimas da raça negra. Entre os negros, 30,2% (n = 1861) apresentaram ET+ para álcool/maconha/cocaína-crack. A razão de prevalência (RP) de ET+ para álcool, maconha e cocaína-crack entre os negros em relação aos brancos foi igual a 2,7. Observaram-se também elevadas RP para a faixa etária de 20 a 29 anos (5,36), para vítimas com baixa escolaridade (2,33), para o uso de arma de fogo (7,66), para a ocorrência em via pública (3,78).

**Conclusões:** Em BH, como nas demais cidades do Brasil, o risco de morte por homicídio também foi maior entre os negros e os que tinham menor escolaridade. Associaram-se, portanto, entre as vítimas duas situações geradoras de desigualdade: a baixa condição socioeconômica e a discriminação racial. Nessas situações, marcadas pelas dificuldades da vida e por diversas formas de exclusão social, as vítimas podem vir a atribuir significado especial ao reconhecimento relacionado à noção distorcida de masculinidade, muitas vezes associada a comportamento transgressor e violência. O maior envolvimento

mento com drogas lícitas e ilícitas e a maior vulnerabilidade desse grupo social, evidencia a necessidade de sua priorização na complexa discussão de políticas públicas voltadas para a promoção da cultura da paz, prevenção dos homicídios e do uso de drogas, assim como na redução das desigualdades sociais.

### 596. DESIGUALDADES SOCIOECONÓMICAS EN MORTALIDAD EN CIUDADES DE EUROPA

C. Borrell, M. Marí-Dell'Olmo, M. Gotsens, L. Palència, M. Rodríguez-Sanz

*Agència de Salut Pública de Barcelona; CIBERESP; IIB Sant Pau.*

**Antecedentes/Objetivos:** En Europa un 70% de la población vive en áreas urbanas. A pesar de ello, existe menos evidencia sobre las desigualdades socioeconómicas en salud en las ciudades en comparación con los países. El objetivo de este estudio es analizar las desigualdades socioeconómicas en la mortalidad en hombres y mujeres de 16 ciudades europeas durante los años 2000 a 2008.

**Métodos:** Estudio ecológico transversal. Las unidades de análisis fueron las áreas pequeñas de 16 ciudades europeas (Norte: Helsinki y Estocolmo; Oeste: Ámsterdam, Rotterdam, Bruselas, Londres, París, Zurich; Este: Bratislava, Kosice, Budapest, Praga; Sur: Turín, Madrid, Barcelona, Lisboa). La población de estudio fueron los residentes de cada ciudad en el periodo 2000-2008. Las fuentes de información fueron los registros de mortalidad y los censos de población. La variable dependiente fue el número de muertes y la independiente un índice de privación socioeconómica. Se calculó la Razón de Mortalidad Estandarizada (RME), donde las muertes esperadas se obtuvieron a partir de las tasas por edad de Europa del 2004. Se ajustaron modelos jerárquicos Bayesianos (modelos de Besag, York y Mollié), obteniéndose RME suavizadas (RMEs) que se representaron en mapas de sepietas. También se obtuvieron riesgos relativos (RR) e intervalos de credibilidad al 95% (IC) para medir la asociación entre el índice de privación y la mortalidad. Los análisis se estratificaron por sexo y ciudad.

**Resultados:** Las ciudades tienen distinto tamaño poblacional y un número de áreas pequeñas que oscila entre 17 (Bratislava) y 2.666 (Turín). En general, los mapas muestran un patrón geográfico de la mortalidad que se parece al patrón del indicador de privación socioeconómica, siendo las áreas con mayor privación las que tienen mayores RMEs. En los hombres, todas las ciudades excepto Lisboa presentan un RR de asociación entre la mortalidad y la privación superior a 1. Praga tiene el mayor RR (1,23, IC: 1,02-1,46) seguida de Estocolmo. En las mujeres existen RR superiores a 1 en 11 ciudades, siendo el mayor RR el de Budapest (1.10, IC: 1.05-1.14). En general, los RR son más elevados en el caso de los hombres y en los países del norte y del este de Europa, en ambos sexos.

**Conclusiones:** A pesar de la heterogeneidad de las áreas estudiadas, este estudio evidencia la existencia de desigualdades socioeconómicas en mortalidad en la mayoría de ciudades estudiadas. La distribución de la mortalidad según causas de defunción en las ciudades del norte de Europa (mayor mortalidad cardiovascular) podría explicar parcialmente las mayores desigualdades encontradas. Futuros estudios deberán profundizar en estos análisis.

### 778. PERCEPCIÓN DE LAS MUJERES CON DISCAPACIDAD SOBRE LA RESPUESTA DEL SISTEMA DE SALUD A SUS NECESIDADES (ENERO-AGOSTO 2011)

A. Gil Tavarez

*Universidad Autónoma de Santo Domingo.*

**Antecedentes/Objetivos:** Los nuevos paradigmas de la discapacidad ponen un reto a los sistemas de salud pública, dar respuestas concretas, ya que la tendencia de la discapacidad en nuestro país es al

alza. Tomamos datos del censo nacional del 2002, e investigaciones internacionales. Objetivo: determinar la percepción de las mujeres con discapacidad mayor de 18 años, sobre la respuesta del sistema de salud a sus necesidades, Santo Domingo, República Dominicana.

**Métodos:** El diseño cualitativo, exploratorio, transversal y observacional. La técnica seleccionada es la entrevista semi-estructurada.

**Resultados:** El estudio abordó 18 mujeres con distintas discapacidades, físico motora, auditiva y mujeres con discapacidad formadas desde una perspectiva de género. Perciben que el sistema de salud da respuestas a sus necesidades de forma parcial, con ciertas limitaciones fueron medianamente rehabilitadas. La educación llega más a mujeres con deficiencias visuales y físicas, no así a mujeres con deficiencias auditivas. Las necesidades de salud están asociadas a la discapacidad que tienen. Las mujeres con discapacidad auditiva, tienen mayores necesidades de salud que las demás, excluidas por el aspecto de la comunicación, El nivel de dependencia para ir al servicio de salud, fue alto. Las más dependientes son las mujeres con deficiencia auditiva y deficiencia visual. La percepción sobre el servicio de salud dominicano, está determinado si acceden o no al servicio, Se encontró acceso al seguro médico a través de una disposición legal desde el estado, pero pocas manejan dicha información. El apoyo familiar, caracterizado por el sexo femenino. Las mujeres con discapacidad auditiva expresaron ser violentadas y maltratadas por familiares y conyugues. Las mujeres con discapacidad que trabajan el tema de género, tienen mayor información de su salud. Las informaciones sobre los programas preventivos desarrollados por el estado llega a través de medios de comunicación masivos o por iniciativas casa a casa. El material informativo solo está destinado a personas sin discapacidad. Pocas de ellas conocían la ley de discapacidad.

**Conclusiones:** Aplicación del marco nacional e internacional sobre el derecho de las mujeres con discapacidad a un servicio de salud de calidad. Cobertura en medicamento, e información para la obtención del seguro Capacitar al personal sanitario sobre nuevos paradigmas de discapacidad. Fomentar los espacios accesibles en hospitales, unidades de atención primaria. Trabajar violencia intrafamiliar familias con miembros con discapacidad. Trabajar el empoderamiento social.

### 251. DESIGUALDADES SOCIALES Y SALUD EN MUJERES INDÍGENAS JORNALERAS DEL NOROESTE DE MÉXICO

L. Camarena Ojinaga, E. Arellano García, C. Martínez Valdés, C. Von Glasco

*Universidad Autónoma de Baja California; El Colegio de la Frontera Norte.*

**Antecedentes/Objetivos:** En México persiste una estructura económica y social donde la mayoría de la población queda fuera de los beneficios del desarrollo, con profundas desigualdades en educación, empleo, viviendas, alimentación y apoyo social. Estos y otros factores impactan la salud de la población. La población indígena, en especial las mujeres, padece condiciones de mayor desventaja ya que la implementación de políticas macroeconómicas las incluye de manera diferenciada en la sociedad. La falta de oportunidades en sus lugares de origen expulsa a los indígenas hacia el norte del país, buscando trabajo y mejores condiciones de vida. En este trabajo se discuten las desigualdades sociales y su repercusión en la salud de las mujeres indígenas jornaleras en el valle agrícola con mayor dinamismo en el estado de Baja California. La base para esta discusión parte de una investigación con enfoque cualitativo, cuyo objetivo fue conocer sus percepciones sobre su salud relacionada con las exigencias del trabajo agrícola y su acceso a los servicios de salud.

**Métodos:** La metodología utilizada fue de corte cualitativo. Se emplearon talleres participativos y entrevistas grupales. Participaron 60 mujeres indígenas, todas trabajadoras del campo, con edades entre 17 y 70 años.

**Resultados:** Gran parte de las jornaleras entrevistadas no tiene acceso a la seguridad social por la forma irregular de contratación agrícola, que las excluye de este tipo de servicios de salud. Presentan problemas de salud, producto de carencias nutricionales, alta marginación y un deterioro de las condiciones sanitarias. Aunque varias localidades cuentan con servicios básicos de salud, estos servicios son inadecuados y no satisfacen sus necesidades de atención. Hay carencia de traductores y de medicamentos básicos, así como de médicos especialistas. Reportan que la atención médica brindada es de calidad deficiente, que son discriminadas y ocasionalmente maltratadas por el personal de salud.

**Conclusiones:** Las desigualdades a las que están sujetas este grupo de mujeres repercuten en sus condiciones de salud y en su estado de bienestar. La inseguridad e inestabilidad en el empleo garantizan a los empleadores la mano de obra dócil y barata, que permite a las empresas reducir el riesgo financiero que implica el costo de las prestaciones y garantías laborales. La asimetría en las relaciones sociales explica la falta de oportunidades laborales y bajos salarios. La triple discriminación por género, etnia y clase social marca el acceso diferenciado de servicios de salud y bienestar social.

## 724. DIFERENCIAS EN LA SALUD Y LOS ESTILOS DE VIDA SEGÚN LA ORIENTACIÓN SEXUAL. BARCELONA, 2011

M. Martí Pastor, G. Pérez, X. Bartoll, C. Borrell

*Servicio de Sistemas de Información Sanitaria, Agència de Salut Pública de Barcelona; CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP); Unidad Docente de Medicina Preventiva y Salud Pública, Hospital del Mar, UPF-ASPB.*

**Antecedentes/Objetivos:** A pesar del progreso social, las lesbianas, gays y bisexuales (LGB) siguen sufriendo discriminación, estigmatización, prejuicios y homofobia que internalizados pueden afectar a la salud de los integrantes de este grupo. Por primera vez, se ha incluido la orientación sexual en la Encuesta de Salud de Barcelona del 2011 (ESB-2011). El objetivo de este estudio es describir las diferencias según orientación sexual en la mala salud percibida, el riesgo de mala salud mental, la presencia de trastornos crónicos y los estilos de vida en las personas de 15 a 64 años residentes en Barcelona en el 2011.

**Métodos:** Estudio transversal a partir de la ESB-2011 realizada por la Agencia de Salud Pública de Barcelona (ASPB). La población de estudio fueron los residentes en la ciudad de Barcelona que tenían entre 15 a 64 años ( $n = 2.677$ ). Las variables dependientes fueron: la mala salud percibida, la presencia de trastornos crónicos, el riesgo de mala salud mental, el consumo de tabaco, alcohol y drogas ilegales. Las variables independientes fueron: la orientación sexual, el sexo, el nivel de estudios, la clase social, el lugar de origen y la convivencia en pareja. Mediante modelos de regresión de Poisson robusta multivariados se obtuvieron razones de prevalencia ajustadas (RPa) e intervalos de confianza del 95% (IC).

**Resultados:** En este estudio, el 2,7% de los entrevistados declaró ser LGB y el 4,8% aseguró haber mantenido relaciones sexuales con personas del mismo sexo. No se observaron diferencias según orientación sexual en relación al riesgo de mala salud mental (RPa: 1,51, IC: 0,78-2,93) y a la presencia de trastornos crónicos (RPa: 0,84, IC: 0,45-1,56). En cambio, sí que se encontraron diferencias en cuanto a la mala salud percibida (RPa: 2,05, IC: 1,01-4,18), en el consumo de tabaco (RPa: 3,26, IC: 1,94-5,5) y drogas ilegales (RPa: 6,41, IC: 3,77-10,88) en el grupo de LGB respecto al grupo heterosexual, ajustadas todas ellas por sexo, edad, nivel de estudios, clase social, lugar de origen y convivencia en pareja.

**Conclusiones:** Nuestros hallazgos sugieren que el grupo de LGB tiene peor salud percibida y peores estilos de vida que el grupo heterosexual. Son necesarios más estudios para comprender en profundidad los mecanismos que puedan explicar estos resultados. Las

intervenciones deben ir orientadas hacia el conjunto de la población, con campañas que lleven a la eliminación de la discriminación social, y también hacia los afectados con la intención de reducir los sentimientos de homofobia internalizada.

## Conductas relacionadas con la salud y sus condicionantes

*Miércoles, 4 de septiembre de 2013. 09:00 a 11:00 h  
Aula 3*

*Modera: Antonio Molina de la Torre*

### 179. CONSUMO DE FRUTAS, LEGUMES E VERDURAS E AMBIENTE ALIMENTAR EM CAPITAL BRASILEIRA: ANÁLISE MULTINÍVEL

M.C. Pessoa, L. Loures Mendes, C. Saar Gomes, G. Velásquez-Meléndez, D. Carvalho Malta

*Universidade Federal de Minas Gerais; Universidade Federal de Juiz de Fora; Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde.*

**Antecedentes/Objetivos:** A composição da dieta de uma população é um fator primordial para a promoção e manutenção da saúde. Sua associação com as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) é bem estabelecida e possui papel relevante nas ações de prevenção dessas doenças. O consumo de frutas, legumes e verduras (FLV) está entre os padrões alimentares relacionados à prevenção de DCNT. Fatores ambientais, sociais e individuais influenciam padrões alimentares e podem estar associados à ocorrência de DCNT. O objetivo do presente estudo foi estimar associações das variáveis ambientais e individuais com o escore de consumo de frutas, legumes e verduras da população adulta da cidade de Belo Horizonte – MG.

**Métodos:** Foram analisados dados de uma amostra complexa de 5826 adultos (sendo, 45,8% homens e 54,2% mulheres, com média de idade de 39,5 anos) da área urbana da cidade de Belo Horizonte. As informações do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico do Ministério da Saúde foram utilizadas e os dados individuais foram coletados por meio de entrevistas telefônicas (VIGITEL – 2008/2010). A ingestão de FLV foi avaliada a partir da criação de um escore de consumo atribuindo pontuações de acordo com a frequência semanal de consumo e o número de porções de FLV consumidas. Este escore variou entre zero e 12 pontos. Variáveis do ambiente físico e social também foram utilizadas. As associações foram investigadas entre o número de lojas de especializadas na venda de FLV, índice de vulnerabilidade à saúde (IVS) e o escore de consumo de FLV. A análise foi realizada por meio de um modelo de regressão linear multinível ponderado.

**Resultados:** Verificaram-se maiores escores de consumo em mulheres e em pessoas fisicamente ativas no lazer e menores escores em fumantes e pessoas que consomem refrigerantes e/ou sucos artificiais com açúcar em cinco ou mais dias da semana. Observou-se um aumento do escore de consumo a medida que aumenta o número de lojas de hortifrutis na vizinhança e uma redução do escore em regiões com pior IVS em relação às regiões com baixa vulnerabilidade.

**Conclusiones:** Características dos locais onde as pessoas vivem estão associadas ao consumo de FLV em adultos de uma capital brasileira. Sistemas de vigilância como o VIGITEL são importantes instrumentos neste tipo de pesquisa e com o auxílio de informações

ambientais tornam-se importantes ferramentas para o planeamento de ações que visem a promoção do consumo de FLV.

### 986. ESTUDIO DEL AMBIENTE ALIMENTARIO EN CHILE: UNA APROXIMACIÓN ECOLÓGICA

J. Robinovich, S. Muñoz, X. Ossa, P. Sepúlveda, C. Martínez

*Universidad de La Frontera, Temuco, Chile.*

**Antecedentes/Objetivos:** Estudios recientes señalan que el ambiente alimentario, entendido como la oferta de productos alimenticios en un determinado sector, puede influenciar las preferencias alimentarias y calidad de la dieta de sus residentes. Especial énfasis se ha dado a las diferencias observadas en relación con tipos de establecimientos de venta de alimentos por nivel socioeconómico (NSE) entre sectores residenciales, debido a la gradiente social observada en diversas condiciones mórbidas relacionadas con la dieta. Dado lo anterior, el presente trabajo tiene como objetivo determinar si existe alguna tendencia en la distribución de establecimientos de venta de alimentos por nivel socioeconómico (NSE) en la ciudad de Temuco.

**Métodos:** Se estimó el NSE promedio de cada distrito censal utilizando datos del censo poblacional, considerando la tenencia de un conjunto de bienes en los hogares y nivel educacional de los jefes de hogar. Se obtuvieron datos municipales de las patentes comerciales de la comuna, con los que se elaboró un mapa de la distribución de los establecimientos de venta de alimentos por distrito censal utilizando el programa Google Earth. De acuerdo a la patente emitida los establecimientos se clasificaron en: almacén, supermercado, venta de comida rápida, venta de confites, verdulería/frutería, panadería/pastelería, carnicería/pescadería y botillerías. Se realizó un análisis de correspondencias para determinar que establecimientos predominan en cada distinto censal.

**Resultados:** Se establecieron 4 categorías de NSE. De los 16 distritos censales de la ciudad, 2 corresponden a NSE alto, 3 a NSE medio-alto, 3 a NSE medio-bajo y 8 a NSE bajo. Los 8 distritos clasificados como de NSE bajo muestran predominio de almacenes y botillerías. Los 2 distritos correspondientes a NSE alto muestran predominio de supermercados, establecimientos de venta de comida rápida y locales de venta de confites. En los distritos con NSE medio no se observa una tendencia tan marcada en la distribución.

**Conclusiones:** Los resultados concuerdan con estudios realizados en países desarrollados, los que reportan mayor presencia de almacenes y licorerías y menor presencia de supermercados en sectores menos acomodados. Es posible replicar este análisis en otras ciudades, para así obtener una aproximación del ambiente alimentario por NSE a nivel regional o nacional. Es necesario generar instrumentos válidos y confiables para determinar la oferta de alimentos por tipo de establecimiento para poder analizar, a través de estudios multinivel, la influencia del ambiente alimentario en los indicadores de salud.

### 660. RIESGO DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS. PROYECTO UNIHCS

A.J. Molina, T. Fernández, R. Mateos, J. Llorca, E. Jiménez, M. Delgado, J.M. Cancela, A. Bueno, V. Martín

*IBIOMED, Universidad de León; Universidad de Salamanca; Universidad de Cantabria; Universidad de Granada; Universidad de Jaén; Universidad de Vigo.*

**Antecedentes/Objetivos:** Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), entre los cuales se encuentran la anorexia y la bulimia nerviosas, constituyen un creciente problema de salud pública, con repercusiones físicas, psicológicas y sociales. Se asocian con insatis-

facción y distorsión de la imagen corporal, el uso y abuso de dietas injustificadas, los índices de masa corporal extremos, la depresión y la ansiedad. Aunque son más frecuentes en adolescentes, se pueden iniciar también en edades más tardías. La independencia del núcleo familiar durante la etapa universitaria, hace que los estudiantes se responsabilicen de la organización de su dieta, la compra de alimentos, la elaboración de sus menús, lo que aumenta su riesgo de sufrir TCA. El objetivo del estudio es analizar la prevalencia de riesgo de TCA en estudiantes universitarios españoles y analizar qué factores se asocian.

**Métodos:** Estudio observacional, descriptivo, transversal, multicéntrico de estudiantes universitarios de primer año participantes en el proyecto uniHcos. Mediante cuestionario online al que se les invitaba a través de correo electrónico, se recogió la información sobre el riesgo de TCA mediante el cuestionario SCOFF (sick-control-one-fat-food). La respuesta afirmativa a dos o más preguntas se corresponde con riesgo de TCA. Además el cuestionario permitió recoger información sociodemográfica, dietética, de consumo de sustancias, discriminación o maltrato, estado de salud percibido, disfunción familiar mediante test APGAR, riesgo de problema mental mediante el GHQ-12 y uso problemático de Internet mediante test de Kimberly Young. Se analizó la prevalencia de riesgo de TCA, y su asociación con los otros parámetros estudiados mediante pruebas de chi-cuadrado o t-test según corresponda.

**Resultados:** Se obtuvo una muestra de 1.011 individuos (27,4% hombres y 72,6% mujeres) con una edad media  $20,4 \pm 4,5$  años. La prevalencia de riesgo de TCA fue del 18,4%, siendo mayor en mujeres (25%) que en hombres (16%) ( $p = 0,030$ ). Se encontraron asociaciones estadísticamente significativas con el sobrepeso, realizar una dieta sin prescripción médica, un peor estado de salud percibido, el consumo de tabaco, haber sufrido maltrato o discriminación, disfunción familiar leve o grave, riesgo de problemas de salud mental y uso patológico de Internet, pero no con la edad, el domicilio o el consumo de alcohol o drogas ilegales.

**Conclusiones:** Las prevalencias de riesgo de TCA se corresponden con las encontradas en otros estudios, destacando como factores de riesgo relacionados los aspectos psicosociales.

### 965. PADRÃO DA DIETA E SUA RELAÇÃO COM O FOLATO E HOMOCISTEÍNA CONSIDERANDO O POLIMORFISMO C677T DO MTHFR

V.T. Baltar, M.A. Castro, J. Steluti, R.M. Fisberg, D.M. Marchioni

*Universidade Federal Fluminense; Universidade de São Paulo.*

**Antecedentes/Objetivos:** A hiperhomocisteinemia é um fator de risco para doenças cardiovasculares e outras doenças degenerativas. O genótipo TT do polimorfismo C677T tem sido associado com uma função reduzida da enzima MTHFR e pode estar associado com a elevação da homocisteína, que depende da ingestão de folato. O folato é uma vitamina B encontrada em certos alimentos, e a homocistina é um amino ácido sintetizado no corpo, metabolicamente relacionado com as vitaminas B, incluindo o folato. Este estudo tem como objetivo avaliar o impacto de padrões alimentares nos níveis séricos de folato e plasmáticos de homocisteína considerando o polimorfismo C677T em uma amostra brasileira.

**Métodos:** Dois recordatórios de 24 horas foram aplicados. O consumo de 34 grupos alimentares foram ajustados pela variabilidade intrapessoal através do "Multiple Source Method" antes da análise dos dados. Foram utilizados folato sérico e a homocisteína plasmática de 536 participantes do estudo de base populacional ISA-São Paulo. A genotipagem do polimorfismo foi realizada utilizando a técnica PCR-alelo específico. A modelagem por equações estruturais exploratória (ESEM) foi utilizada para derivar os padrões de dieta e a modelagem por equações estruturais (SEM) foi utilizada para estimar o

modelo final incluindo os efeitos dos padrões na homocisteína e no folato para os genótipos TT e não-TT do polimorfismo C677T. Também foi considerado o efeito do folato na homocisteína. Todos os modelos foram estimados por máxima verossimilhança robusta (apropriado para dados que não apresentam distribuição normal) e foi adotada rotação Geomin, ambos disponíveis no pacote Mplus.

**Resultados:** Da ESEM foram extraídos dois padrões de dieta similares para os dois grupos do polimorfismo C677T: Um padrão tradicional composto por arroz, feijão e carnes; e um padrão de saladas, composto por folhas verdes, vegetais (excluindo raízes e tubérculos), temperos e condimentos. No SEM (com qualidade de ajuste adequado: RMSEA = 0,054, CFI = 0,920 e TLI = 0,904) os dois padrões tiveram seus efeitos significativos no folato, que por sua vez se mostrou inversamente associado aos níveis de homocisteína. O efeito indireto do padrão tradicional nos níveis de homocisteína não foi significativo, enquanto que o padrão de saladas foi protetor ( $-0,14$ ,  $p = 0,047$ ). Ambos os padrões não foram diretamente associados com os níveis de homocisteína e todos os achados foram restritos a amostra do genótipo não-TT.

**Conclusiones:** Nos indivíduos com polimorfismo não-TT um padrão de dieta rico em saladas apresenta um efeito indireto, mediado pelo folato, na redução dos níveis de homocisteína. Esses achados não se confirmam para os indivíduos com polimorfismo TT, talvez devido ao reduzido tamanho amostral ( $n = 58$ ).

### 1136. ESCALA BRASILEIRA DE MEDIDA DE SEGURANÇA ALIMENTAR PARA POVOS INDÍGENAS NO BRASIL: PROPOSTA DE MODELO

A.M. Segall-Corrêa, L. León-Marín, M.A. Azevedo, M.B. Ferreira, A.W. Kepple, D.M. Camargo, D.R. Gruppi, R. Pérez-Escamilla

*Departamento de Saúde Coletiva Unicamp; Yale University.*

**Antecedentes/Objetivos:** Segundo o censo brasileiro de 2010 a população indígena no Brasil é de 896,9 mil pessoas, distribuídas em 305 etnias, tendo sido identificadas 274 diferentes línguas. A riqueza dessa diversidade convive com pobreza extrema da maioria destes povos, o que leva à observada carência alimentar, às altas taxas de desnutrição infantil e, paradoxalmente, ao sobrepeso e obesidade entre as mulheres adultas. Objetivo: Desenvolver instrumento de medida domiciliar de segurança alimentar baseado na percepção e no conhecimento dos grupos indígenas sobre segurança alimentar, as condições que a determinam, bem como suas consequências para a saúde e bem estar.

**Métodos:** O estudo, realizado entre 2007 e 2012, com abordagem qualitativa e quantitativa, foi desenvolvido em quatro aldeias Guarani do estado de São Paulo. Os resultados da etapa qualitativa permitiu elaborar, em conjunto com os indígenas, proposta de escala com 11 itens, escrita em português e em guarani, compreendendo as dimensões da segurança alimentar reconhecidas como universais, tais como, preocupação com insuficiência alimentar no futuro, qualidade inadequada e quantidade insuficiente de alimentos, bem como presença de estratégias de enfrentamento dessas condições. O teste da escala se deu em inquérito populacional, com amostra intencional, em 3 aldeias, sendo entrevistadas, na maioria das vezes mulheres adultas. As entrevistas foram feitas por indígenas da mesma etnia guarani, participantes do estudo, treinados para esta tarefa e supervisionados.

**Resultados:** Foram entrevistadas 118 pessoas, deste 88 foram adequados para as análises estatísticas de consistência interna da escala, feitas com modelagem de Rasch. Dos 11 itens da escala 9 apresentaram ajustes adequados (intervalos de "infit" entre 0,8 e 1,3) e medidas de severidade dos itens com a progressão respeitando os pressupostos teóricos de escalas psicométricas. Destes 9 itens 3 apresentam resultados de ajuste e severidade muito semelhantes a outros, o que

permitirá sua exclusão após discussão prevista para obtenção de consenso, entre pesquisadores e indígenas.

**Conclusiones:** Apesar da diversidade sócio-cultural foi possível elaborar a Escala de Medida de Segurança Alimentar aplicável a povos indígenas no Brasil, respeitando os pressupostos teóricos que orientam estes estudos. Novos testes desta escala, com participação de outras etnias, estão em perspectivas para sua disponibilização aos pesquisadores.

### 606. EVOLUCIÓN DEL CONSUMO DE CIGARRILLOS MANUFACTURADOS Y DE LIAR EN ESPAÑA (1991-2012)

M. Fu, J.M. Martínez-Sánchez, E. Fernández

*Instituto Catalán de Oncología (ICO); Instituto de Investigación Biomédica de Bellvitge (IDIBELL).*

**Antecedentes/Objetivos:** El objetivo de este trabajo es describir la tendencia del consumo per cápita de cigarrillos manufacturados y de liar en España entre 1991 y 2012.

**Métodos:** Se utilizaron los datos sobre las ventas de cigarrillos manufacturados (cajetillas de 20 unidades) y de cigarrillos de liar (kilogramos) del Comisionado para el Mercado de Tabacos. Con estos datos y con los datos de población adulta española  $\geq 16$  años obtenidos del Instituto Nacional de Estadística se estimó el consumo diario per cápita en el período 1991-2012 para ambos tipos de cigarrillos. Debido a que el cigarrillo de liar es preparado por el propio usuario, se tuvieron en cuenta tres escenarios para calcular el número de cigarrillos de liar per cápita (peso unitario de 0,5, 0,8 y 1 gramo). Además, calculamos el porcentaje de cambio anual (PCA) medio del consumo de cigarrillos per cápita.

**Resultados:** El consumo diario de cigarrillos manufacturados por persona disminuyó de 7,6 unidades en el año 1991 a 3,8 unidades en el año 2012, con un PCA medio de  $-3,03\%$ . En cambio, el consumo diario de cigarrillos de liar por persona aumentó de 0,07 a 0,92 unidades de 0,5 gramos, de 0,04 a 0,58 unidades de 0,8 gramos, y de 0,03 a 0,46 unidades de 1 gramo (PCA medio de  $14,08\%$ ). Conjuntamente, el consumo diario por persona de cigarrillos manufacturados y de liar decreció en el período estudiado de 7,6 a 4,7 unidades (PCA medio de  $-2,90\%$ ), de 7,6 a 4,4 unidades (PCA medio de  $-2,42\%$ ), y de 7,6 a 4,2 unidades (PCA medio de  $-2,54\%$ ), según el escenario considerado.

**Conclusiones:** Mientras que el consumo per cápita de cigarrillos manufacturados en España ha descendido en los últimos años, el consumo per cápita de cigarrillos de liar ha aumentado a razón del  $15\%$  anualmente en los últimos 20 años. Por ello, se debería tener en cuenta el consumo de cigarrillos de liar en las políticas de control del tabaquismo.

### 433. EVOLUÇÃO DOS GASTOS COM CIGARRO DAS FAMÍLIAS BRASILEIRAS, 2002/2003 E 2008/2009

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

*Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; Universidade de Brasília.*

**Antecedentes/Objetivos:** Os gastos com cigarro são um item de despesa para muitas famílias brasileiras. O estudo teve como objetivo descrever a evolução dos gastos com cigarro e o peso deste sobre a renda das famílias brasileiras, no período 2002-2009.

**Métodos:** Foi realizado estudo descritivo com dados das Pesquisas de Orçamentos Familiares (POF), realizadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) nos anos 2002/2003 e 2008/2009. Para a comparação dos valores dos gastos, em reais (R\$), foi feita correção segundo o Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), tendo como base janeiro de 2009. Foram considerados apenas



os gastos com cigarro. As famílias foram divididas em quintos de renda mensal total per capita.

**Resultados:** Em 2002-2003 e 2008-2009, respectivamente 23,5% e 18,2% das famílias haviam registrado gasto com cigarro no período de referência da POF. Essa proporção foi mais elevada na região Sudeste (51,3% em 2002-2003 e 48,5% em 2008-2009) em relação às demais, entre as famílias residentes em áreas urbanas (88,4% e 87,0%) em relação às rurais (11,6% e 13,0%). No período, o gasto médio com cigarro para o total das famílias que tiveram esse tipo de gasto elevou-se de R\$ 55,36 para R\$ 59,45 e o gasto médio per capita elevou-se de R\$ 14,12 para R\$ 16,56. O valor foi notavelmente superior entre as famílias com maior renda. Para as famílias pertencentes ao último quinto de renda e que gastaram com cigarro, o valor médio do gasto foi R\$ 83,42 em 2002-2003 e R\$ 85,46 em 2008-2009; para as famílias pertencentes ao primeiro quinto estes valores equivaleram, respectivamente, a R\$ 33,71 e R\$ 38,92. Em 2002-2003, as famílias do último quinto de renda foram responsáveis por 28,5% do total do gasto com cigarro, enquanto em 2008-2009, esse percentual correspondeu a 24,4%. Para o total das famílias que tiveram gastos com cigarro, o peso deste em relação à renda reduziu-se de 2,9% para 2,3%. Entre as famílias pertencentes ao primeiro quinto, essa participação reduziu-se de 7,8% para 5,2% e entre aquelas pertencentes ao último quinto, de 2,9% para 2,3%.

**Conclusiones:** Apesar da redução da proporção de famílias que tiveram gastos com cigarro, houve aumento entre aquelas residentes nas regiões Norte e Nordeste, em áreas rurais, e entre aquelas pertencentes aos dois primeiros quintos de renda. O fato de que o gasto com cigarro passou a representar menor peso em relação à renda das famílias, principalmente para aquelas pertencentes aos primeiros quintos, pode ter contribuído para o aumento da proporção de famílias que tiveram gasto com cigarro nesses estratos de renda.

#### 243. PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS AO CONSUMO DE CAFÉ DA MANHÃ ENTRE ESCOLARES DE ITAJAÍ, SANTA CATARINA, BRASIL

D.A. Hofelmann, N. Momm

*Ministério da Saúde; Universidade do Vale do Itajaí.*

**Antecedentes/Objetivos:** O café da manhã representa uma das três principais refeições diárias, sendo considerado um importante marcador de hábito alimentar saudável. Contudo, a diminuição do seu consumo é importante característica da alimentação contemporânea. Diante disto, objetivou-se investigar a prevalência de consumo alimentar não diário do café da manhã, e os fatores associados a esta prática em escolares de Itajaí, Santa Catarina, Brasil.

**Métodos:** Para este estudo transversal foram sorteados alunos matriculados no ano de 2011 em uma escola municipal. Aspectos socioeconômicos, hábitos relacionados à saúde e comportamento alimentar foram investigados por meio de questionário. Dados antropométricos (peso, estatura e circunferência da cintura) foram também aferidos. O desfecho foi a realização não diária do café da manhã. Razões de Chance (RC) brutas e ajustadas, e respectivos Intervalos de Confiança de 95% (IC95%) foram estimados por meio da Regressão Logística não condicional, seguindo modelo hierárquico de análise.

**Resultados:** A taxa de resposta foi de 89,9% (n = 533). A idade média foi de 8,5 anos (mínimo 5,8 anos e máximo de 15,1 anos). Um quarto dos escolares (n = 128) não ingeria diariamente o café da manhã (25,0%, IC95% 21,2; 28,7%). A frequência de consumo de hortaliças cruas, legumes cozidos, laticínios, frutas, suco de frutas e feijão foi maior entre os escolares que realizaram diariamente o café da manhã. Por outro lado, o consumo de refrigerantes foi inferior. Na análise bruta as variáveis: obesidade abdominal infantil, inatividade física, obesidade do responsável, não realizar refeições com a família, constipação intestinal, percepção negativa da qualidade da dieta e da saúde

de infantil segundo os pais, menor consumo de hortaliças e alimentos proteicos, estiveram significativamente associados ao desfecho. Após análise ajustada permaneceram associadas ao hábito de não realizar diariamente o café da manhã as variáveis: não realizar sempre as refeições com a família (RC 2,50 IC95% 1,42; 4,42), maior consumo de frutas e hortaliças (RC 0,44 IC95% 0,26; 0,74), obesidade abdominal (RC 2,21 IC95% 1,15; 4,26), e avaliação negativa da saúde do escolar pelo responsável (RC 1,96 IC95% 1,04; 3,70).

**Conclusiones:** A realização do café da manhã mostrou-se ser um importante marcador de comportamentos saudáveis. Medidas para incentivar o consumo do café da manhã no ambiente escolar são importantes para melhorar o consumo alimentar, e os indicadores de saúde infantil.

#### 786. ANÁLISE EVOLUTIVA DO PERFIL DOS EX-FUMADORES E MOTIVOS DE CESSAÇÃO

A. Leite, A. Machado, B. Nunes, C. Matias Dias

*Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, Departamento de Epidemiologia.*

**Antecedentes/Objetivos:** Em Portugal têm sido tomadas medidas para promover a cessação tabágica, nomeadamente a Lei do Tabaco (2008). Pretende-se analisar a evolução do perfil sociodemográfico dos ex-fumadores e os motivos da cessação.

**Métodos:** Foram analisados os dados do painel ECOS (Em Casa Observamos Saúde). Este painel é constituído por cerca de 1000 Unidades de Alojamento (UA), contactáveis por telefone fixo ou móvel, estratificada por Região NUTII do Continente, com alocação homogênea. Em cada UA é inquirido um elemento com 18 ou mais anos. Os dados em análise foram recolhidos em Julho/2005, Junho/2008 e Outubro/2010. As estimativas, estratificadas por sexo, de prevalência de ex-fumadores e sua distribuição por características sociodemográficas, foram ponderadas para a população residente no Continente. Para tal utilizaram-se as estimativas oficiais da população residente e distribuição de UA por região (Instituto Nacional de Estatística).

**Resultados:** Nos homens, as estimativas de prevalência de ex-fumadores nos 3 inquéritos, 2005, 2008 e 2010 foram 36,2% [Intervalo de Confiança a 95% (IC95%): 30,6-41,9%], 43,8% (IC95%: 36,1-51,5%) e 28,7% (IC95%: 22,7-34,7%), respetivamente. Em 2005, os homens ex-fumadores, tinham maioritariamente mais de 65 anos (27,3% dos ex-fumadores) e ensino básico (49,2%). O principal motivo para cessação foram os problemas de saúde (49,6%; IC95%: 40,1-59,2%). Este perfil não se alterou em 2008, tendo todos os ex-fumadores recentes (< 6 meses) referido que a lei não interferiu na sua decisão. Em 2010 a maioria dos ex-fumadores (93,0%; IC95%: 88,0-97,8%) referiu ter cessado o consumo antes da implementação da lei e dos que o fizeram após a mesma, apenas 32,8% foram motivados pela lei. Nas mulheres verificaram-se prevalências de ex-fumadoras de 8,9% (IC95%: 6,3-11,5%), 15,0% (IC95%: 11,8-18,3%) e 13,2 (IC95%: 9,6-16,8%), respetivamente. Em todos os inquéritos as ex-fumadoras tinham maioritariamente 35 a 44 anos (40,0% em 2005, 33,9% em 2008 e 39,2% em 2010) e habilitações literárias ao nível do ensino superior em 2005 e 2008 (46,9% e 36,8%) e do ensino básico em 2010 (48,8%) Em 2005, o principal motivo para ter deixado de fumar foram os problemas de saúde (22,7%; IC95%: 10,5-34,5%). Igual resultado em 2008, contudo todas as ex-fumadoras recentes (há < 6 meses) referiram que a sua decisão foi influenciada pela lei. Em 2010, as ex-fumadoras referiram, ter cessado o consumo antes da publicação da lei (81,7%) e nenhuma referiu ter sido motivada pela mesma.

**Conclusiones:** O perfil do ex-fumador não sofreu alterações substanciais ao longo do tempo, sendo o principal motivo para a cessação os problemas de saúde. As medidas futuras para a cessação tabágica deverão ter em conta as características dos grupos menos suscetíveis à mudança.

### 1137. FATORES ASSOCIADOS AO CONSUMO DE ÁLCOOL NA POPULAÇÃO FEMININA BRASILEIRA

I.E. Mahado, F.C. Félix Lana, D.C. Malta, M.S. Felisbino-Mendes

*Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais; Ministério da Saúde.*

**Antecedentes/Objetivos:** Nos últimos anos, as mulheres, antes consideradas consumidoras leves do álcool, estão alcançando padrões de consumo equivalentes aos dos homens. Devido ao elevado custo social do uso e do abuso de álcool, este crescente fenômeno merece atenção. O objetivo do presente estudo foi analisar os fatores associados ao uso e abuso de álcool, utilizando uma amostra representativa da população feminina brasileira.

**Métodos:** Trata-se de um estudo transversal que analisou dados secundários provenientes do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGI-TEL) no ano de 2011. A amostra foi composta de 32.718 mulheres adultas residentes nas 26 capitais dos estados brasileiros e no Distrito Federal. Considerou-se uso habitual a referência de ingestão de pelo menos uma dose de bebida alcoólica nos últimos 30 dias e abuso, ingestão de quatro ou mais doses em pelo menos uma ocasião. Os dados foram analisados com auxílio do programa Stata, versão 12, no módulo survey, que considera a composição do delineamento complexo de amostragem. Modelos de regressão polinomial foram utilizados para avaliar os possíveis fatores associados ao uso e abuso de álcool.

**Resultados:** Dentre os fatores investigados, estiveram independente e positivamente associados ao consumo de álcool as faixas etárias mais jovens, escolaridade alta, estado civil sem parceiro, inserção no mercado de trabalho, sedentarismo e tabagismo. Destaca-se dentre estes que quanto mais jovem (RP = 2,2; IC95% 1,3-3,6, 18-24 anos) e quanto maior a escolaridade (RP = 1,5; IC95% 1,2-1,9, 12 ou mais anos), maior a chance de consumir bebidas alcoólicas ( $p < 0,05$ ), quando comparadas com a faixa etária mais velha (65 ou mais) e a de menor escolaridade (0-8 anos), respectivamente. Os fatores faixas etárias mais jovens, escolaridade alta, estado civil sem parceiro, e tabagismo também estiveram independente e positivamente associados ao consumo abusivo de álcool ( $p < 0,05$ ). Observa-se maior chance de abuso entre as mulheres mais jovens (RP = 4,9; IC95% 3,0-7,8, 18-24 anos) e mais escolarizadas (RP = 1,8; IC95% 1,2-2,2), quando comparadas com a faixa etária 65 ou mais anos e a escolaridade 0-8 anos, respectivamente.

**Conclusiones:** Os resultados identificam alguns subgrupos da população feminina mais suscetíveis ao consumo abusivo de álcool, tais como idade mais jovem, fumantes, escolarizadas e não casadas. Observa-se também que o consumo se relaciona com o trabalho e com o fato de ser fisicamente ativa. Estes resultados apontam a necessidade de políticas intersetoriais de prevenção, uma vez que o uso abusivo do álcool acarreta inúmeras consequências negativas para a saúde e qualidade de vida dos indivíduos.

### 664. VALIDACIÓN Y ANÁLISIS PSICOMÉTRICO DE LA VERSIÓN EN CASTELLANO DEL INTERNET ADDICTION TEST

T. Fernández, A.J. Molina, C. Ayán, M. Delgado, J. Llorca, E. Jiménez, R. Capelo, R. Mateos, V. Martín

*IBIOMED, Universidad de León; Universidad de Vigo; CIBERESP, Universidad de Jaén; CIBERESP, Universidad de Cantabria; CIBERESP, Universidad de Granada; Universidad de Huelva; Universidad de Salamanca; CIBERESP.*

**Antecedentes/Objetivos:** El uso de Internet ha aumentado en los últimos años convirtiéndose en una útil herramienta cotidiana de búsqueda de información, comunicación y socialización en el ámbito

académico, profesional y de ocio. Sin embargo, algunos autores alertan de problemas derivados de un uso indebido. Para analizar esta problemática, existen diferentes herramientas diagnósticas, entre las que destaca por su sencillez y amplia utilización a nivel mundial el Internet Addiction Test (IAT) de Kimberly Young, aunque existe controversia respecto a sus propiedades psicométricas. El objetivo del presente estudio es validar el cuestionario en castellano y analizar sus propiedades psicométricas.

**Métodos:** Se realizó una traducción-retraducción del IAT al castellano, contando con la colaboración de dos personas nativas y se llevó a cabo una prueba test-retest en una muestra de conveniencia de 80 alumnos de la Universidad de León y voluntarios de redes sociales. Mediante cuestionario online, se recogió información sociodemográfica y la versión traducida del IAT en una muestra de 851 alumnos universitarios participantes en el proyecto uniHcos. La psicometría se examinó con un Análisis Factorial Exploratorio (AFE) mediante la técnica de Componentes Principales con rotación Varimax y un Análisis Factorial Confirmatorio (AFC) mediante el método de Máxima Verosimilitud, utilizando los paquetes estadísticos SPSS y AMOS.

**Resultados:** En la validación del cuestionario encontramos una buena correlación ( $r = 0,90$ ) y concordancia ( $Kappa = 0,65$ ). El AFE mostró la existencia de tres dimensiones que explicaron un 53% de la varianza: Anticipación-Evasión de la vida real (8 ítems), gestión del tiempo y rendimiento (8 ítems) y relaciones sociales (4 ítems). Con una consistencia interna de 0,87, 0,85 y 0,62 respectivamente. La consistencia interna del test en su conjunto fue de 0,915. El AFC demostró un buen ajuste del modelo ( $\chi^2 = 956,5$ ;  $gl = 167$ ;  $RSEA = 0,08$ ;  $RMR = 0,06$  y  $CFI = 0,89$ ), que mejoró los indicadores relacionando los ítems 6 y 8 dada la similitud semántica de las preguntas ( $\chi^2 = 738,7$ ;  $gl = 166$ ;  $RSEA = 0,06$ ;  $RMR = 0,06$  y  $CFI = 0,91$ ).

**Conclusiones:** Las diferencias metodológicas encontradas con otras psicometrías de este test dificultan la comparación de nuestros resultados. El modelo encontrado en el análisis factorial ha demostrado que el IAT puede ser utilizado para analizar uso patológico de Internet, a través de la valoración de su asociación con la evasión de la vida real, el rendimiento académico o profesional y las relaciones sociales.

### 763. RELACIÓN ENTRE IMAGEN CORPORAL, ESTADO NUTRICIONAL Y NIVEL EDUCACIONAL EN MUJERES CHILENAS

J. Robinovich, S. Muñoz, X. Ossa, P. Sepúlveda, C. Martínez

*Universidad de La Frontera, Temuco, Chile.*

**Antecedentes/Objetivos:** La obesidad es un creciente problema de salud pública en Chile, cuya prevalencia presenta una marcada gradiente según nivel educacional, particularmente en mujeres. La asociación inversa entre nivel socioeconómico y obesidad femenina que se presenta en economías de medianos y altos ingresos aun no ha sido completamente dilucidada. Estudios realizados a nivel individual muestran que un factor a considerar es la imagen corporal, determinada de acuerdo a posición social. Dado lo anterior, el presente trabajo tiene como objetivo explorar la relación entre estado nutricional, imagen corporal y nivel educacional en mujeres chilenas.

**Métodos:** Utilizando la Contour Drawing Figure Rating Scale (CDFRS), desarrollada por Thompson & Grayuna en 1995, se evaluó la imagen corporal percibida como ideal de acuerdo a la edad y a la auto-imagen en una muestra probabilística de 223 mujeres chilenas con edades entre 20-60 años. Se consignó a su vez nivel educacional (NEDU) e índice de masa corporal (IMC) y se consultó explícitamente satisfacción con imagen corporal. Basado en estudios previos, se asignaron valores de IMC a las imágenes de la

CDFRS, para determinar concordancia entre auto-imagen y la correspondiente al IMC.

**Resultados:** En 48% de las participantes existe concordancia entre autoimagen y la correspondiente al IMC; 41% se percibe más voluminosa. Esta diferencia en la concordancia se asocia con IMC menor a 25, no se observan diferencias por NEDU. El promedio de la imagen ideal tiende a disminuir a medida que aumenta el NEDU; a su vez, el promedio aumenta al aumentar el IMC. El grado de satisfacción con la imagen corporal, medido como la discrepancia entre imagen corporal ideal y autoimagen tiende a aumentar a medida que aumenta el nivel educacional. Al consultar directamente sobre satisfacción con la imagen corporal se observa que ésta aumenta a medida que disminuye el IMC.

**Conclusiones:** Las mujeres con IMC normal tienden a sobre-estimar su tamaño corporal, no así aquellas con sobrepeso y obesas. La satisfacción con la imagen corporal es mayor en mujeres con menor IMC y mayor NEDU. Las mujeres con mayor NEDU perciben como ideal imágenes de menor tamaño corporal, sin embargo es necesario un mayor tamaño de muestra para determinar si este parámetro se asocia con la distribución de la obesidad femenina en Chile.

## Condiciones de trabajo y salud

Miércoles, 4 de septiembre de 2013. 09:00 a 11:00 h  
Aula 4

Moderadora: Ana M. García García

### 394. PERCEPCIÓN DE LAS TRABAJADORAS INMIGRANTES DEL SERVICIO DOMÉSTICO SOBRE SUS CONDICIONES DE EMPLEO

E. Briones Vozmediano, A.A. Agudelo Suárez, M.J. López Jacob, C. Vives Cases, E. Ronda Pérez

Grupo de Investigación en Salud Pública, Universidad de Alicante; Facultad de Odontología, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia; Centro de Investigación en Salud Laboral-CISAL; CIBER Epidemiología y Salud Pública; Instituto Interuniversitario de Desarrollo Social y Paz, Centro Colaborador de la OMS de Inclusión Social y Salud.

**Antecedentes/Objetivos:** En España el servicio doméstico constituye una de las principales fuentes de empleo para las mujeres inmigrantes. En 2011 se aprobó una regulación de este sector, el Real Decreto 1620/2011. Este estudio se propone explorar las percepciones de las mujeres inmigrantes trabajadoras de este sector sobre sus condiciones de empleo.

**Métodos:** Se realizaron 3 grupos de discusión con mujeres inmigrantes colombianas, ecuatorianas y marroquíes (n = 22) en Madrid en 2012. La estrategia de muestreo fue teórica. Las entrevistas se transcribieron literalmente y con ayuda del software informático Atlas.ti-5 se codificaron y formaron categorías. Se utilizó la técnica de análisis de contenido cualitativo.

**Resultados:** Se han identificado cuatro categorías en el análisis de las entrevistas 1) Esperanza de mejora de las condiciones laborales 2) Inconvenientes y dificultades para las trabajadoras inmigrantes 3) Reticencia de los empleadores a cumplir la regulación en un contexto de crisis económica y 4) Trabajo regular frente a irregular: entre la disyuntiva de cotizar y poder regularizar su situación o llegar a fin de mes. A pesar de valorar positivamente los beneficios teóri-

cos de la nueva normativa, las mujeres inmigrantes han identificado barreras legales y económicas para conseguir un contrato, ser dadas de alta en la seguridad social y que los empleadores asuman su coste, en especial en las trabajadoras contratadas por horas, así como para legalizar su situación. Paradójicamente, la mejora de las condiciones de empleo es vivida como problemática por las mujeres inmigrantes debido a, por una parte, la reticencia percibida de los empleadores a cumplir la legislación y conseguir los beneficios que la regulación promete, y, por otra, a que los efectos de la regulación del servicio doméstico confluyen con los de la situación de crisis económica. La confluencia con la crisis económica emergió en las entrevistas como una dificultad percibida para el cumplimiento de la regulación.

**Conclusiones:** Aunque el Real Decreto 1620/2011 ha favorecido la creación de puestos de trabajo con mayores derechos laborales en el sector del servicio doméstico, las inmigrantes perciben que su puesta en marcha en el actual contexto de crisis económica no ha contribuido a mejorar sus condiciones de empleo.

### 851. RIESGO DE CRONICIDAD DEL DOLOR DE ESPALDA BAJO Y SU RELACIÓN CON EL NIVEL DE ACTIVIDAD FÍSICA Y LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN POBLACIÓN TRABAJADORA: ESTUDIO CODEPA

B. del Pozo-Cruz, N. Gusi, P. Olivares, N. Triviño, H. Corzo

Universidad de Extremadura, Facultad de Ciencias del Deporte.

**Antecedentes/Objetivos:** Si bien el dolor de espalda bajo (DEB) es un problema cada vez más frecuente, la literatura científica internacional pone de manifiesto que el 80% del total de costes atribuibles al DEB son consumidos por el pequeño grupo (10%) de pacientes que desarrollan síntomas crónicos y sitúa a nuestro país en cabeza en la magnitud del problema (en relación a qué) en comparación con los países de la UE. El DEB es la causa más importante de gasto compensatorio económico en nuestro país. Sin embargo existen pocos datos en cuanto a su prevalencia a nivel nacional en ámbito ocupacional y no existen datos sobre el riesgo de cronicidad o su relación con el nivel de actividad física o la calidad de vida relacionada con la salud. Por tanto, el objetivo de este estudio fue, por un lado, determinar la prevalencia de DEB y su riesgo de cronicidad en población trabajadora española y la relación que dicho riesgo presentaba con el nivel de actividad física o la calidad de vida relacionada con la salud.

**Métodos:** Se realizó un estudio transversal con una muestra representativa (aleatorizada y estratificada por sector ocupacional, edad, sexo y comunidad autónoma) donde se evaluó en 2003 personas si padecían dolor de espalda bajo auto-reportado, el riesgo de cronicidad del mismo (SBST), el nivel de actividad física (Cuestionario IPAQ) y la calidad de vida relacionada con la salud (Cuestionario EQ-5D-3L). Se realizaron análisis ANOVA de un factor con posthoc (Bonferroni) y análisis ji cuadrado para determinar la existencia de diferencias en las variables (y sus dimensiones) de nivel de actividad física y calidad de vida relacionada con la salud entre aquellos trabajadores que presentaban riesgo de cronicidad bajo, medio o alto.

**Resultados:** Del total de la muestra de trabajadores (n = 2.003), un 35% (n = 683) reportó tener dolores de espalda, de los cuales un 37% presentó riesgo bajo de cronicidad del dolor, un 25% riesgo moderado y un 38% riesgo alto. Observamos peores valores de calidad de vida en el grupo de mayor riesgo de cronicidad de dolor de espalda (p < 0,001) al igual que los valores de actividad son menores en este grupo de población (p < 0,008).

**Conclusiones:** Un mayor riesgo de cronicidad del dolor de espalda bajo, evaluado mediante el SBST, se asocia con menores niveles de actividad física y de calidad de Vida relacionada con la salud entre la población española trabajadora.

## 57. EXPOSIÇÃO OCUPACIONAL À RADIAÇÃO DE DIATERMIA POR MICRO-ONDAS E PREVALÊNCIA DE FADIGA REFERIDA POR FISIOTERAPEUTAS

M.G. Anguera, R.J. Gianini

*Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE);  
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP).*

**Antecedentes/Objetivos:** Estudos epidemiológicos realizados em vários países apresentam resultados de associações significantes entre exposição ocupacional à radiação não-ionizante e efeitos adversos à saúde, como exemplo, neoplasias, doenças ocular e reprodutiva. O fisioterapeuta é um dos profissionais que se expõe ocupacionalmente à radiação não-ionizante, como por exemplo, quando utiliza o equipamento de diatermia por micro-ondas para aplicação terapêutica. Adicionalmente à essa exposição, observa-se no Brasil, de modo geral, que esse profissional tem raras atitudes de proteção ocupacional durante essas aplicações, tornando o ambiente de trabalho, bem como a si mesmo, passivos de situações de riscos não controlados. Com o objetivo de analisar a associação entre a prevalência de fadiga referida por fisioterapeutas e a exposição destes profissionais à radiação emitida por equipamentos terapêuticos de diatermia por micro-ondas realizou-se este estudo epidemiológico.

**Métodos:** Estudo de corte transversal com 193 fisioterapeutas brasileiros. Aplicou-se, via eletrônica, questionário estruturado especialmente para a coleta de dados sobre a exposição ocupacional à radiação de diatermia por micro-ondas acrescido do questionário de Avaliação Multidimensional de Fadiga (MAF). A análise estatística incluiu regressão logística e teste t-Student.

**Resultados:** A prevalência de fadiga na categoria de fisioterapeutas expostos ocupacionalmente à radiação de diatermia por micro-ondas foi maior (15%) do que em não expostos (2,9%). Na regressão logística multivariada observou-se associação independente significativa entre a exposição ocupacional de fisioterapeutas à radiação de diatermia por micro-ondas e a prevalência de fadiga (OR: 4,93; IC95%: 1,04-23,25;  $p = 0,04$ ). O teste t-Student mostrou diferença significativa entre o número total de horas de exposição à radiação de diatermia por micro-ondas, sendo de 3.891,1 entre os fisioterapeutas que referiram fadiga e de 497,6 entre os que não referiram ( $p = 0,004$ ).

**Conclusiones:** Os resultados demonstraram associação significativa entre a exposição ocupacional de fisioterapeutas à radiação de diatermia por micro-ondas e fadiga, portanto, são sugeridas orientações de segurança ocupacional a este profissional, como medida preventiva de possíveis efeitos adversos à saúde, por parte das autoridades relacionadas com a vigilância e legislação em saúde e proteção ocupacional, a replicação deste estudo, e, a realização de outras investigações relativas à exposição ocupacional de fisioterapeutas à radiação não-ionizante.

## 206. VARIABILIDAD GEOGRÁFICA DE LA DURACIÓN DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIA COMÚN

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

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

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

**Métodos:** Se analizaron todos los primeros episodios de ITcc finalizados en 2007 y 2010 en Cataluña. Se examinaron factores individuales (diagnóstico, sexo, edad, entidad gestora, régimen de afiliación

a la Seguridad Social y actividad económica) junto a factores contextuales relacionados con recursos sanitarios (número de áreas básicas de salud) y socioeconómicos (cuota de mercado y tasa de desempleo). Se ajustaron modelos de regresión multinivel de riesgos proporcionales de Cox, con episodios anidados en comarcas. Se calculó la varianza del efecto aleatorio de comarca (VC), el porcentaje de cambio de la varianza (PCV), el median hazard ratio (MHR) y el interquartile hazard ratio (IHR).

**Resultados:** La variabilidad geográfica de la duración de la ITcc fue pequeña aunque estadísticamente significativa, disminuyendo principalmente con los factores individuales analizados. En los hombres, en 2007 las mayores diferencias respecto al modelo vacío ( $VC = 0,0173$ ,  $MHR = 1,13$ ,  $IHR = 1,36$ ) se observaron en el modelo que incluyó únicamente el diagnóstico ( $VC = 0,0137$ ,  $PCV = 20,81$ ,  $MHR = 1,12$ ,  $IHR = 1,31$ ). En 2010 (Modelo vacío:  $VC = 0,0172$ ,  $MHR = 1,13$ ,  $IHR = 1,35$ ) las mayores diferencias se encontraron en el modelo con el régimen de afiliación a la Seguridad Social ( $VC = 0,0134$ ,  $PCV = 22,09$ ,  $MHR = 1,12$ ,  $IHR = 1,31$ ). Para mujeres, la mayor reducción en la variabilidad se produjo con el diagnóstico ( $PCV = 18,75$  en 2007 y 22,54 en 2010). También en 2010 hubo una reducción (Modelo vacío:  $VC = 0,0174$ ,  $MHR = 1,13$ ,  $IHR = 1,36$ ) con el número de áreas básicas de salud ( $VC = 0,0147$ ,  $PCV = 15,03$ ,  $MHR = 1,12$ ,  $IHR = 1,32$ ) y con la cuota de mercado ( $VC = 0,0131$ ,  $PCV = 24,28$ ,  $MHR = 1,12$ ,  $IHR = 1,30$ ).

**Conclusiones:** Existe variabilidad geográfica, pequeña aunque estadísticamente significativa, en la duración de la ITcc entre comarcas. Esta variabilidad se explica principalmente por factores individuales, siendo los más relevantes el diagnóstico y el régimen de afiliación. Los factores contextuales redujeron la variabilidad solo para las mujeres en el 2010.

## 397. DELEGADOS DE PREVENCIÓN Y ACTIVIDAD PREVENTIVA: DESIGUALDADES EN LA POBLACIÓN TRABAJADORA EN ESPAÑA

L. Ollé-Espluga, F. Belvis, M. Menéndez, M. Vergara, J. Benach

*GREDS-EMCONET, Universitat Pompeu Fabra.*

**Antecedentes/Objetivos:** La participación representativa mediante delegados de prevención (DP) se ha relacionado con la mejora de la salud laboral ya sea directamente (reducción en las tasas de lesiones por accidente o en la prevalencia de enfermedades de origen laboral) o indirectamente (acceso a actividades preventivas o mejor cumplimiento de la normativa). Sin embargo, apenas existen estudios que analicen las desigualdades en el impacto de la participación representativa según el perfil de empresas y de la población trabajadora. En este estudio se analiza de forma exploratoria la relación entre presencia de DP y actividad preventiva según las características de los centros de trabajo (CT) y las condiciones socio-demográficas y laborales de la población trabajadora.

**Métodos:** Se analizó la asociación entre existencia de delegados de prevención, realización de actividades preventivas y características del CT sobre una muestra de  $n = 5.032$  personas trabajadoras entrevistadas en la VII Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo española (2011) mediante un Análisis de Correspondencias Múltiples (ACM). Las características socio-demográficas y laborales de los trabajadores fueron proyectadas sobre los ejes factoriales resultantes y se estudió su distribución.

**Resultados:** Los dos primeros factores del ACM explican el 84,9% de la variabilidad. El primer factor (79,4%) distribuye la población trabajadora según nivel de acción preventiva y presencia de DP; y el segundo (5,5%), según rama de actividad y tamaño del CT. Se observa una menor actividad preventiva entre los trabajadores sin DP o que desconocen su existencia. La ausencia o desconocimiento de DP se asocia a CT pequeños y a las ramas de Hostelería y Agricultura, donde

se ubica la población más joven, sin estudios y de nacionalidad no española, con contrato temporal y menor antigüedad en el CT. La existencia de DP y la mayor actividad preventiva se relaciona en cambio con los CT mayores, del sector industrial, de construcción o transporte, donde se encuentra la población trabajadora de mayor antigüedad y los hombres.

**Conclusiones:** Se observa una vinculación entre participación representativa en SL en los centros de trabajo y acceso a actividades preventivas. Los resultados similares entre trabajadores sin DP y los que desconocen su existencia indicarían que no se trata sólo de disponer de representantes sino de interactuar con ellos. Pertenecer a un grupo de edad joven, ser emigrante y poseer un bajo nivel de estudios aparecen particularmente asociados a una menor actividad preventiva.

### 117. O PAPEL DA OCUPAÇÃO PROFISSIONAL NO DESENVOLVIMENTO DE DOR CRÓNICA NO INÍCIO DA VIDA ACTIVA

S. Lourenço, R. Lucas, D. Simões, F. Carnide, E. Ramos, H. Barros

*Departamento de Epidemiologia Clínica, Medicina Preditiva e Saúde Pública, Faculdade de Medicina, Universidade do Porto; Instituto de Saúde Pública, Universidade do Porto; Faculdade Motricidade Humana, Universidade Técnica de Lisboa.*

**Antecedentes/Objetivos:** Os fatores biomecânicos relacionados com o trabalho (FBRT) têm vindo a ser apontados como determinantes da dor musculoesquelética. Contudo, esta relação não é clara em idades jovens onde o tempo de exposição à ocupação é diminuto. O objetivo deste trabalho é estimar as associações entre os FBRT e a dor musculoesquelética crónica em jovens adultos no início da vida ativa.

**Métodos:** A coorte EPITeen foi constituída durante o ano letivo 2003/2004 e reuniu adolescentes nascidos em 1990 a estudar nas escolas públicas e privadas da cidade do Porto, Portugal. A avaliação de seguimento dos 21 anos de idade está em curso desde agosto de 2011. Dos 1509 participantes avaliados, 29.6% (n = 446) trabalharam durante pelo menos um mês nos últimos 12 meses a tempo inteiro ou parcial (> 15 horas/semana). Estes responderam a um questionário relativo aos FBRT que inclui a intensidade da carga e esforço físico, bem como a frequência de posturas e movimentos desadequados. A dor musculoesquelética nos últimos 12 meses foi avaliada em nove regiões anatómicas através do Questionário Nórdico Musculoesquelético. A dor recorrente e/ou persistente durante pelo menos três meses foi definida como crónica. As associações entre os FBRT e a dor musculoesquelética crónica foram estratificadas por sexo e quantificadas através de odds ratio (OR) brutos e ajustados (para escolaridade, tempo de atividade profissional, índice de massa corporal e consumos de tabaco e álcool) e respetivos intervalos de confiança a 95% (IC95%).

**Resultados:** O esforço físico pesado ou muito pesado, comparativamente com o esforço leve ou moderado, aumentou o odds de dor crónica (OR = 2,45, IC95% = 1,15, 5,22), bem como a frequência de pelo menos uma vez por semana trabalhar com as mãos acima do nível dos ombros (OR = 2,28, IC95% = 1,14, 4,56) ou abaixo do nível dos joelhos (OR = 2,33, IC95% = 1,14, 4,75) e a elevação e transporte de cargas com pesos entre 5 a 10 quilogramas (OR = 2,10, IC95% = 1,05, 4,17) ou com mais de 20 quilogramas (OR = 2,60, IC95% = 1,10, 6,16) associou-se positivamente com a dor crónica apenas nas mulheres. No entanto, e apenas nas mulheres, a postura sentada durante mais de 40% do dia de trabalho diminuiu o odds de dor crónica (OR = 0,37, IC95% = 0,16, 0,87).

**Conclusiones:** As exigências biomecânicas ocupacionais de elevada intensidade e frequência podem ser um fator de risco para o desenvolvimento precoce de dor musculoesquelética crónica desde o início da vida adulta nas mulheres. A prevenção do desenvolvimento

de dor musculoesquelética crónica na população feminina poderá ser útil desde o início da vida ativa.

### 1079. LA EMERGENCIA DE LA INTENSIDAD DE TRABAJO COMO CONDICIONANTE CLAVE DE LA SALUD DE LOS TRABAJADORES ESPAÑOLES

O. Pérez Zapata, G. Álvarez Hernández, M. Pérez Zapata

*Dubitare, Universidad Carlos III.*

**Antecedentes/Objetivos:** Las Encuestas Europeas de Condiciones de Trabajo (EECT) señalan la creciente intensidad trabajo en Europa desde la primera encuesta en 1991. Aunque España todavía se sitúa en términos absolutos por debajo de la media de la EU15 (según la última EECT en 2010) es el país (junto a Portugal) que ha sufrido las mayores tasas de crecimiento en la intensidad de trabajo (antes de la crisis, en el periodo 1995-2005), sin que se conozca bien su impacto en la salud de los trabajadores. Nuestro objetivo es contribuir a divulgar su creciente importancia en el contexto de los condicionantes sociales de la salud de los trabajadores.

**Métodos:** Utilizamos de forma conjunta los microdatos de las últimas cuatro Encuestas Nacionales de Condiciones de Trabajo (ENCTs) distinguiendo dos periodos que tienen en cuenta las diferencias metodológicas (1999-2003, N = 8.939; 2006-2011, N = 19.946). Además aprovechamos la disponibilidad de encuestas empleador/empleado del primer periodo para contrastar los potenciales sesgos trasversales de las ENCTs. Utilizamos regresiones logísticas multivariantes y los procedimientos sugeridos por Rothman y Greenland, para el cálculo de las Fracciones Atribuibles Poblacionales (FAP).

**Resultados:** Comprobamos que la salud de los trabajadores españoles se ha deteriorado en la última década (antes y durante de la crisis) de forma estadísticamente significativa utilizando los indicadores de salud disponibles, incluyendo los trastornos más prevalentes de los trabajadores: musculoesqueléticos y mentales. Para explicar el deterioro de salud, argumentamos el papel clave de la intensidad de trabajo (para la que proponemos una operacionalización basada en las ENCTs) como parte de un modelo más general de los condicionantes laborales de la salud de los trabajadores españoles (R-cua. de Nagelkerke entre 0,2-0,31, según el modelo). En términos de fracciones atribuibles poblacionales, en el periodo de estudio (1999-2011), la intensidad de trabajo pasa de ser el sexto factor más importante para explicar los síntomas psicósomáticos en 1999 (FAP = 6,6%) a convertirse en el más importante desde 2006 (FAP = 17,6% en 2006; FAP = 15,8% en 2011). Respecto a los trastornos musculoesqueléticos en la nuca/cuello, la intensidad de trabajo pasa de no figurar entre los condicionantes de la salud de los trabajadores en 1999 a ocupar la tercera posición en 2006 (FAP = 4,7%) y la segunda posición en 2011 (FAP = 8,3%).

**Conclusiones:** La intensidad de trabajo se ha convertido en un condicionante clave de la salud de los trabajadores españoles y es necesario impulsar su estudio e integración en las políticas de Salud Laboral y Salud Pública.

### 695. TRABAJO POR TURNOS, HÁBITOS DE SUEÑO Y SÍNDROME METABÓLICO: RESULTADOS DE LA ENCUESTA DE SALUD DE WISCONSIN

M.L. Givens, P.E. Peppard, K.M. Malecki, M.A. Palta, A. Said, C.D. Engelman, F.J. Nieto

*Pew Charitable Trust; Universidad de Wisconsin.*

**Antecedentes/Objetivos:** Examinar si el trabajo por turnos se asocia con una mayor prevalencia de obesidad y diabetes tipo 2 así como determinar si estas asociaciones son modificadas o mediadas por

trastornos en los hábitos de sueño en las personas que trabajan por turnos.

**Métodos:** Se utilizaron datos de la Encuesta de Salud de Wisconsin (SHOW), una muestra aleatoria de adultos (21-74 años) residentes tanto en zonas rurales como urbanas en el estado de Wisconsin, en la zona de los grandes lagos en EEUU, reclutados entre el 2008 y el 2011. Estos análisis se hicieron en base a una muestra de 1.400 participantes en SHOW en los que existían datos sobre empleo (horario tradicional o trabajo por turnos), trastornos de hábitos de sueño (insomnio, somnolencia diurna, sueño insuficiente), datos de exploración física y muestras de sangre. El índice de masa corporal (IMC, en kg/m<sup>2</sup>) se calculó en base a medidas objetivas de peso y talla; sobrepeso y obesidad se definieron como  $IMC \geq 25$  y  $\geq 30$ , respectivamente. La presencia de diabetes se determinó en base a un diagnóstico previo de diabetes o valores de hemoglobina glicosilada (HbA1c) > 6,5%. El posible efecto mediador y la interacción entre los problemas de sueño y el trabajador por turnos en su relación con IMC y diabetes se analizó con modelos multivariantes ponderados con arreglo al diseño muestral.

**Resultados:** Los trabajadores por turnos tenían mayor prevalencia de sobrepeso (81%) y de insomnio (24%) que los trabajadores con horarios tradicionales (71% y 15%, respectivamente; ambos  $p < 0,05$ ). Los trastornos del sueño se asociaron positivamente con un valor más elevado del IMC y con mayor prevalencia de diabetes. La asociación entre trabajo por turnos y sobrepeso era más fuerte entre los participantes que reportaban un número insuficiente de horas de sueño (< 7 horas) que entre los participantes que dormían habitualmente  $\geq 7$  horas por día o noche.

**Conclusiones:** Las alteraciones del ritmo circadiano en trabajadores por turnos puede tener serias repercusiones para la salud metabólica y cardiovascular de estas personas. Intervenciones dirigidas a intentar aliviar este riesgo laboral deben considerar el posible papel mediador de los trastornos de sueño.

## 792. MULTIMORBILIDAD EN LA POBLACIÓN TRABAJADORA QUE ACUDE A LOS EXÁMENES MÉDICOS DE SALUD: APLICACIÓN DEL ANÁLISIS DE CORRESPONDENCIAS

M. Ubalde-López, D. Gimeno, J. Delclós, E. Calvo, F.G. Benavides

*Centro de Investigación en Salud Laboral (CiSAL); Universidad Pompeu Fabra; CIBERESP; University of Texas School of Public Health; Ibermutuamur.*

**Antecedentes/Objetivos:** El progresivo envejecimiento de la población trabajadora y el aumento de la prevalencia de la multimorbilidad suponen un deterioro de la salud y un aumento de la incapacidad para trabajar. Sin embargo, la multimorbilidad como determinante directamente relacionado con la salud de la población trabajadora ha sido poco estudiada. Las condiciones de salud multimórbidas son de naturaleza y composición complejas, y tienden a agruparse siguiendo patrones no aleatorios. La estrategia analítica del análisis de correspondencias, que permite detectar relaciones de dependencia entre variables, ha sido poco utilizada en este ámbito. El objetivo de este estudio fue identificar patrones de multimorbilidad a partir de las variables de salud registradas durante los exámenes médicos periódicos realizados por el servicio de prevención de una mutua.

**Métodos:** La población de estudio correspondió a los trabajadores, protegidos por Ibermutuamur, que acudieron a un examen médico durante el año 2006. La muestra analizada fue de 373.906 trabajadores. A partir de las variables de salud registradas en el cuestionario, se llevó a cabo un análisis múltiple de correspondencias (AMC) para explorar sus relaciones y determinar posibles

patrones de multimorbilidad. Las variables analizadas fueron: antecedentes patológicos de interés (hipertensión, dislipemia, diabetes I y II, obesidad, trombosis venosa, cardiopatía coronaria, enfermedad cerebrovascular y arteriopatía periférica), hábitos relacionados con la salud (consumo de alcohol y tabaco, ejercicio físico y calidad del sueño), síntomas patológicos de dolor (dolor de cabeza, cervical y lumbar) y fatiga.

**Resultados:** Se identificaron dos dimensiones que, en conjunto, explicaron casi el 81% de la variabilidad. La dimensión principal (57% de inercia) representó a aquellos individuos con factores de riesgo cardiovasculares y hábitos de riesgo; la hipertensión, la dislipemia, la diabetes y la obesidad fueron las variables más relacionadas. El dolor cervical y lumbar fueron las más relacionadas en la segunda dimensión (24% de inercia) que representó a los individuos con síntomas patológicos.

**Conclusiones:** La evidencia generada en torno a cómo se agrupan determinadas condiciones de salud permitirá mejorar el seguimiento de trabajadores con multimorbilidades complejas, de cara a construir perfiles útiles para mejorar la gestión de la incapacidad para trabajar y el retorno al trabajo. Estos perfiles podrían ser útiles para valorar el impacto de la multimorbilidad en la salud de los trabajadores, a través de la generación de una puntuación como predictora de futuras incapacidades.

## 987. NIVELES DE METALES Y HALLAZGOS RADIOLÓGICOS EN LA PLACA DE TÓRAX EN TRABAJADORES EXPUESTOS A METALES

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

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

**Antecedentes/Objetivos:** El pulmón es una de las principales vías de entrada de metales pesados en el organismo, y uno de los órganos diana que puede verse afectados. Varios metales pesados (arsénico, berilio, cadmio, cromo, níquel) son cancerígenos para el pulmón. Se estudió la asociación entre la exposición laboral a metales pesados y la presencia de marcadores radiológicos de patología pulmonar.

**Métodos:** Estudio epidemiológico de carácter transversal. Se obtuvo información autoreportada sobre exposición a Al, As, Cd, Cr, Ni y Pb, se midieron sus niveles en uñas, y se obtuvo una placa de tórax PA y lateral de 41 trabajadores de la industria química/metalúrgica. Se examinaron las radiografías de tórax buscando signos de patología pulmonar. La presencia de daño pulmonar se midió como la aparición de lesiones radiológicas relacionadas con cáncer de pulmón y enfermedad pulmonar crónica (nódulo pulmonar, aplanamiento diafragmático-bullas, patrón intersticial).

**Resultados:** En el 31% de sujetos se observó alguna anomalía radiológica. En aquellos pacientes que referían exposición laboral a arsénico se objetivó patrón intersticial en la radiografía de tórax con una frecuencia significativamente mayor que en aquéllos que no referían dicha exposición (11% vs 0%; OR = 1,9 IC95% 1,5-2,6). Por otra parte, la presencia de nódulos pulmonares y de patrón intersticial en la radiografía de tórax se asocia de forma estadísticamente significativa con niveles elevados de arsénico (20,5 vs 4,4 ppm;  $p = 0,046$ ) y níquel (18,5 vs 4,5 ppm;  $p = 0,048$ ), para nódulos pulmonares, y de níquel (28 vs 4,1 ppm;  $p < 0,01$ ), para patrón intersticial.

**Conclusiones:** La exposición a arsénico y a níquel se asocia en nuestra población a alteraciones pulmonares de tipo intersticial. La escasez de estudios publicados al respecto, el bajo tamaño muestral así como la importancia de los posibles efectos sobre la salud recomiendan ser cautos con las conclusiones y la realización de más trabajos de investigación en esta línea con mayor profundidad.

## Crisis económica y salud de la población

Miércoles, 4 de septiembre de 2013. 09:00 a 11:00 h  
Sala Externa

### 678. SINTOMAS DEPRESSIVOS EM JOVENS DESEMPREGADOS – QUAL A DIMENSÃO DO PROBLEMA?

P. Gomes de Sena, B. Lima Pinto, G. Antão Roque, L. Leitão, P. Faria de Sousa, S. Ferreira Lima, M.H. Almeida

*Departamento de Saúde Pública, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa.*

**Antecedentes/Objetivos:** Diversos estudos têm evidenciado a associação entre desemprego e sintomatología depressiva. Encontrar emprego é considerado um marco de transição para a idade adulta. Outros trabalhos verificaram que o desemprego ocorrido nesta fase da vida é um factor predictivo de ocorrência de sintomatología depressiva. No contexto da actual crise económico-financeira internacional, Portugal apresenta um importante crescimento do desemprego, particularmente nos jovens (taxa de desemprego de 24,9% dos 15 aos 34 anos). Estabelecemos como objectivo deste estudo avaliar a prevalência de sintomatología depressiva em jovens desempregados dos 17 aos 34 anos, residentes na região de Lisboa e Vale do Tejo e estudar a associação entre sintomatología depressiva e variáveis de carácter sócio-demográfico e profissional.

**Métodos:** Realização de um estudo transversal e descritivo através da aplicação presencial de questionário por auto-preenchimento, junto a centros de emprego, na região de Lisboa e Vale do Tejo. Para avaliação de sintomatología depressiva utilizou-se a escala CES-D 20 (Center for Epidemiologic Studies – Depression 20), tendo sido definido um cut-off de 25.

**Resultados:** Obteve-se uma amostra de conveniência de 608 indivíduos, activamente à procura de emprego, com uma média de idades de 26,4 anos, 50,2% de homens, 35,9% com a escolaridade obrigatória (12º ano) e 24,1% com ensino superior. A prevalência de sintomatología depressiva foi de 28,3%, superior aos valores descritos noutros estudos em Portugal, Europa e EUA. Das variáveis estudadas, é de salientar a maior prevalência de sintomas depressivos nas mulheres (35,1%;  $p < 0,001$ ), nos que não recebem subsídios (32,4%;  $p = 0,005$ ), nos que não residem com os pais (32,7%;  $p = 0,007$ ); naqueles que não têm ensino superior (30,8%;  $p = 0,010$ ); naqueles sem expectativas de empregabilidade nos 3 meses seguintes (37,6%;  $p = 0,001$ ) e nos desempregados há mais 12 meses (38,2%;  $p = 0,033$ ).

**Conclusiones:** Estes resultados devem ser complementados por outros estudos e alargados a outras regiões. Contudo, os resultados do nosso estudo exploratório parecem apoiar a hipótese de que os sintomas depressivos em jovens desempregados constituem um problema social e de saúde pública relevante, pela sua magnitude e fraca visibilidade social. Intervenções precoces, inter-sectoriais e integradas, ao nível de políticas de empregabilidade, da segurança e suporte social deverão ser fortes apostas, como forma de prevenção da doença mental na transição destes jovens para a vida adulta, o que inegavelmente contribuirá para a sua saúde presente e futura.

### 1116. EL ENIGMA DE LOS SUICIDIOS EN ESPAÑA: ANÁLISIS DE LAS TASAS DE MORTALIDAD DURANTE LA CRISIS

P. Pereyra-Zamora, J.M. Copete, M. Girón, N. Tamayo, J. Moncho, A. Nolasco

*Unidad de Investigación de Análisis de la Mortalidad y Estadísticas Sanitarias, Departamento de Enfermería Comunitaria, Medicina Preventiva y Salud Pública e Historia de la Ciencia, Universidad de Alicante; Plataforma Stop Desahucios-Alicante.*

**Antecedentes/Objetivos:** El descenso del número de suicidios en tiempos de recesión, desempleo, desamparo, desahucios, recortes en sanidad, educación y servicios sociales, movilidad social descendente y dependencia de bancos de alimentos podría parecer contradictorio a simple vista. Sin embargo, los periodos de recesión, a parte de las múltiples consecuencias negativas para la salud, la salud mental y el deterioro de la atención médica, también pueden traer consecuencias positivas en el sentido de hábitos saludables y de fortalecimientos de lazos de solidaridad familiar y social que actúan como factores de protección frente a la enfermedad y el suicidio. El objetivo es estudiar el cambio en las tasas de mortalidad por suicidio en el Estado Español entre los periodos de 2004-2007 y 2008-2011.

**Métodos:** Se han calculado tasas específicas y tasas estandarizadas de mortalidad por suicidios según sexo y edad para los periodos de 2004-2007 y 2008-2011. Los datos de mortalidad y población (por sexo y edad) provienen de Instituto Nacional de Estadística.

**Resultados:** Se ha observado un descenso significativo de la mortalidad por suicidios entre 2004-2007 y 2008-2011, la tasa estandarizada en hombres para el primer periodo fue de 10,32 y 9,59 en el segundo periodo representado un descenso del 7,07%, en mujeres las tasas estandarizadas fueron de 2,96 y 2,63 mostrando una reducción del 11,15%. El descenso también se observó en casi todos los grupos de edades, excepto entre los grupos de 45-49, 50-54 y 55-59 en hombres y 40-44 en mujeres que muestran pequeños incrementos entre periodos.

**Conclusiones:** El reencuentro o la intensificación de la relación con la familia y el barrio, las amistades, las asociaciones culturales o festivas, los grupos religiosos, partidos políticos o sindicatos, o la pertenencia a grupos de activistas como las Plataformas de Afectados por la Hipoteca o movimientos sociales proveen una nueva socialidad, la posibilidad de conversión a una nueva escala de valores respecto al éxito social y los bienes materiales y contribuyen a apuntalar la inserción social del individuo que de otra manera podría estar sumido en una espiral de aislamiento, de miedo, de culpa o de sensación de fracaso. En un número creciente de jóvenes la emigración también se ha convertido en una salida, tanto del territorio como de las estadísticas. Esta lucha activa contra los suicidios va acompañada de un apoyo y comprensión mutua y una visión benevolente del nuevo estatus social del individuo que contribuyen a las consecuencias positivas de la recesión.

### 494. LA SALUD PERCIBIDA Y EL USO DE LOS SERVICIOS SANITARIOS DE PERSONAS EN PROCESO DE DESAHUCIO

A. Suess, N. García Toyos, M.I. Tamayo Velázquez, A. Ruiz Azarola, M. López Doblas, N. Luque Martín, I. Ruiz Pérez, M.A. Prieto Rodríguez

*Escuela Andaluza de Salud Pública; CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP).*

**Antecedentes/Objetivos:** En el momento actual de crisis económica, se puede observar un aumento de casos de desahucio de la primera vivienda en el contexto español. Un amplio movimiento ciudadano denuncia la situación de la población afectada, demandando cambios legislativos y medidas de protección social. Ante los casos de suicidio de personas en proceso de desahucio, se plantea la pregunta por la salud percibida de la población afectada, aspectos de apoyo y necesidades de atención sanitaria. En el marco de una bibliografía amplia

sobre crisis económica, políticas sociosanitarias y salud, el análisis del estado de salud de las personas en proceso de desahucio se puede identificar como una temática de desarrollo incipiente. La Escuela Andaluza de Salud Pública, en colaboración con el Grupo Stop Desahucios Granada – 15M, ha abierto una línea de investigación sobre la salud percibida, los hábitos de vida y el uso de los servicios sanitarios de personas en proceso de desahucio.

**Métodos:** Fase cualitativa de un proyecto de investigación de diseño cualitativo-cuantitativo. Ámbito de estudio: Andalucía. Paneles, grupos nominales, grupos focales y entrevistas individuales con miembros de plataformas de ayuda mutua, personas en proceso de desahucio, así como familiares y personas cercanas a un caso de suicidio durante el proceso de desahucio. Análisis de contenido, con ayuda de Atlas.ti 6.2. Triangulación de los resultados por el equipo investigador y miembros del Grupo Stop Desahucios Granada – 15M.

**Resultados:** Primeros resultados preliminares indican cambios en la salud percibida de las personas en proceso de desahucio, sus hábitos de alimentación, actividades físicas y relaciones sociales, así como en su uso de los servicios sanitarios y consumo de fármacos. En relación a la respuesta por parte de los servicios sanitarios, las personas entrevistadas describen dificultades en el abordaje de sus problemas de salud. Entre los aspectos de apoyo en el proceso, se resalta el rol de las plataformas ciudadanas.

**Conclusiones:** El estudio de la salud percibida y uso de los servicios sanitarios de personas en proceso de desahucio se puede identificar como una línea de investigación emergente, de relevancia para orientar políticas sociosanitarias en el contexto actual de crisis económica.

## 228. ANÁLISIS MULTINIVEL DE DESEMPLEO Y LA SALUD A NIVEL REGIONAL EN ESPAÑA

S. Calzón Fernández, K. Karlsdotter, M.P. López del Amo González, J.J. Martín Martín

*Universidad de Granada; United Biosource Corporation; Junta de Andalucía.*

**Antecedentes/Objetivos:** Existe una sólida evidencia empírica de la asociación positiva entre el desempleo, el menor nivel socioeconómico y la peor salud. La actual crisis económica puede por tanto tener efectos perjudiciales sobre la salud de los individuos, a través del deterioro del mercado laboral, el incremento del desempleo y la precariedad laboral. Los objetivos de este estudio son analizar la relación entre el desempleo individual y la salud autopercebida de los individuos españoles, y analizar la relación entre la salud y las características del mercado laboral, el gasto público social y la renta per cápita regionales.

**Métodos:** El estudio se basa en la Encuesta de Condiciones de Vida para el año 2009, incluyendo 23.310 personas de las 17 Comunidades Autónomas. Se estima un modelo multinivel de regresión logística con la salud autopercebida como variable dependiente. Las variables independientes individuales corresponden a las dimensiones socio-demográficas y socio-económicas de los encuestados. Las variables regionales son la tasa de desempleo y la renta, el gasto social y el gasto en salud pública per cápita.

**Resultados:** Estar desempleado afecta negativamente a la salud de un individuo; en comparación con una persona que está trabajando, estar desempleado aumenta la probabilidad de tener mala salud en un 60%. La tasa de desempleo regional es un factor de riesgo para la salud; con cada punto porcentual que dicha tasa se incrementa, la probabilidad de tener mala percepción de salud aumenta en un 2%. La renta per cápita tiene una relación positiva con la salud. Un aumento de un punto porcentual en el logaritmo de la renta per cápita se relaciona con una reducción en un 57% la probabilidad de declarar la mala salud. Otra fuerte asociación curvilínea y positiva se encuentra entre el gasto en sanidad per cápita y la salud individual. Un aumento de un

punto porcentual en esta variable disminuye la probabilidad de declarar mala salud en un 51%. El gasto social regional per cápita, sin embargo, no presenta una asociación estadísticamente significativa con la percepción de la salud.

**Conclusiones:** Estos resultados amplían la escasa evidencia empírica que hay en España acerca de las interrelaciones entre los efectos del desempleo y la salud de las personas. En la medida en que estos resultados se confirmen en posteriores trabajos, deberían servir para que las políticas públicas se diseñen teniendo en cuenta la asociación existente entre el aumento del desempleo y el deterioro de la salud de los individuos, al igual que el efecto positivo que el gasto social tiene sobre las personas desempleadas.

## 320. CONDICIONES DE VIDA Y SALUD MENTAL EN PERSONAS USUARIAS DE CÁRITAS BARCELONA CON PROBLEMAS DE VIVIENDA

D. Malmusi, A. Novoa, F. Díaz Alpuente, F. Almacelles Subies, M. Gómez Simón, L. Palència, X. Bartoll, C. Borrell

*Agència de Salut Pública de Barcelona – IIB Sant Pau, CIBERESP; Càritas Diocesana de Barcelona.*

**Antecedentes/Objetivos:** El aumento de demanda en los servicios de Caritas es uno de los síntomas del drama social provocado por la crisis económica. En concreto, Càritas Diocesana de Barcelona (CDB) ha detectado un aumento de familias con condiciones físicas o de espacio en la vivienda muy precarias y/o con problemas para pagar el alquiler o la hipoteca. El objetivo es describir el estado de salud mental de estas personas y analizar su asociación con las condiciones de vivienda.

**Métodos:** Estudio transversal de base individual, sobre una muestra de personas usuarias de CDB reclutadas a partir de un listado de familias identificadas por el equipo de trabajo social por tener necesidad prioritaria de realojamiento y de un listado de familias usuarias del servicio de mediación en vivienda (SMV) dirigido a personas con deudas en hipoteca o alquiler. Se invitó a las oficinas de CDB a un adulto de la familia seleccionado aleatoriamente para responder un cuestionario sobre situación socioeconómica, condiciones de vivienda e indicadores de salud. Separadamente por sexo, se describen las prevalencias y se ajustan modelos de regresión logística de mala salud mental (escala de Goldberg GHQ-12 > 2) incluyendo las variables asociadas en análisis bivariado.

**Resultados:** Respondieron el 45,7% de las personas contactadas, entrevistándose a 321 personas (edad media 40 años, 64% mujeres, 46% usuarias SMV, 77% nacidas en el extranjero). Se encontraba en paro el 42% de las mujeres y el 73% de los hombres. El 87% consideraba un problema los costes de la vivienda y el 78% había estado preocupado por no poder comer en el último año. Presentó mala salud mental el 69,1% de las mujeres y el 70,1% de los hombres. Porcentajes similares se obtuvieron con la pregunta EuroQOL-5D “está ansioso o deprimido en el día de hoy”, 80% y 72%. Se asociaron con mala salud mental en los modelos multivariados ( $p < 0,05$ ): en ambos sexos, la preocupación por no poder comer; sólo en hombres, ser usuario del SMV y percibir que la vivienda no le da seguridad; sólo en mujeres, vivir en realquiler.

**Conclusiones:** Más de dos tercios de los sujetos estudiados presentaban problemas de salud mental. Esto se encuentra muy por encima de las prevalencias que suelen observarse en las encuestas poblacionales (20,4% en personas entre 18 y 65 años en la Encuesta Nacional de Salud de España 2011-12, elaboración propia), lo que sugiere el gran impacto en esta dimensión de salud de la precariedad económica y de vivienda que se está extendiendo en estos años en España. En los próximos meses se realizará un cuestionario de seguimiento para evaluar los efectos en salud del realojamiento a mejores viviendas por parte de CDB.



## 806. PERFIL DOS ÓBITOS POR HOMICÍDIOS: CONTRIBUIÇÃO DAS FERRAMENTAS DOS SIG, CEILÂNDIA-SOL NASCENTE/DF, BRASIL-2010

P. Escalda, R. Catão, J. Santos

UnB; UNESP-PP; UnB.

**Antecedentes/Objetivos:** O perfil da mortalidade no Brasil é bem diversificado, pois os cenários mudam de acordo com as regiões e os estudos revelam a melhoria dos indicadores de mortalidade, como a queda da mortalidade proporcional em menores de um ano e aumentam nas pessoas de 60 anos e mais. No entanto alguns indicadores ainda são preocupantes, como o aumento do peso das causas externas de mortalidade. Este estudo teve como objetivo caracterizar os óbitos por homicídios.

**Métodos:** Como percurso metodológico foi adotado a análise dos dados do sistema de informação sobre mortalidade (SIM), selecionado os óbitos por homicídios, referente ao período de 2010. O estudo foi realizado em Ceilândia, maior região administrativa do Distrito Federal – Brasil, em termos populacionais, que agrega uma área que tem a situação fundiária indefinida – Sol Nascente –, considerado o segundo maior aglomerado urbano do Brasil. As variáveis estudadas foram local de residência, sexo, idade, estado civil, raça/cor. Para a elaboração do mapa de homicídios utilizou-se os dados desagregados do SIM, o software ArcGis 9.3 e a base cartográfica georreferenciada de endereços da SEDHAB/GDF. Foi possível reconhecer 69% (89) dos endereços dos óbitos que foram mapeados. As análises de frequência foram processadas no SPSS versão 19.

**Resultados:** Como principais resultados foi possível identificar que o total de óbitos por causas externas ocorridos no período foi 278 e desses 126 (45,3%) por homicídios. O mapeamento de aproximadamente 70% dos registros foi considerado uma porcentagem elevada, uma vez que no Distrito Federal os endereços são armazenados em áreas (quadra, conjuntos, lotes) ao contrário de outras cidades em que os endereços são armazenados linearmente, na metragem das ruas. A ausência de registros é concentrada nas áreas onde não há uma padronização dos endereços e, portanto não há uma consonância entre a base cartográfica e o endereço atribuído pelos moradores na declaração de óbito, como no Sol Nascente. O perfil dos óbitos por homicídio encontrado foi: homens 93,7% (118), Negros/Pardos 88% (110), solteiros 87,3% (110), com idade menor de 34 anos 72,5% (91), sendo que 77,6% (97) moradores de Ceilândia formal e 22,4% (28) residentes no Sol Nascente.

**Conclusiones:** Como considerações deste estudo pode-se observar que os óbitos por homicídios ocorrem principalmente em regiões em que as condições de vida são menos favoráveis e com poucas oportunidades de inclusão social. É necessário estabelecer políticas públicas que favoreçam a equidade social nesse grupo populacional, levando-se em conta os homens jovens. Além disso, a regularização da situação fundiária do Sol Nascente, e conseqüentemente o cadastramento dos endereços nas bases de dados oficiais, possibilita a espacialização dos eventos de saúde como os óbitos.

## 1071. INNOVACIÓN EN VIGILANCIA EN TIEMPOS DE CRISIS

E.V. Martínez Sánchez, A. Conde Bardera, L. Martín Marcos, L. Herrera-León, M. Garrido-Esteba, S. Villarubia, M. Sastre, C. Varela, G. Hernández Pezzi

Centro Nacional de Epidemiología (ISCIII); CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP); Unidad de Coordinación de Sistemas y Tecnologías de la Información (ISCIII).

**Antecedentes/Objetivos:** En 1995 se configuró la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica y quince años después está viviendo una palpable renovación tanto en España como en la Unión Europea (UE).

La actualización de Protocolos de Enfermedades eleva a 60 las enfermedades vigiladas en España y multiplica exponencialmente la cantidad de datos a obtener y compartir. Esto supone un reto al funcionamiento existente y requiere de nuevas herramientas de soporte en un momento en el que la crisis ha provocado una importante disminución de los recursos. Desde el nivel estatal este reto se aborda con la creación de una nueva aplicación informática denominada “Sistema de Vigilancia en España” (SiViEs). El objetivo de este trabajo es cuantificar los datos compartidos en España y la UE y someter a discusión el aporte de flexibilidad en la obtención, control y uso de datos en SiViEs.

**Métodos:** Se utilizan las especificaciones de ficheros vigentes para la declaración individualizada de enfermedades (excepto gripe) desde Comunidades Autónomas al Centro Nacional de Epidemiología y desde allí a la UE; así como las propuestas para su aprobación en España en 2013. Se plantea un estudio descriptivo que cuantifique los requerimientos actuales en distintos niveles de vigilancia y valore la capacidad de respuesta de SiViEs para resolverlos. Se estudian los requerimientos de SiViEs para el control del dato, especialmente los atributos de campo del sistema.

**Resultados:** El volumen de datos a compartir es alto: Vigente en España: 33 enfermedades, 1.056 variables y 12.437 códigos. Para aprobación en 2013 en España: 60 enfermedades, 3.985 variables y 15.248 códigos. En la UE (TESSy): 49 enfermedades, 1.895 variables y 22.036 códigos. SiViEs permite configurar a medida enfermedades, campos, códigos y validaciones. Esta configuración flexible actualiza automáticamente la plantilla de encuesta y sus especificaciones de fichero, así como diversas salidas (consultas en pantalla, exportación a Word, a csv...). El control del dato en SiViEs es exhaustivo y definido por 14 atributos/campo y validaciones; destacando nivel de confidencialidad, control de duplicados, campo de búsqueda, repetible, visibilidad según fuente declarante y valor por defecto.

**Conclusiones:** El sustancial aumento de enfermedades, variables y códigos, así como los controles de calidad y seguridad pueden ser asumidos por SiViEs. Esta aplicación da flexibilidad tanto en la entrada como en la salida para ajustarse a las necesidades de los epidemiólogos sin cambios en su programación. Todo ello aporta una inestimable sostenibilidad en tiempos de crisis.

## 1027. SALUD Y DESEMPLEO EN ESPAÑA EN 2007 Y 2011

S. Calzón Fernández, J.J. Martín Martín, M.P. López del Amo González, A. Fernández Ajuria, K. Karlsdotter

Hospital Universitario Virgen del Rocío; Escuela Andaluza de Salud Pública; Departamento de Economía Aplicada, Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales, Universidad de Granada.

**Antecedentes/Objetivos:** La crisis económica puede tener a través del incremento del desempleo efectos adversos sobre la salud de la población. En España se ha observado un aumento abrupto del nivel de desempleo (8.3% en 2006 y 22.85% en 2011). El objetivo de este estudio es determinar la asociación entre desempleo y salud autopercibida antes (2007) y durante (2011) la crisis económica a nivel nacional.

**Métodos:** Mediante la Encuesta de Condiciones de Vida de 2007 y 2011 se estudian 44.138 personas (17-65 años de edad) residentes en España (excepto Ceuta y Melilla). Se realiza análisis descriptivo, estratificado y regresión logística multivariante (RLM). Se elige como variable dependiente la salud autopercibida (buena/mala) y como predictora de interés la situación laboral (empleo, desempleo y otra inactividad); tomando como variables confusoras: sexo, niveles de renta y educativo, edad y enfermedad crónica. Se tiene en cuenta la situación laboral según el año de la encuesta (interacción) tanto para el conjunto como por sexos.

**Resultados:** Se incluyen 22.113 encuestados en 2007 y 22.025 en 2011, siendo el 51,1% mujeres y la edad media 41,5 años (DT 13,5). El

81% [IC95% (24,3-25,4)] en 2011 refirieron buena salud frente al 75,1% [IC95% (16,5-17,5)] en 2007. En ambos períodos el porcentaje de mala salud es mayor en parados [29,4%, IC95%(27,4-31,6), en 2007 y 17,9%, IC95% (16,5-19,2), en 2011] que en trabajadores [19,6%, IC95% (18,9-20,3), en 2007 y 11,4%, IC95% (10,8-12,0), en 2011]. El grupo en situación de paro es diferente en ambos periodos: en 2011 hay más hombres [54,1%, IC95% (52,4-55,8) frente a 42,8%, IC95% (40,4-45,2)]; menos personas con estudios primarios [24,0%, IC95% (22,5-25,4), frente a 28%, IC95% (25,8-30)] y enfermedades crónicas [16,4%, IC95% (15,2-17,7), frente a 22,3%, IC95% (20,3-24,4)]. En el análisis conjunto de sexos, mediante RLM ajustando por sexo, edad, renta, enfermedad crónica, nivel educativo y año, resulta significativo ( $p < 0.001$ ) el predecir mala salud en parados respecto a trabajadores en 2007 (OR: 1,2), parado en 2011 respecto a trabajador en 2007 (OR: 0,59), trabajador en 2011 respecto a trabajador en 2007 (OR: 0,41) y parado en 2011 respecto a trabajador en 2011 (OR: 1,44). Esta interacción no se mantiene en el análisis por sexo.

**Conclusiones:** Entre 2007 y 2011 se observa una mejora en la percepción de la salud en todos los grupos de población. El colectivo de parados en 2011 presenta características diferenciales respecto a 2007. Ajustando por variables confusoras la probabilidad de mala salud en parados frente a trabajadores fue mayor en 2011 que en 2007.

## 661. HOSPITALIZACIONES POR CONDUCTAS SUICIDAS EN CATALUÑA. ¿AUMENTAN POR EFECTO DE LA CRISIS ECONÓMICA?

J.M. Suelves, C. Colls

*Agència de Salut Pública de Catalunya; Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya.*

**Antecedentes/Objetivos:** Al comenzar el siglo XXI, la mortalidad por suicidio registrada en España estaba entre las más bajas de Unión Europea, ya que solamente era inferior en Grecia, Chipre e Italia. Diversos trabajos han puesto de manifiesto un aumento de la mortalidad por conductas suicidas en algunos países por efecto de la crisis económica. Hay pruebas de que el número de fallecimientos por suicidio en España supera el declarado al registro de mortalidad del INE, y es probable que los cambios introducidos en el registro en 2009 hayan agravado la infradeclaración de los suicidios, dificultando la evaluación del posible impacto de la crisis económica. El objetivo del presente trabajo es analizar la evolución de la tasa anual de hospitalización por conductas suicidas en Cataluña, con el fin de valorar posibles cambios atribuibles a la crisis económica.

**Métodos:** Se analizaron datos del registro del conjunto mínimo básico de datos de los hospitales de agudos de Cataluña (CMBD-HA), que gestiona el Servicio Catalán de la Salud. Se contabilizaron los contactos anuales de hospitalización registrados entre los años 2006 y 2011 que incluyeron un código de causa externa correspondiente a una conducta suicida (códigos CIE-9-CM E950-E959). Para cada uno de los 5 años de estudio, se calcularon las tasas crudas anuales de hospitalización por conductas suicidas y sus intervalos de confianza.

**Resultados:** El número anual de episodios de hospitalización por conductas suicidas en hospitales de agudos de Cataluña aumentó un 21% entre 2006 y 2011, pasando de 1.378 episodios anuales al comienzo del periodo de estudio (18,1 episodios por 100.000 residentes, IC95% 18,1-20,2) a 1.764 al final del mismo (23,2 episodios  $\times$  100.000; IC95% 22,1-24,3). El mayor incremento en las hospitalizaciones por conductas suicidas se registró en 2009.

**Conclusiones:** El número de episodios y las tasas de hospitalización anuales por conductas suicidas aumentaron significativamente en Cataluña entre 2006 y 2011, lo que sugiere un aumento de la incidencia del suicidio. La evolución de las hospitalizaciones por conductas suicidas podría ser uno de los efectos de la crisis económica sobre la salud de la población catalana.

## 521. INCREMENTO DEL PRESENTISMO EN TRABAJADORES INMIGRANTES COMO CONSECUENCIA DE LA CRISIS ECONÓMICA

T. Galón, E. Briones Vozmediano, A.A. Agudelo Suárez, F. García Benavides, E. Ronda Pérez

*Universidad de São Paulo; Universidad de Alicante; Universidad de Antioquía; Universidad Pompeu Fabra; Centro de Investigación en Salud Laboral (CISAL).*

**Antecedentes/Objetivos:** El empleo precario y el temor a perder el trabajo debido a la crisis económica generan consecuencias negativas para la salud de los trabajadores, entre las que se incluye el presentismo, entendido como el hecho de ir a trabajar estando enfermo con un problema de salud que le obligaría a tener una baja médica. Aunque existen investigaciones sobre este fenómeno, son escasas las que incluyen trabajadores inmigrantes. Este estudio tiene como objetivo explorar las percepciones sobre los factores que conducen al presentismo en trabajadores inmigrantes en España considerando el contexto de crisis económica actual.

**Métodos:** Estudio cualitativo, con 6 grupos de discusión con trabajadores y trabajadoras inmigrantes en España y procedentes de Colombia, Ecuador y Marruecos ( $n = 44$ ). El trabajo de campo fue realizado en 2012 mediante contacto directo con inmigrantes en su entorno habitual (barrio, centros de trabajo y asociaciones), utilizando una estrategia de muestreo teórica. Dos de las cuestiones discutidas en los grupos focales fueron: "¿Alguna vez han ido a trabajar estando enfermos?" y "¿Esta situación se ha visto influenciada por la crisis económica?" (comparando antes/durante la recesión). Las entrevistas fueron grabadas, transcritas e importadas al software Atlas.ti-5 para realizar un análisis cualitativo de contenido.

**Resultados:** Todos los participantes coinciden en que el presentismo se ha incrementado durante la crisis. Se identificaron cuatro factores que influyen en su manifestación: 1. Salario por horas de trabajo; 2. Miedo a perder el empleo, condicionado por el alto desempleo del país, la reducción en la protección laboral y el recelo a ser sustituido por otro trabajador en momentos de poca oferta laboral; 3. Relación entre empleador-empleado, debido a demanda laboral excesiva y amenaza o abuso de empleadores; 4. Dificultades en ser sustituido en el trabajo en caso de enfermedad, situación que ocurre principalmente en el trabajo doméstico. Entre las condiciones de salud asociadas al presentismo destacan los problemas musculares, respiratorios y mentales.

**Conclusiones:** Las condiciones precarias de empleo de los inmigrantes, intensificadas por la crisis, pueden derivar en presentismo. Por sus consecuencias negativas en el trabajador, como deterioro de la salud, retraso en la recuperación, y más bajas y más prolongadas a medio y largo plazo, es importante considerar este problema y desarrollar estrategias de protección de las condiciones laborales.

## 442. ESTUDIO DESCRIPTIVO DEL SUICIDIO EN EL PRINCIPADO DE ASTURIAS, 1999-2008

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

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

**Antecedentes/Objetivos:** Durante los años 2007-2008 según el INE Asturias fue junto a Galicia la Comunidad Autónoma en la que hubo una mayor tasa de suicidio, sea respecto al conjunto nacional como en el análisis por comunidades autónomas. El objetivo de este estudio es describir las diferentes variables epidemiológicas de las muertes por suicidio en Asturias desde 1999 a 2008.

**Métodos:** Estudio descriptivo que analiza la totalidad de los suicidios de los residentes en Asturias (1300) en un periodo de 10 años. La

información procede del Registro de Mortalidad del Principado de Asturias. Se analiza su frecuencia total y tasas (ajustadas por edad), por sexo, por Áreas Sanitarias, edad, por concejo de residencia, su evolución a lo largo del período y sus causas más frecuentes.

**Resultados:** Para el conjunto del período, han sucedido en Asturias un total de 1.300 casos de suicidio registrados como tales en el Registro de Mortalidad. Esa cifra representa una tasa de 120,7 casos/100.000 h. y una tasa media anual de 12,1 casos/100.000 h. Cada año uno de cada 8200 habitantes comete un suicidio en Asturias. Por cada mujer que se suicida hay más de tres hombres, significando estos últimos más del 75% de los suicidios del total del período. El suicidio, al contrario que otras regiones o países, es un fenómeno de la tercera edad y, en concreto, a partir de los 75 años. El suicidio infantil es poco frecuente en nuestra Comunidad. Existe un patrón de descenso del suicidio ligado al sexo aunque no se observa lo mismo en relación a la edad que mantiene una fluctuación interanual. El suicidio más frecuente en Asturias esta causado por ahorcamiento (un 46%) y, en segundo lugar, encontramos al de precipitaciones desde distinto nivel con un 28% del total de los suicidios. El uso de diferentes métodos de cometer suicidio por cada sexo genera razones de masculinidad o feminidad diferentes para cada uno de ellos. Las mujeres tienden a hacerlo mediante envenenamiento o precipitación desde distinto nivel y los hombres con uso de armas de fuego, elementos cortantes, ahorcamiento, colisión de su vehículo o arrojarlo a un objeto en movimiento para acabar con su vida. Las áreas con más tasa estandarizada de suicidios presentan son Área II (Suroccidental), Área VIII (Cuenca del Nalón), Área I (Noroccidental). Las que menor tasa bruta presentan son el Área V (Gijón) y el Área III (Avilés). Por municipios se identifican municipios con RME superiores a 270 para el periodo de 10 años de estudio.

**Conclusiones:** Con este estudio se ha logrado un aproximación hacia el conocimiento de los patrones del suicidio (frecuencias, distribución personal, temporal y geográfica) en el Principado que hasta ahora estaba relativamente poco estudiado.

## Métodos y procedimientos de vigilancia de salud pública

Miércoles, 4 de septiembre de 2013. 09:00 a 11:00 h  
Aula 5

Modera: Ricardo Ocaña

### 450. IMPLEMENTACIÓN DEL EPICAT, BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO DIRIGIDO A PROFESIONALES SANITARIOS DEL SERVICIO DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

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

*Servicio de Medicina Preventiva y Epidemiología; Hospital Clínic de Barcelona; CRESIB; Universitat de Barcelona.*

**Antecedentes/Objetivos:** El Servicio de Urgencias recibe consultas directamente relacionadas con la actualidad epidemiológica y de salud pública, incluyendo las alertas sanitarias a nivel internacional. Con los objetivos de potenciar la comunicación, transmitir información epidemiológica actualizada, relevante y útil y, mejorar la aplicación de los protocolos correspondientes, se crea el boletín epidemiológico (Epicat) dirigido a profesionales sanitarios del área de urgencias. A continuación, se analiza la experiencia.

**Métodos:** Desde octubre 2012, un equipo del Servicio de Medicina Preventiva y Epidemiología del Hospital Clínic de Barcelona elabora con frecuencia mensual y en un formato breve e informal, el boletín epidemiológico Epicat. Su difusión se realiza mediante paneles en el área de urgencias, así como la comunicación directa intraprofesional. Se establece la posibilidad de crear boletines adicionales en caso de emergencia epidemiológica.

**Resultados:** Hasta la actualidad, se han creado 6 ediciones, priorizando contenidos sobre temas de actualidad epidemiológica como: alertas sanitarias locales (brote parotiditis), nacionales (vigilancia epidemiológica de la incidencia de gripe estacional y de otras enfermedades transmisibles, promoción de la vacunación antigripal de los profesionales sanitarios) e internacionales (brote hantavirus, nuevo coronavirus); algoritmos para la resolución de casos de profilaxis postexposición (rabia, contacto sexual de riesgo, meningitis meningocócica); informaciones de interés estacional (intoxicaciones por setas), medidas preventivas (tipos de aislamiento) y relevancia de la notificación de las enfermedades de declaración obligatoria (EDOs). El formato definido contiene información visual (gráficos, imágenes y mapas) con el fin de facilitar su fácil y rápida lectura. Además, se ha incluido información de contacto para la resolución de dudas o ampliación del contenido.

**Conclusiones:** La publicación del Epicat ha permitido la transmisión de una recopilación de información epidemiológica dirigida a los profesionales sanitarios, con utilidad para la orientación y resolución de motivos de consulta en urgencias. Además, ha mejorado la visibilidad y comunicación con el Servicio de Medicina Preventiva y Epidemiología. Es necesario explorar nuevas vías de difusión, así como la posible aplicabilidad de forma coordinada en otros centros con el fin de promover la interacción, formación en el ámbito y colaboración entre los profesionales sanitarios.

### 589. TICS AL SERVICIO DE LAS REDES DE ALERTA: ESPACIO WEB DEL SISTEMA DE ALERTA RÁPIDA DE SALUD PÚBLICA

S.F. Rodríguez, I. Méndez, C. Ibáñez, M.J. Domínguez, E. Rodríguez, R. del Castillo, M.A. López

*Servicio de Alertas en Salud Pública, Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención, Consejería de Sanidad, Comunidad de Madrid.*

**Antecedentes/Objetivos:** El Servicio de Alertas en Salud Pública de la Comunidad de Madrid (CM) a finales de 2012 ha desarrollado a partir de la herramienta Microsoft SharePoint, un espacio web de colaboración que permite a todos los profesionales del Sistema de Alerta Rápida en Salud Pública (SARSP), acceder a la información necesaria para la gestión integral de todos los tipos de las alertas de Salud Pública desde cualquier equipo informático y lugar geográfico, las 24 horas del día los 365 días del año. El objetivo es describir las características de este espacio web, a la vez que valorar la oportunidad de mejora en el acceso a la información para los sistemas de alerta precoz y respuesta rápida.

**Métodos:** Utilizando las funcionalidades de Microsoft SharePoint se diseñó el espacio web organizando la información de manera que pueda ser consultada de una forma fácil, intuitiva y acorde a los procedimientos de actuación del SARSP. Se ha garantizado el acceso remoto desde cualquier ordenador externo a través de un túnel dinámico (F5) a la intranet de la Consejería de Sanidad, garantizando todos los requisitos de seguridad que exige la Agencia Española de Protección de Datos.

**Resultados:** El espacio se ha organizado pensando en su utilidad en la gestión de alertas de salud pública que son atendidas por el SARSP. Dispone de una pestaña de inicio con la información de interés en alertas de Salud Pública de actualidad, tanto a nivel regional como nacional e internacional, así como otra información de interés para la gestión de las alertas diarias. Los protocolos de actuación están orga-

nizados en 4 ventanas: procedimientos SARSP, epidemiología, sanidad ambiental e higiene alimentaria. Además se puede acceder a la aplicación de alertas dentro del Sistema de Información de Salud Pública de la CM (SISPAL), agendas de direcciones, correo electrónico, biblioteca de documentos, enlaces a webs de interés y recursos materiales disponibles para el control de alertas. Este espacio puede ser utilizado como vía de comunicación inmediata entre el Servicio de Alertas y los equipos del SARSP.

**Conclusiones:** Esta herramienta supone una mejora en la atención de alertas en SP en la CM, ya que garantiza que los profesionales que componen el SARSP tengan un acceso permanente a la última información de interés disponible las 24 horas los 365 días de año, y puedan consultar en todo momento la aplicación informática de alertas. Como valor añadido este trabajo ha permitido el acceso, desde el mismo, a funcionalidades y documentos que únicamente están disponibles desde la intranet de la Consejería de Sanidad.

#### 647. UNIFICACIÓN DE FUENTES Y UNICIDAD DE DATOS EN EL REGISTRO ESPAÑOL POBLACIONAL DE ER (SPAINRDR). EXPERIENCIA EN LA COMUNIDAD DE MADRID

E. Barceló, L.M. Blanco-Ancos, A.C. Zoni, M.F. Domínguez-Berjón, M.D. Esteban-Vasallo, R. Gènova-Maleras, J. Astray-Mochales

*Consejería de Sanidad, Comunidad de Madrid.*

**Antecedentes/Objetivos:** Los registros poblacionales son herramientas de incalculable valor para cualquier enfermedad puesto que permiten conocer la incidencia y prevalencia poblacionales, planificar recursos, evaluar sistemas de salud, investigar, etc. La construcción del registro poblacional SpainRDR se ha basado en la captación de datos de múltiples fuentes de información con características diferentes. El objetivo de este estudio es describir como se han unificado todas las fuentes de información utilizadas en la Comunidad de Madrid para Spain RDR y los resultados obtenidos tras aplicar criterios de unicidad para evitar duplicidades.

**Métodos:** Las fuentes de información fueron el registro de altas de hospitales públicos y privados (CMBD) de los años 2010-2011 y los registros disponibles de Enfermedades Renales Crónicas (REMER), metabulopatías (cribado neonatal), mortalidad, registro individual de tarjeta sanitaria y Sistema de Información de Salud Pública (SISPAL). Se utilizó el listado de ER del grupo Spain-RDR codificado con CIE-9-MC y CIE-10. Aplicando tácticas de Business Intelligence, Datamining y de Datacleaning sobre las fuentes de información y utilizando bases de datos relacionales, multidimensionales, con sus respectivos lenguajes de consulta, se ha realizado un cribado de los datos para evitar duplicidades. Este proceso se realiza mediante algoritmos de búsqueda y asignación de una clave única para cada registro independientemente de que entre en el sistema por más de una fuente.

**Resultados:** Con una primera selección y fusión de datos de las distintas fuentes de información, se detectaron 228.945 registros correspondientes a 200.565 personas con algún código diagnóstico de ER. Una vez aplicadas las técnicas de detección de duplicados, de los casos detectados en el REMER, 2.062 (93,0%) coincidieron con el CMBD y de los procedentes del registro de metabulopatías, 276 (29,2%) se identificaron también en el CMBD. En el registro de mortalidad se identificaron 1.230 personas que estaban en el CMBD y en el registro de metabulopatías. La cifra de personas identificadas inicialmente, descendió a 127.265, lo que supone que el 36,5% de los individuos están presentes en más de una fuente.

**Conclusiones:** Para el estudio de las ER es fundamental la unificación de todas las fuentes de información posibles ya que por ser enfermedades de baja prevalencia y de difícil codificación, pueden no ser fácilmente detectables en una única fuente. Esto conlleva la necesidad de establecer mecanismos para evitar la duplicidad de registros, ya que este porcentaje no es despreciable.

#### 628. IDENTIFICACIÓN Y PRIORIZACIÓN DE FUENTES DE INFORMACIÓN SOBRE ENFERMEDADES RARAS PARA UN REGISTRO POBLACIONAL (SPAIN-RDR)

A.C. Zoni, M.F. Domínguez-Berjón, E. Barceló, M.D. Esteban-Vasallo, M. Margolles, J. Giménez, O. Zurriaga, M. Posada, J. Astray-Mochales

*Consejería de Sanidad, Comunidad de Madrid; Consejería de Sanidad, Asturias; CatSalut; CSISP-Comunidad Valenciana; IIER.*

**Antecedentes/Objetivos:** Los registros poblacionales son herramientas de incalculable valor para detectar y conocer las enfermedades de baja prevalencia, dada la dispersión de la información. La Red Española de Registros para la Investigación de Enfermedades Raras (ER) tiene como finalidad construir un registro nacional poblacional de ER (Spain-RDR). El objetivo es describir la metodología utilizada en la identificación y priorización de fuentes de información, por Comunidad Autónoma (CA), y para España.

**Métodos:** Estudio descriptivo transversal. Se elaboró un cuestionario en el que cada CA incluyó las fuentes de información disponibles para el Registro antes del 31 de diciembre de 2012. Se agruparon en 17 epígrafes genéricos que incluían fuentes sanitarias, socioeducativas, asociativas y otras. Se identificaron las variables disponibles de cada fuente por CA: ER localizada/s con la fuente, codificación, información clínica y datos personales. Las fuentes de información se integraron en un repositorio de datos y se analizó para cada fuente los siguientes atributos: presencia o no en todas las CCAA, accesibilidad, capacidad de identificar casos, codificación-comparabilidad entre CCAA, y alcance poblacional. En base a estos criterios se estableció un ranking y se clasificaron en estructurales y no estructurales (complementarias) para Spain-RDR.

**Resultados:** Se han identificado 283 fuentes de información en España. La mediana de fuentes en cada CA fue 13,5. Las estructurales representaron el 43,3%, del total de fuentes. Estas incluyeron el CMBD (accesible en todas las CCAA), los registros de tumores, metabulopatías (cribado neonatal) y tarjeta sanitaria (en 88,2% de las CCAA), los registros de EDO (82,3%), de mortalidad (76,5%), de enfermedades renales crónicas (52,9%) y de medicamentos huérfanos. Las fuentes no estructurales fueron: historia clínica electrónica de atención primaria, registros de defectos congénitos, de medicamentos de uso compasivo, de partos y fuentes sociales y educativas.

**Conclusiones:** El CMBD es una fuente de información útil en la que basar inicialmente Spain-RDR. Asociado a otras fuentes como los registros de tumores, metabulopatías, enfermedades renales y medicamentos huérfanos se pueden detectar enfermedades que no requieren hospitalización. En el futuro es fundamental valorar las más rentables para lograr la exhaustividad necesaria que requiere instaurar un registro con marco poblacional y contribuir a mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias.

#### 563. DISCAPACIDAD COMO MEDIADORA DEL IMPACTO DEL TRASTORNO CRÓNICO EN SALUD PERCIBIDA: MODELOS ESTRUCTURALES DE SISTEMAS COMPLEJOS

N.D. Adroher, C.G. Forero, G. Vilagut, J. Alonso

*CIBER en Epidemiología y Salud Pública; IMIM-Institut Hospital del Mar d'Investigacions Mèdiques; Universitat Pompeu Fabra.*

**Antecedentes/Objetivos:** El path analysis clásico no permite modelizar sistemas de mediación complejos con múltiples variables independientes y mediadoras. En investigaciones epidemiológicas, esto dificulta el análisis de efectos directos e indirectos en presencia de comorbilidad. Este estudio ilustra la eficiencia de la modelización con ecuaciones estructurales (SEM).

**Métodos:** El modelo de mediación básico es una secuencia causal donde la variable independiente X actúa sobre Y a través de una mediadora M. Clásicamente, los efectos total, directo e indirecto de X sobre Y se calculan con 2 modelos de regresión: M1 (Y ajustado por X) obtiene el efecto total de X; M2 (Y ajustado por X y M), el directo. La diferencia M1-M2 es el efecto indirecto mediado por M. Sin embargo, con múltiples triadas de dependiente, mediadora e independiente, se complica la estimación de efectos y errores estándar porque: 1) deben definirse varios modelos por separado; 2) no se pueden descomponer los efectos indirectos de cada X y 3) no es posible estimar asintóticamente los errores estándar. La metodología SEM permite definir un modelo de efectos simultáneos y descomponer por completo los efectos de modo sencillo y eficiente. Para ilustrarlo, se utilizaron datos del WHO World Mental Health surveys (n = 51.344 encuestados, tasa de respuesta = 72%), y se modelizó Y = Salud percibida en función de X = 9 trastornos mentales comunes y 10 físicos, mediados por M = 8 subdimensiones de discapacidad del WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS). Salud percibida se evaluó con una escala analógica visual (EVA, de 0: peor a 100: mejor). En cada trastorno se calculó el porcentaje del efecto indirecto sobre el total (y error estándar) como parámetros del modelo.

**Resultados:** Frente a 10 modelos necesarios con métodos clásicos, un solo modelo SEM fue suficiente para obtener los efectos totales, directos e indirectos, y errores estándar. El modelo mostró adecuada bondad de ajuste (RMSEA = 0.044, SRMSR = 0.056). Para 19 trastornos, la discapacidad medió un porcentaje mediano del 36,8% (IQR: 31,2-51,5%) de disminución en salud percibida asociada a trastorno; en 17 casos la proporción del efecto indirecto sobre el total fue significativa. Funcionamiento de rol fue el mayor mediador en trastornos físicos y mentales. Estigma y carga familiar fueron mediadores importantes en trastornos mentales, y movilidad, en físicos.

**Conclusiones:** La metodología SEM es compacta para modelizar y analizar sistemas de mediación complejos. En el ejemplo, las dimensiones de discapacidad median una proporción significativa de la disminución de salud asociada a trastornos.

#### 419. ELABORACIÓN DE UNA HERRAMIENTA PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LAS CONDICIONES DE VIDA Y SALUD DE LAS PERSONAS MAYORES

M. Machón, I. Larrañaga, M. Dorronsoro, N. Larrañaga, K. Vrotsou, B. Aguirre, I. Vergara

*Unidad de Investigación AP-OSIs Gipuzkoa; Subdirección de Salud Pública de Gipuzkoa; Departamento de Sanidad, Gobierno Vasco.*

**Antecedentes/Objetivos:** La valoración integral de las condiciones de vida y salud de las personas mayores ha sido poco desarrollada en España. Objetivos: construir una herramienta de medición de las condiciones de vida y salud en personas mayores de 65 años en el País Vasco.

**Métodos:** Pasos seguidos en la construcción de la herramienta: 1. búsquedas bibliográficas en bases de datos (Medline y Embase), en metabuscadores (Google y Google Académico), revistas españolas y rastreo de referencias; 2. Diseño de un borrador en el que se incluyeron las dimensiones, variables e ítems a estudiar; 3. Valoración y consenso del borrador de la herramienta con un grupo de expertos multidisciplinar (ámbitos social, sanitario, órganos estadísticos y colectivo de personas mayores); 4. Pilotaje de la herramienta en 50 sujetos; 5. Cambios en la herramienta a partir de los resultados obtenidos en la fase piloto; 6. Aplicación del cuestionario en un muestra de 1.000 sujetos de Gipuzkoa; 7. Análisis de los resultados obtenidos en la fase de trabajo de campo y generación de la versión definitiva del instrumento (en fase de desarrollo); 8. Difusión de la herramienta entre aquellas instituciones y agentes interesados en su incorporación en sus actividades habituales.

**Resultados:** La herramienta está compuesta por 145 preguntas (duración media de la entrevista = 36 minutos) que abordan: características sociodemográficas (edad, sexo, estado civil, nivel de estudios y económico y situación laboral), estado de salud (autovaloración de la salud, calidad de vida relacionada con la salud, enfermedades, medicamentos, estado cognitivo, salud mental, caídas y órganos de los sentidos) situación de dependencia, relaciones sociales (formas de convivencia, apoyo social prestado y recibido y redes sociales de familiares y amigos), hábitos de vida (tabaco, alcohol, sueño, dieta, actividades físicas y de ocio), utilización de servicios sociales y sanitarios, condiciones de la vivienda (estado, equipamientos y accesibilidad) y del entorno de la misma (accesibilidad y servicios comunitarios). El cuestionario incluye preguntas procedentes de otras operaciones estadísticas (literales o modificadas), de elaboración propia y escalas validadas.

**Conclusiones:** Consideramos que esta herramienta constituirá un recurso de interés para agencias e instituciones con interés en conocer de forma integral las condiciones de vida y salud de este colectivo social, ya que aporta información relativa ambos e incluye aspectos que otros instrumentos relacionados no contemplan, como son las condiciones del entorno de la vivienda.

#### 783. VALIDAÇÃO DA CAUSA BÁSICA DE ÓBITO POR NEOPLASIAS SELECIONADAS, MICRORREGIÃO SERRANA, BRASIL, 2007

A.L. Miranda-Filho, A. Meyer, G.T. Monteiro

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

**Antecedentes/Objetivos:** No Brasil, o banco de dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) representa uma fonte importante para os estudos epidemiológicos. Avaliar a qualidade da informação da causa básica de óbito é de extrema relevância para aprimorar o SIM e subsidiar estudos epidemiológicos que o utilizam. O objetivo deste trabalho foi validar a causa básica de óbitos, ocorridos em 2007, por neoplasia de cérebro, de esôfago, de estômago, leucemias e linfomas, em maiores de 18 anos de idade que residiam na microrregião Serrana do estado do Rio de Janeiro, Brasil.

**Métodos:** Trata-se de um estudo de validação da causa básica de óbito. Os dados individuais das declarações de óbito (DO) foram obtidos no sítio eletrônico do SIM e comparados com as informações levantadas na revisão de prontuários médicos dos mesmos indivíduos. Foram incluídas no estudo todas as DOs de indivíduos maiores de 18 anos de idade, residentes nos municípios de Petrópolis e Teresópolis que faleceram no ano de 2007, com neoplasia de cérebro, de esôfago, de estômago, leucemia ou linfoma informado como causa básica ou associada, além daqueles cuja causa básica era neoplasia maligna sem especificação de localização. A validade da causa básica da DO foi avaliada pela sua comparação com os dados do prontuário, possibilitando obter o valor preditivo positivo (VPP) e seu intervalo de confiança (95%).

**Resultados:** Foram revisados os prontuários de 130 DOs. O valor preditivo positivo foi de 88,9% para neoplasia de esôfago, 94,1% para as de estômago, 90,0% para as de cérebro e 100% para as leucemias e linfomas. Não se observou diferença nas taxas de mortalidade por leucemias e por linfomas calculadas com os dados do SIM e com os obtidos na validação. As taxas de mortalidade por neoplasia de cérebro, de esôfago e de estômago não revelaram diferença importante na magnitude, apesar de apresentarem pequena superestimação.

**Conclusiones:** Pode-se concluir que as informações da causa básica de morte por estas neoplasias nos municípios de Petrópolis e Teresópolis são suficientemente válidas para o uso em estudos epidemiológicos.

## 707. CUMPLIMENTACIÓN DEL NUEVO BOLETÍN ESTADÍSTICO DE DEFUNCIÓN. EL CASO DE LA COMUNIDAD DE MADRID

V. Nováková, R. Gênova, F. Domínguez, M.D. Esteban, J. Astray

*Consejería de Sanidad, Comunidad de Madrid.*

**Antecedentes/Objetivos:** La recogida de la información sobre las defunciones se realiza mediante el Boletín Estadístico de Defunción (BED) y el Certificado Médico de Defunción (CMD). Desde 2009 coexisten en España dos tipos de BED. El nuevo BED pretende mejorar la calidad de la información de las variables ya existentes, e incorporar nueva información relativa a las características del fallecido y las circunstancias relacionadas con la muerte. El objetivo de este estudio es comparar el rendimiento de ambos BED y evaluar el nivel de cumplimentación de las nuevas variables.

**Métodos:** Fuente: Se han utilizado los registros individualizados de defunciones de residentes en la Comunidad de Madrid de > 24 horas de vida (Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid), que contienen la variable "Tipo de Boletín". Se han excluido los boletines judiciales y las muertes de < 24 horas ya que en ellos la información procede o se complementa con otros documentos estadísticos distintos al BED. En total se han utilizado en el análisis 118.082 registros de defunción: 39.279 en 2008, 39.741 en 2009 y 39.062 en 2010. Se ha medido el proceso de implantación del nuevo BED y la tasa de cumplimentación de una nueva variable (Lugar de muerte), y de variables ya existentes (Profesión, causas de muerte) antes (2008) y durante (2009-2010) la introducción del nuevo formulario. La significación se ha testado con el test ji cuadrado ( $p < 0,05$ ).

**Resultados:** El uso del nuevo BED es del 40,0% en 2009 y del 70,1% en 2010. La cumplimentación de la variable "Profesión" fue del 15% en 2008 (BED antiguo), 14,4% en el BED antiguo vs 41,2% en el BED nuevo en 2009 ( $p < 0,001$ ), y 10,4% vs 38,4% ( $p < 0,001$ ) en 2010. La cumplimentación de la nueva variable "Lugar de defunción" fue del 99,2% en 2009 y del 99,4% en 2010 ( $p < 0,001$ ). La cumplimentación de las causas de muerte aumenta al comparar BED antiguo vs BED Nuevo en 2010, causa inmediata pasa del 88,3% a 95,0% ( $p < 0,001$ ); intermedia I, de 21,6% a 63,7% ( $p < 0,001$ ); fundamental, de 70,0% a 82,5% ( $p < 0,001$ ); otros procesos, de 5,9% a 30,7% ( $p < 0,001$ ). La causa intermedia II, que no existe en BED antiguo, alcanza el 24,5% en el nuevo.

**Conclusiones:** El nuevo BED supone una mejora general en la recogida de información. El Lugar de muerte alcanza altos niveles de cumplimentación. La Profesión experimenta una mejora significativa del antiguo al nuevo BED aunque sigue recogiéndose en baja proporción. La cumplimentación de las "causas de muerte" ha mejorado significativamente, especialmente en los apartados de causas intermedias y de otros procesos. La coexistencia simultánea de dos BED es una situación no deseable. La retirada de los BED antiguos permitiría mejorar el registro de mortalidad.

## 234. ¿EXISTE UN SUBREGISTRO DE LA MORTALIDAD MATERNA? UNA OPORTUNIDAD PARA LA INTEGRACIÓN DE INFORMACIÓN EN SALUD PÚBLICA

R. Mas-Pons, I. Melchor-Alós, J.A. Quesada, C. Barona-Vilar, O. Zurriaga

*Direcció General de Salut Pública, Conselleria de Sanitat, Valencia.*

**Antecedentes/Objetivos:** El objetivo ha sido determinar la magnitud de la mortalidad materna en la Comunitat Valenciana (CV), en el periodo 2006-2010, incluyendo todas las defunciones relacionadas con el embarazo, independientemente de la causa de la defunción, así como las muertes maternas tardías.

**Métodos:** Estudio observacional transversal. La población de estudio son las mujeres en edad fértil residentes en la CV, que han estado

embarazadas en el período 2006-2010. Las fuentes de información utilizadas han sido: Sistema de Información Poblacional (SIP, tarjeta sanitaria), Registro de Mortalidad General (RM), Boletín Estadístico de Parto (BEP) y Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD). Se identificaron como gestantes las mujeres con al menos un registro de BEP y/o alta hospitalaria con un diagnóstico principal y/o secundario relacionado con el embarazo, parto o puerperio según la Clasificación Internacional de Enfermedades 9ª Revisión Modificación Clínica (CIE-9-MC), entre el 1/1/2006 y el 31/12/2010. Las muertes ocurridas durante el embarazo o un año tras su finalización se identificaron mediante el cruce de la información contenida en las distintas bases de datos, utilizando como variable común el número de tarjeta sanitaria. Un panel de expertos constituido por 6 obstetras, revisó los casos individualmente, clasificando las defunciones en muertes relacionadas con el embarazo, de causa directa o indirecta, y muertes no relacionadas. Los casos en los que no hubo acuerdo se discutieron de forma conjunta hasta alcanzar un consenso.

**Resultados:** Se combinó información relativa a 116.607 defunciones, 245.848 mujeres con uno o más BEP y 195.087 altas hospitalarias en gestantes. Se identificaron 60 defunciones durante el embarazo o un año tras su finalización, 44 de ellas (73,3%) en el cruce entre RM y BEP y 16 más entre RM y CMBD. Tras la revisión de los casos se estableció una relación con el embarazo en 29 defunciones (48,3%), 12 de ellas se consideraron muertes maternas de causa directa y 17 de causa indirecta. Respecto a la distribución temporal, 6 fueron muertes maternas tardías (43-365 días tras la finalización de la gestación). De las identificadas, sólo 8 defunciones estaban codificadas en el Capítulo XV-Embarazo, parto y puerperio de la CIE-10, lo que supone un subregistro del 72% de las muertes maternas.

**Conclusiones:** Las estadísticas oficiales de mortalidad materna, obtenidas únicamente a partir del certificado de defunción, no estiman adecuadamente la magnitud del fenómeno. La integración de distintos sistemas de información junto con el establecimiento de comités de revisión de casos, favorecería el análisis exhaustivo de las muertes maternas dentro de un entorno de vigilancia para la acción.

## 1127. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA INFORMAÇÃO SOBRE MORTES POR CAUSAS EXTERNAS EM ADULTOS NO BRASIL, 2010

C.C. Cunha, D.X. Abreu, E.B. França

*GPEAS, Universidade Federal de Minas Gerais; NESCON, Universidade Federal de Minas Gerais; Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Universidade Federal de Minas Gerais.*

**Antecedentes/Objetivos:** As causas externas de mortalidade, decorrentes de acidentes e de violências, representam atualmente a terceira causa mais frequente de mortalidade geral no Brasil e a primeira causa de mortalidade precoce evitável entre os adultos. Para seu enfrentamento adequado pelos gestores de saúde pública um grande desafio que se coloca refere-se à qualidade da informação sobre esses óbitos. Em 2000, a proporção de óbitos por causas mal definidas em adultos foi de 11,4% e cerca de 10% dos óbitos por causas externas foram registrados como eventos de intenção indeterminada. A partir de 2005, o Ministério da Saúde (MS) iniciou projeto de investigação dos óbitos por essas causas como uma das estratégias para a melhoria da qualidade das informações. Neste estudo, propõe-se analisar a participação das causas mal definidas e causas externas de intenção indeterminada na mortalidade de adultos no Brasil em 2010.

**Métodos:** Foram analisados os dados referentes à mortalidade por causas externas (capítulo XX da CID-10) do Sistema de Informações sobre Mortalidade do MS em 2010, na faixa etária de 20 a 59 anos. Os óbitos classificados como causas mal-definidas (capítulo XVIII) e eventos de intenção indeterminada (códigos Y10 a Y34) foram investigados por profissionais dos serviços de saúde municipais nos insti-

tutos médico-legais, serviços de verificação de óbito, hospitais e domicílios.

**Resultados:** Verificou-se que, no Brasil, as mortes por causas externas em adultos representaram 28% do total de óbitos ocorridos em 2010. A proporção de óbitos por causas mal definidas foi de 6,5%, o que representou uma diminuição percentual de 42,9% em relação a 2000. O mesmo ocorreu com os óbitos causados por eventos de intenção indeterminada, que passaram para 5,5% em 2010, ou seja, ocorreu uma diminuição percentual de 41,2%. Aproximadamente um terço dos óbitos registrados como eventos de intenção indeterminada ( $n = 8.667$ ) tiveram a causa básica reclassificada após investigação. Os homicídios (37,4%), acidentes de trânsito (22,9%), quedas (7,4%) e suicídios (6,3%) foram as causas mais frequentes entre os eventos de intenção indeterminada investigados.

**Conclusiones:** A diminuição percentual dos óbitos por causas mal definidas e eventos de intenção indeterminada demonstra que houve melhora na qualidade da informação. Tendo em vista a importância da mortalidade por causas externas no Brasil, esforços para esclarecer as causas mal definidas de óbito e as causas externas de intenção indeterminada devem ser estimulados como atividade de rotina na vigilância à saúde e, assim, contribuir para o melhor entendimento dos padrões de mortalidade da população adulta brasileira.