

XXXII REUNIÓN CIENTÍFICA DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE EPIDEMIOLOGÍA Y IX CONGRESSO DA ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE EPIDEMIOLOGIA

Primum non nocere (primero no dañar)

Alicante, 3-5 de septiembre de 2014

MESA ESPONTÁNEA

Mesa del Grupo EJE: “El futuro (¿o presente?) de la Salud Pública: una visión 2.0”

Jueves, 4 de septiembre de 2014. 09:30 a 10:30 h

Moderan: *Xavier Continente García*
y *Eva María Navarrete Muñoz*

710. INTERVENCIONES EN SALUD PÚBLICA QUE UTILIZAN WEBS Y REDES SOCIALES. ¿CÓMO EVALUARLAS?

M.J. López

Agència de Salut Pública de Barcelona; CIBER de Epidemiologia y Salud Pública (CIBERESP); IIB Sant Pau.

Antecedentes/Objetivos: En los últimos años ha habido un notable aumento de las intervenciones de salud pública que utilizan webs y/o redes sociales. Sin embargo, la evidencia sobre la efectividad de la mayoría de estas intervenciones es aún muy limitada.

Métodos: La evaluación de intervenciones de salud pública comporta numerosos retos metodológicos. Entre ellos, se encuentra la complejidad de los programas y políticas de salud pública, que habitualmente incluyen múltiples componentes. Asimismo, destaca la dificultad de encontrar grupos de comparación, ya que habitualmente nos encontramos con intervenciones comunitarias, que se desarrollan sobre una comunidad natural en la que toda la población está potencialmente expuesta. En el caso de intervenciones de salud que incluyen webs y redes sociales se añaden otras dificultades en la evaluación, entre las que se encuentran la falta de estándares previos o la dificultad de disponer de información sobre las características de las personas expuestas.

Resultados: Estudios previos sobre evaluación de intervenciones de salud que incluyen webs y redes sociales recomiendan que se analicen diversos aspectos relacionados con el alcance y la utilización de éstas. Para ello, existen numerosas herramientas que nos permiten obtener información sobre estos aspectos, mediante indicadores a los que habitualmente se denomina “métricas”. En el caso de las webs, existen diversas herramientas aunque la más utilizada en estudios evaluativos de intervenciones en salud publicados es Google

Analytics. En relación a las redes sociales, la evaluación de las actividades difundidas mediante Facebook y Twitter pueden también valorar la calidad del contenido y del perfil del suscriptor. En este caso, herramientas como Facebook-Insights o SocialBro pueden ser especialmente útiles. En cualquier caso, conviene recordar que la interpretación de estas métricas no siempre es sencilla. Además, en la mayoría de casos, estas métricas nos permiten realizar evaluaciones de proceso en las que podemos estimar parámetros relacionados con la calidad o la cobertura, pero no permiten por sí solas una evaluación del impacto de dichas intervenciones.

Conclusiones: Las intervenciones en salud pública que utilizan webs y redes sociales presentan nuevos retos metodológicos en su evaluación. Existen herramientas que nos permiten obtener información detallada sobre el alcance de dichas intervenciones. Si bien, la interpretación de los datos obtenidos mediante estas herramientas, así como la evaluación de la efectividad de estas intervenciones sigue suponiendo desafíos importantes.

864. ALTMETRICS: UNA HERRAMIENTA PARA MEDIR EL IMPACTO DE LOS ARTÍCULOS CIENTÍFICOS

E. Fernández

Institut Català d'Oncologia, Institut d'Investigació Biomèdica de Bellvitge, Universitat de Barcelona ICO-IDIBELL-UB.

Antecedentes/Objetivos: “Altmetrics” es el conjunto de indicadores propuestos para medir el impacto y uso de los artículos individualmente como alternativa a indicadores clásicos (como factor de impacto bibliográfico de las revistas o el índice H de investigadores o revistas). En esta comunicación se revisa el concepto altmetrics y su aplicación a las publicaciones científicas.

Métodos: Los indicadores altmetrics se pueden clasificar en cuatro grandes categorías, atendiendo al tipo de acción que provoca en el usuario: altmetrics de visualización, de discusión, de guardado, y de citación. Los altmetrics de vistas incluyen las vistas de documentos HTML y las descargas de PDFs; los de discusión los comentarios generalmente en redes sociales; los de guardado los marcadores sociales como Mendeley o CiteULike, los de citación en la literatura académica registrados en bases de datos. Varios proyectos están calculando altmetrics, como Altmetric.com, ResearchGate o CitedIn. Algunas editoriales han empezados a incluir este tipo de información, como BioMed Central, Public Library of Science, Nature Publishing Group y Elsevier.

Resultados: Altmetrics de vista: uno de los primeros indicadores alternativos a fue utilizar el número de visualizaciones de un documento. Las tecnologías web permiten contar con qué frecuencia un documento es visualizado, generalmente número de visualizaciones HTML y descargas PDFs. Estas visualizaciones parecen estar asociadas con el número de citas que tienen posteriormente los artículos. Altmetrics de discusión: las fuentes típicas de datos para el cálculo de este indicador incluyen las menciones o discusiones en redes sociales (Facebook, Google+, Twitter), los blogs científicos y Wikipedia. Existe cierta correlación entre las menciones y la citación posterior en la literatura científica. Altmetrics de guardado: El número de personas que marcan un artículo es una muy buena información de su potencial impacto, puesto que es poco probable que se marque un artículo que no interese. Los proveedores de este tipo de información incluyen servicios de marcadores sociales como CiteULike y Mendeley. Altmetrics de citación: además de los indicadores tradicionales basados en las citas en la literatura científica, como los de Web of Science, Google Scholar, CrossRef, PubMed Central, y Scopus, se han definido almetrics adopta las citas en las fuentes de conocimiento secundaria, como ImpactStory que cuenta el número de veces que un artículo ha sido referenciado por Wikipedia.

Conclusiones: Aunque la mayoría de revistas de epidemiología y salud pública permiten compartir, guardar, comentar o favoritar contenidos mediante redes sociales, la mayoría de ellas no incorporan indicadores alométricos derivados estas prácticas.

Financiación: RTICC: RD12/0036/0053; GRC: 2009SGR192.

888. BLOGS EN SALUD PÚBLICA

R. Cofiño

Dirección General de Salud Pública de Asturias.

Antecedentes/Objetivos: Un blog es un espacio orientado a transmitir opiniones, vivencias, conocimiento e información a través de entradas cortas, periódicas y escritas con un tono bastante personal. El objetivo es presentar la experiencia en la escritura de un blog sobre salud comunitaria y salud pública que se inició hace 8 años y narrar las experiencias en este período de tiempo.

Métodos: En la presentación se recorrerá de forma intuitiva la trayectoria del blog Salud Comunitaria, relatando la relación entre diferentes blogs sanitarios en aquello que se vino a llamar la Blogosfera Sanitaria. Se presentarán algunos de los usos e impactos del blog, algunas herramientas para su monitorización, para la medida de la repercusión y para la definición de criterios de calidad.

Resultados: El blog "Salud Comunitaria" supone desde su nacimiento un espacio para introducir contenidos de promoción de la salud y salud pública en las redes sociales. Así mismo, es de destacar que los blogs de salud pública en nuestro país son escasos y se han incorporado tarde a la "blogosfera sanitaria".

Conclusiones: Aunque es difícil medir su impacto real, sería muy interesante si la presencia del blog Salud Comunitaria (y de otros blogs de Salud Pública) sirve para realizar una función educativa, de abogacía en promoción de la salud y sobre aspectos relacionados con los determinantes sociales de la salud.

447. TWITTER EN SALUD PÚBLICA

O. Zurriaga

Dirección General de Salud Pública, Valencia; FISABIO-Salud Pública; CIBERESP.

Antecedentes/Objetivos: Las redes sociales en su sentido tecnológico moderno se caracterizan por su alta interactividad y dinamismo, lo que facilita su uso y utilidad en salud pública y epidemiología. El

objetivo es mostrar como una red social como Twitter puede contribuir a la consecución de los fines de la salud pública.

Métodos: Twitter es una red social creada en 2006 que se caracteriza por permitir a sus usuarios enviar mensajes de texto con una longitud máxima de 140 caracteres. Los usuarios siguen a otras cuentas y tienen a su vez seguidores. En principio los mensajes son públicos. El uso a través de teléfonos inteligentes le ha dotado, además, de inmediatez. Se analizan dos situaciones de uso de Twitter en salud pública, valorando su impacto y sus efectos: 1. En el ámbito de la promoción de la salud se analiza la actividad del Club del Paseo, una estrategia de promoción de la actividad física a través de Twitter y otros medios electrónicos. 2. En cuanto al potencial para la difusión de resultados, se analiza el uso de Twitter en las dos últimas reuniones científicas de la Sociedad Española de Epidemiología (SEE) usando diferentes herramientas de medida de Twitter (Tweet Archivist y TweetReach).

Resultados: En el caso del club del paseo se ha podido observar tanto un incremento del número de actividades realizadas por los usuarios activos, como del número de kilómetros recorridos por los mismos. Los usuarios activos que utilizan Twitter para comunicar sus actividades parecen haber ido incrementando su adhesión hacia la práctica de la actividad física. En lo que se refiere al uso de Twitter en las Reuniones Científicas de la SEE, el crecimiento ha sido exponencial, pasando de los 170 tuits de la del año 2012 a los 1498 del año 2013. La estimación fue que se consiguieron más de 2 millones de impresiones (número total de veces que los tuits con el hashtag #iberopi13 aparecieron en la línea de tiempo de usuarios de Twitter) Las palabras más frecuentemente usadas en los tuits en 2013 fueron "salud" y "cronicidad", siendo el usuario de Twitter que con más frecuencia apareció el de la institución que acogió la reunión: @EASP.

Conclusiones: Las redes sociales y la salud 2.0 tienen un amplio potencial para influir en la salud de variadas formas. Las características de Twitter favorecen el uso en determinados ámbitos de la salud pública.

COMUNICACIONES ORALES

Ética, salud pública y políticas (Oral 10 minutos)

Jueves, 4 de septiembre de 2014. 09:30 a 11:00 h

Moderador: José Vicente Tuells Hernández

85. ENCUESTA SOBRE PRIORIZACIÓN DE VALORES EN BIOÉTICA DE SALUD PÚBLICA

A. Varo Baena, A. Rodríguez Torronteras, R. Varo Baena, M.E. Gómez Torres, J.J. Lara Serrano

Delegación Territorial de Salud de Córdoba; Distrito Sanitario Centro de Córdoba; CHARE de Utrera; Hospital Universitario Reina Sofía.

Antecedentes/Objetivos: En las clasificaciones de la bioética es incluida en el segundo nivel como bioética de las organizaciones y siempre se enmarca dentro de las cuestiones asistenciales. Pero no se hace referencia a cuestiones y aspectos como el impacto de las decisiones y sus aspectos éticos poblacionales. La hipótesis sería pues que existen unos mecanismos y unos valores diferenciados aplicables a las decisiones e intervenciones en la salud pública, lo que constituiría una bioética propia.

Métodos: Se trata de un estudio cualitativo descriptivo. La población diana es el personal perteneciente al Sistema Sanitario Público de Andalucía (incluida la administración sanitaria). El tipo de mues-

treo por conveniencia e intencionado. Se invitó a 38 informantes de los cuales 3 no respondieron y 3 no cumplimentaron correctamente las encuestas. Se usó un cuestionario anónimo autocumplimentado diseñado ad hoc con los aspectos más frecuentes encontrados en la bibliografía sobre priorización y se envió por correo electrónico. Se planteaba una sola cuestión: Ordene del 1 al 10 la prioridad de los diferentes aspectos en que deberían basarse las decisiones en salud pública, según su punto de vista por la importancia que usted le da (1: máxima prioridad; 10: última prioridad). Se usan técnicas de priorización numéricas para ordenar la relevancia de las prioridades, adaptado de la técnica Rand.

Resultados: De los que respondieron el perfil profesional fue el siguiente: 20 médicos; 6 enfermeras; 6 otros (3 que responden funcionario, 2 farmacéuticos y un biólogo). El puesto de trabajo era el siguiente: asistencial: 12 (37,5%); directivo: 4 (12,5%); salud pública: 16 (50%). Según la comentada escala de Rand modificada, los valores se han clasificado en los siguientes tramos: 1) de 1 a 3,33 (alta importancia): Gravedad (3,06); Incidencia/Magnitud (3,31); 2) de 3,34 a 6,67 (importancia intermedia): Efectividad (4,59); Eficiencia (5,16); Vulnerabilidad/Factibilidad (5,19); Equidad (5,22); Trascendencia social: (6,56); 3) de 6,68 a 10 (baja importancia): Directrices políticas (7,90); Opinión pública (8,34).

Conclusiones: Los estudios cualitativos son un buen instrumento para conocer la opinión de los profesionales. En este estudio se destaca que los valores prioritarios en salud pública para la toma de decisiones son la gravedad y la incidencia/magnitud y los menos relevantes las directrices política y la opinión pública. Lo que corrobora que existen unos valores propios diferenciados para la toma de decisiones en salud pública lo que conllevaría una bioética específica.

542. ABORTOS INDUCIDOS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL GENERAL BARRANQUILLA, 2013-2014

I.S. Morales Salcedo, K.L. Vides Andrade, W. Ortega Rada, A.J. Viloria Díaz, W.J. Echeverría Polo

Programa de Medicina Universidad Simón Bolívar.

Antecedentes/Objetivos: El aborto inducido es un procedimiento que se lleva a cabo para producir la interrupción del embarazo con ayuda farmacológica (misoprostol, mifepristona) que ayudan a la dilatación del cuello uterino o quirúrgico (dilatación y curetaje etc.). En Colombia el aborto es un procedimiento que está contemplado bajo 3 parámetros: cuando existen malformaciones o problemas graves de salud del embrión o feto que hagan inviable su vida, esto, certificado por un médico; si el embarazo constituye un peligro para la salud física de la madre y esta situación ha sido certificado por un médico; en casos de violación, inseminación artificial o transferencia de ovulo fecundado sin la autorización de la mujer e incesto con previa denuncia penal. En Colombia, del total de embarazos registrados en las consultas de atención 24% termina en aborto y 26% en nacimientos no deseados. Colombianas de 15 a 55 años, 22.9% declaran haber tenido un aborto inducido. Fortalecer los conocimientos adquiridos en las ciencias básicas y clínicas con la aplicación del método científico en la identificación de los determinantes asociados al aborto inducido. Indicar las complicaciones Ginecoobstetricas derivadas del aborto inducido.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo de corte transversal. Muestreo: aleatorio, Unidad muestral: historias clínicas con diagnóstico de IVE en el servicio de urgencia del HGB. Tamaño de la muestra: mínimo de 60. Las variables serán analizadas de acuerdo a su categoría cualitativa o cuantitativa, en el programa SPSS22, aplicándose las medidas de tendencia central, Tabulación cruzada chi-cuadrado, análisis de correspondencia, tau de Kendalls, rho de Spearman, coeficiente de correlación de Pearson.

Resultados: En el 100% de las historias clínicas el embarazo inducido no es reportado como diagnóstico en las historias clínicas por las implicaciones legales. Los motivos por los que las mujeres consultan al servicio de urgencias que se han asociado a la definición de caso de aborto inducido son: hemorragias vaginales; fiebres, dolor abdominal bajo; pérdida de la consciencia (desmayo), perforación uterina. En situaciones no controladas, en espacios y con materiales sépticos llevan a la iatrogenia muchas veces mortal.

Conclusiones: La socialización de los resultados obtenidos por los estudiantes a los entes responsables por la vigilancia de las estrategias destinadas a la promoción de la salud sexual y reproductiva permitirá asesorías eficaces, que logren concientizar a la población sobre el embarazo no deseado, mitigando las consecuencias del aborto inducido. El ambiente sociocultural se refleja en los procedimientos utilizados en su decisión de abortar.

224. OPINIÓN Y ACTITUDES DE LOS MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE MADRID SOBRE EL RDL 16/2012

J.M. Díaz Olalla, I. Prieto Checa, J. Cubillo Llanes, G. García Sacristán, G. Pardo Moreno, B. Álvarez Sánchez, V. García Espinosa, A. Cabrera Majada, M.A. Sirur-Flores Bates, et al

Grupo de Trabajo de Atención al Inmigrante, Sociedad Madrileña de Medicina de Familia y Comunitaria (SOMaMFyC).

Antecedentes/Objetivos: El "Real Decreto Ley 16/2012 de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones" que entró en vigor el 1 de septiembre de 2012 ha dejado sin tarjeta sanitaria a 873.000 extranjeros residentes en España, según las cifras aportadas por el propio Gobierno español, de los cuales 55.792 corresponden a Madrid. El RDL ha supuesto un cambio de modelo en nuestro sistema público de salud, ya que modifica las características esenciales de accesibilidad universal, atención integral y continuidad de la atención sanitaria. El estudio se propone conocer la opinión y la actitud de los Médicos de Atención Primaria de Madrid sobre los efectos del RDL 16/2012, que excluye de la atención normalizada a los inmigrantes irregulares del Sistema Sanitario Público, a un año de su entrada en vigor.

Métodos: Encuesta autocumplimentada realizada por internet, lanzada por email y otras redes sociales (twitter) a socios de la Sociedad Madrileña de Medicina de Familia y Comunitaria (SoMaMFyC) y a otros médicos de Atención Primaria de Madrid.

Resultados: Contestaron a la encuesta 393 médicos entre el 27 de junio y el 31 de octubre de 2013, de los cuales el 29,16% se ha registrado como objetor de conciencia en lo concerniente a la aplicación del RDL. Un 80% rechaza su aplicación y piensa que puede tener consecuencias negativas en la salud de la población. Poco más de la mitad (51,84%) conoce cómo afecta la norma a la asistencia sanitaria de las personas que se han quedado sin tarjeta sanitaria y la gran mayoría (82%) considera que no es fácilmente aplicable, ni para el afectado ni para el profesional. Un 62,50% tiene la percepción de que los inmigrantes sin permiso de residencia o los que han sido despojados de su tarjeta sanitaria acuden menos a la consulta desde que entró en vigor. El 80% de los encuestados considera que dicha exclusión tendrá consecuencias en la salud pública, principalmente (un 47,28%) por el mayor riesgo de aparición y propagación de enfermedades infecto-contagiosas, pero también por las dificultades para el diagnóstico y el control de enfermedades, por problemas de equidad y en la prevención de enfermedades y en la promoción de la salud. La mayoría de los médicos (70%) piensa que esta medida no va a disminuir el gasto sanitario.

Conclusiones: El RDL 16/2012 es rechazado por la gran mayoría de profesionales encuestados quienes perciben que puede tener consecuencias negativas para la Salud Pública, además de no considerarla como una medida de ahorro sanitario.

681. RELACIÓN ENTRE LA MORTALIDAD MATERNA Y LA GOBERNANZA DE LOS PAÍSES IBEROAMERICANOS

M.T. Ruiz-Cantero, J. Fernández-Sáez, V. Clemente-Gómez, R. Umaña-Peña, M.J. Sánchez-Calderón

Universidad de Alicante; ESPOCH.

Antecedentes/Objetivos: Pese al aumento de los recursos financieros y ser a menudo el 1er objetivo de los gobiernos, muchos países no están en camino de alcanzar el objetivo de Desarrollo del Milenio relacionado con la reducción de la mortalidad materna (MM). La gobernanza de los países es uno de los determinantes de la MM sobre el que hay disparidad de criterios y escasa literatura sobre el impacto de la misma en la MM. Objetivo: analizar la relación entre los factores de la gobernanza y la mortalidad materna en Iberoamérica, en 2012.

Métodos: Estudio transversal ecológico para 2012, que utiliza el país como unidad de análisis sobre relación entre la gobernanza y la MM. Fuentes información: Estadísticas de Naciones Unidas, Banco Mundial, OMS/OPS. Se realizó un modelo de regresión lineal simple, y ajustado por riqueza (PIB).

Resultados: Controlado por la riqueza del país, se detectan asociaciones significativas entre la MM con las variables de la gobernanza: Control de la corrupción $R^2 = 73,2\%$ ($p = 0,001$), Estado de derecho $R^2 = 73\%$ ($p = 0,001$), calidad regulatoria $R^2 = 70,9\%$ ($p = 0,002$), efectividad gubernamental $R^2 = 69,5\%$ ($p = 0,003$), voz y rendición de cuentas $R^2 = 68,3\%$ ($p = 0,004$) y transparencia $R^2 = 66,8\%$ ($p = 0,003$). Todas estas variables se asociación inversamente.

Conclusiones: La mortalidad materna en 2012 está fuertemente relacionada con la capacidad y calidad gubernamental de los 19 países Iberoamericanos. En concreto, la MM se asocia con 6 de las 7 categorías componentes de la gobernanza. Afrontar la multicausalidad de la MM es un reto, entre los que se debe considerar y analizar el impulso político para la reducción de la corrupción, el desarrollo del estado de derecho, la calidad regulatoria, la efectividad gubernamental, el facilitar la voz y rendición de cuentas y la transparencia.

Financiación: Proyecto Prometeo. SENESCYT, Ecuador.

220. ACCESO A LA VENTA ONLINE DE CIGARRILLOS ELECTRÓNICOS POR MENORES EN ESPAÑA

M.D. Perea

Asistencia Técnica Tragsatec en el Observatorio para la Prevención del Tabaquismo.

Antecedentes/Objetivos: Existen datos de un rápido desarrollo del mercado de los cigarrillos electrónicos con escaso control y del incremento de su consumo en adolescentes, pero su seguridad y eficacia no han sido demostradas y son una potencial puerta de entrada al consumo de tabaco. La Revisión de la Directiva de Productos del Tabaco regulará estos productos, sin embargo la venta será competencia de los Estados miembros. La venta de cigarrillos electrónicos a menores está prohibida por la Ley 28/2005. Diversos estudios han mostrado la ineficacia de los dispositivos para impedir el acceso de menores a ventas de tabaco y alcohol por internet. El objetivo es explorar la disponibilidad de venta online de cigarrillos electrónicos en España a la que podrían acceder los menores y describir las principales características de estas páginas.

Métodos: Análisis transversal de las principales páginas de venta online de cigarrillos electrónicos en España. Para identificar las páginas se han realizado diversas búsquedas en Google, filtrando para obtener aquellas publicadas en castellano, en España y actualizadas el último mes. Tras las 166 primeras páginas, los resultados llegaron a la saturación. Se han eliminado páginas de noticias, blogs y foros. Se evaluaron sistemáticamente las características de estas páginas: presencia de advertencias/prohibiciones de venta a menores, comprobación de la edad, promoción de estos productos, precio, etc. Se realizaron simulacros de compra con el perfil de un menor.

Resultados: De las 83 páginas resultado de la búsqueda, 62 (75%) no presentaban ninguna advertencia de prohibición de venta a menores, las advertencias existentes fueron poco visibles (15/21, 71%). Todas las páginas permitieron seguir la compra hasta el pago sin consultar la edad o con métodos fácilmente eludibles por un menor y sin mencionar su comprobación en la entrega. Eran principalmente tiendas especializadas en cigarrillos electrónicos (80%) y generales de venta online, con heterogeneidad de productos y variedad de aromas, sabores y colores. Los principales argumentos de promoción fueron por orden: salud, ayuda para dejar de fumar, no contaminación, económico, comodidad de uso en todas partes, placer, calidad y elegancia. El precio medio de un kit de inicio/producto más barato fue 21,30 euros.

Conclusiones: Existe amplia disponibilidad de páginas de venta online de cigarrillos electrónicos, las medidas disuasorias del acceso a menores no parecen suficientes ni efectivas. Puesto que su seguridad y eficacia no han sido demostradas y la venta a menores está prohibida, deberían prohibirse las ventas online de los cigarrillos electrónicos como las del tabaco. Esto puede tener implicaciones en la transposición de la Directiva de los Productos del Tabaco y las políticas de control de tabaquismo.

677. ¿SIGUE LA AGENCIA EUROPEA DEL MEDICAMENTO SUS PROPIAS REGLAS? CUENTO CON MORALEJA

M.T. Ruiz-Cantero, A. Moreno-Mújica, E. Chilet-Rosell, N. Laguna-Goya

Universidad de Alicante; Administración General del Estado.

Antecedentes/Objetivos: Los sesgos de género en los ensayos clínicos (EC) se demostraron ya en los 90. Objetivo: analizar el cumplimiento del Informe Público Europeo de Evaluación (EPAR) de anticonceptivos y fármacos para la disfunción eréctil (FDE) realizado por la Agencia Europea de Medicamentos (EMA) respecto a sus recomendaciones de elaboración.

Métodos: Análisis del contenido sobre eficacia, seguridad, farmacocinética (FC) y farmacodinámica (FD) del EPAR de 3 anticonceptivos y 3 FDE, y de sus fichas técnicas. Fuente de información: Base de datos de EMA. Descriptores: "erectile dysfunction" y "contraception". Criterios exclusión: fármacos no autorizados, genéricos, que presenten el mismo informe.

Resultados: Los EPAR de FDE no aportan datos del nº de EC de seguridad de Viagra, ni de las fases de 3 de los 11 EC de Levitra. Faltan datos sobre fases de 2 de los 6 EC de eficacia de Viagra. Ni datos de absorción de Cialis y Levitra sobre biodisponibilidad absoluta y relativa (salvo en 2º EPAR de Levitra). No datos de interacción alimentaria de Cialis. El EPAR del anticonceptivo Zoely no aporta información de las fases de 4 de los 8 EC sobre seguridad. Eficacia bien descrita, excepto Zoely (no refleja datos de EC dosis-respuesta, respecto a evidencia preliminar de eficacia, y de plan y dosis recomendada). En FD: Faltan datos de Zoely y EllaOne sobre concentración plasmática y efecto, comparación placebo o medicamento de referencia, EC para tipos concretos de efectos adversos, e interacciones con medicamentos. En Zoely no coincide la dosis estudiada con la autorizada. No datos de las fases de los EC de FC de EVRA y EllaOne, ni de 1/6 EC de Zoely. Hay datos de interacciones alimentarias en todos los anticonceptivos, pero no de absorción, respecto biodisponibilidad absoluta ni relativa. La información de eliminación es reflejada, excepto en el aclaramiento y vida media de Zoely. El nº de EC de las interacciones con otros fármacos fue < en los anticonceptivos respecto a los FDE. Las reacciones adversas (RAM) en los EPAR son más frecuentes en anticonceptivos (Evra: 80%, EllaOne: 79%, Zoely: 75%) que en FDE (Viagra: 65%, Cialis: 66,7%, Levitra: 64,3%). Hay RAM en los EPAR que no aparecen en su ficha técnica (EVRA: 4, EllaOne: 10, Zoely: 3, 2º EPAR Cialis: 6, 2º EPAR Levitra: 1).

Conclusiones: La EMA no sigue sus propias guías de elaboración del EPAR al recomendar la aprobación de la comercialización de FDE

y anticonceptivos a la Comisión Europea con falta de datos relevantes sobre seguridad, FC y FD. Las diferencias observadas en los EPAR entre ambos tipos de fármacos, sugieren sesgos de género en la información sobre seguridad y FC.

330. PRIMUM NON NOCERE DEINDE PHILOSOFARI

A.J. López Díaz

SESPA.

Antecedentes/Objetivos: Se toma el lema del congreso para reflexionar acerca de los riesgos de la medicina y la sanidad.

Métodos: Se construye un discurso sobre la diferente naturaleza de los riesgos que el sistema sanitario y la medicina pueden hacer correr a los ciudadanos. Se utilizan referencias históricas, sociológicas y filosóficas. Se diferencian dos tipos de riesgo a los que podría hacer referencia el "Primum Non Nocere" al que se refiere el lema del Congreso: a uno se le denomina "riesgo existencial" al otro "deriva esencial". Se caracteriza la "medicina", la "ciencia" y la "sanidad". Se ensaya una reconstrucción del espacio social de la sanidad a partir de los tres componentes anteriores. Se enmarca ese espacio en su contexto y se analizan las contradicciones internas y externas al espacio de la sanidad.

Resultados: Se caracteriza a la medicina como una disciplina ética basada en la consideración totalizadora del otro con el que se mantiene una relación personal; a la ciencia como una construcción social cuya lógica es la de la verdad; y a la sanidad como un aparato del estado de carácter esencialmente moral (político). Estas notas diferenciales permiten realizar un análisis de las relaciones entre las tres ideas e identificar cómo su trazabón da lugar a una configuración social bien definida: el sector salud. La sistematización de las notas relevantes que caracterizan a las modernas sociedades democráticas de mercado permite su contraste con las del sector salud. Se constatan que los dos tipos de riesgos postulados son reales, diferentes y responden a ámbitos, lógicas y momentos diferentes. Se hace corresponder al llamado "riesgo existencial" y en consecuencia a una primera interpretación del Primum Non Nocere con los riesgos propios del ejercicio cotidiano de la actividad médica y sanitaria; se relaciona con la necesidad de hacer bien lo que se hace. Se hace corresponder a la llamada "deriva esencial" y en consecuencia a una segunda interpretación del Primum Non Nocere con el riesgo de desnaturalización de la medicina tal como se vino fraguando durante los dos últimos milenios. Se relaciona con la necesidad de preguntarse si se hace lo que se debe hacer.

Conclusiones: Conseguir que quien se acerca a un dispositivo sanitario pueda tener confianza en que tal dispositivo es seguro es una obligación de trabajadores, gestores y políticos. Evitar que la lógica de las mercancías termine con la medicina y la sanidad como mejores exponentes de una ética y una moral racional e igualitaria es tarea de los ciudadanos. Sólo ellos podrán salvarnos a nosotros, los médicos.

365. DILEMAS ÉTICOS Y LEGALES EN LA PSICOEDUCACIÓN EN HABILIDADES SOCIALES DE MENORES Y SUS FAMILIARES

F. Reyeró Pantigoso, M.P. Baltasar Sánchez, M.I. Dios Tercero, L.F. Ruiz Martínez-Vara, C. Ramos Martín

Centro Madrid Salud Villaverde.

Antecedentes/Objetivos: En el Centro Madrid Salud (CMS) de Villaverde (Ayuntamiento de Madrid) la atención a los principios de Bioética de autonomía, beneficencia y equidad se tratan de compatibilizar con el de eficiencia, en un momento histórico de incertidumbre sobre las prioridades y con el matiz de que la eficiencia con un caso deberse también a su repercusión en el Desarrollo Comunitario, que es tarea más propia del Trabajo Social y la Salud Pública que de la Medicina Asistencial Dentro del Programa de Psiquiatria se lleva a cabo desde

hace años la psicoeducación de menores con dificultades de socialización, sea por retraimiento o por conductas disruptivas, a menudo asociados a trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). Las expectativas de cambio, el sentido y la premura, mediante fármacos o con sólo la palabra, no son siempre coincidentes en el Menor, la Familia, la Escuela, los Educadores de Tiempo Libre, los Clínicos Asistenciales y los del Centro de Salud Pública. Al ser estrecha la relación entre los ámbitos, puede ser mayor el temor a la transparencia, y confundir las discrepancias sobre la Madurez del Menor y los modelos de asistencia sanitaria y educativo —público y privado, libre elección— y el de territorialidad del de Salud Pública Objetivo de Valorar la reflexión sistemática sobre dilemas éticos ligados a la psicoeducación de menores y sus familiares, en grupo y en individual, por un equipo multiprofesional (psiquiatra, psicólogo, ginecólogo, trabajo social, enfermería) y la asesoría de un abogado de familia.

Métodos: Evaluación cualitativa continuada al final de cada sesión.

Resultados: Este curso escolar 76 menores, de edades entre los 6 y los 17 años, repartidos en 7 grupos, han participado de modo continuado en grupo, a veces doblados de reuniones en paralelo de los familiares acompañantes y de atención individual de Salud Mental, de Sexual y Reproductiva o Alimentación. Los profesionales han mantenido una comunicación continuada entre sí sobre aspectos clínicos, sociales y éticos y de individuos y entornos, en particular para la privacidad entre a) los participantes en los grupos y las instituciones entre sí, b) el menor y su familia en crisis de la pareja conyugal o reconstrucción del hogar con nueva pareja, o sobre conductas que el menor sufra o practique (abusos, acoso, maltrato, consumo de sustancias, anorexia...).

Conclusiones: Los cambios culturales y legislativos acerca de la primacía entre principios éticos, en particular de la autonomía del menor maduro, hacen útil incorporar sistemáticamente los aspectos éticos a los clínicos y sociales en la discusión sobre intervenciones con menores, familiares y profesores.

Prácticas preventivas relacionadas con cáncer (Oral 10 minutos)

Jueves, 4 de septiembre de 2014. 09:30 a 11:00 h

Modera: Adonina Tardón García

441. PROPUESTA DE NUEVOS INDICADORES DE PARTICIPACIÓN EN LOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN DE CÁNCER COLORRECTAL: UNA MEJORA EN LA EVALUACIÓN DE SU IMPACTO POBLACIONAL

A. Burón, F. Macià, J. Grau, M. Andreu, M. Salvador, I. Torà, X. Castells, A. Castells

Servicio de Epidemiología y Evaluación, Hospital del Mar; IMIM (Instituto Hospital del Mar de Investigaciones Médicas); REDISSEC (Red de investigación en servicios de salud en enfermedades crónicas); Servicio de Medicina Preventiva y Epidemiología, Hospital Clínic; Servicio de Digestología, Hospital del Mar; UD MPySP PSMAR-UPF-ASPB; Servicio de Gastroenterología, Hospital Clínic, IDIBAPS, CIBEREHD, Universidad de Barcelona.

Antecedentes/Objetivos: Los indicadores de participación que actualmente utilizan los programas de cribado de cáncer colorrectal (CCR) vienen determinados por las Guías Europeas y son similares a los de los programas de cribado de cáncer de mama. Sin embargo, características intrínsecas de la organización y de las estrategias actuales de prevención del CCR, así como de la propia naturaleza del

CCR, sugieren la insuficiencia de los indicadores actuales para evaluar el impacto poblacional de los programas y a proponer nuevos.

Métodos: A partir de la revisión de la literatura y sesiones de reflexión teórica sobre los actuales indicadores, los autores identificaron aquellos elementos insuficientemente contemplados. A continuación, se discutieron y consensuaron diferentes propuestas, determinando numerador y denominador y posibles fuentes de información, fortalezas y debilidades. Finalmente, se calcularon y analizaron comparativamente los nuevos indicadores a partir de los datos de las primeras 2 rondas del Programa de Barcelona.

Resultados: Se identificaron 3 elementos insuficientemente contemplados en los indicadores actuales: la coexistencia de dos frecuencias de cribado, la gestión de las personas cribadas recientemente mediante colonoscopia y la exclusión de un volumen alto de personas con riesgo incrementado a circuitos de vigilancia más intensiva. Se detectó variabilidad entre programas en la definición del denominador del indicador actual de participación y se propusieron 3 nuevos indicadores: tasa de cribado (incorpora las dos frecuencias de cribado); tasa de cobertura (incluye a la población cribada fuera del programa); y tasa de prevención (incluye la población identificada como de alto riesgo y teóricamente controlada por el circuito asistencial). Estos indicadores presentan en la 1ª ronda pocas diferencias cuantitativas respecto a los actuales; sin embargo, debido al efecto acumulativo, se van incrementando en cada ronda y alcanzan dimensiones importantes.

Conclusiones: Los nuevos indicadores podrían describir mejor la realidad de los programas y el estado de prevención del CCR en un área y momento determinados, al cuantificar grupos de población cribados y vigilados en otros circuitos. La propuesta será planteada a nivel del resto de programas, a través de las diferentes redes e instituciones responsables del cribado del cáncer.

577. IDENTIFICACIÓN DE INDICADORES SOCIOECONÓMICOS EN EL PCPCCR DE BARCELONA Y SU INFLUENCIA EN LA PARTICIPACIÓN Y POSITIVIDAD A LA PDSOHI

S. Valencia, V. García, J. Grau, A. Burón, F. Macià, F. Andreu, A. Castells, M. Mari-Dell'olmo, A. Trilla

Servicio de Medicina Preventiva y Epidemiología, Hospital Clínic, Universidad de Barcelona; Servicio de Epidemiología y Evaluación, Hospital del Mar; IMIM (Instituto Hospital del Mar de Investigaciones Médicas), REDISSEC (Red de investigación en servicios de salud en enfermedades crónicas); Servicio de Digestología, Hospital del Mar; Servicio de Gastroenterología, Hospital Clínic, IDIBAPS, CIBEREHD, Universitat de Barcelona; Servei de Sistemes d'Informació Sanitària (SESIS), Agència de Salut Pública de Barcelona.

Antecedentes/Objetivos: El Programa de Detección Precoz de Cáncer de Colon y Recto (PDPCCR) va dirigido a la población de 50 a 69 años incluida en las áreas Barcelona Izquierda y Litoral Mar, utilizando como prueba de cribaje la prueba de detección de sangre oculta en heces inmunológica (PDSOHi) con una periodicidad bienal. El objetivo es identificar indicadores socioeconómicos en la población diana de 6 Áreas Básicas de Salud (ABS) y su incidencia en la participación del programa y en la positividad de la PDSOHi.

Métodos: Estudio transversal que incluye personas invitadas a participar en la primera ronda (2010-2011) del PDPCCR de 3 ABS del distrito Eixample y 3 ABS del distrito de les Corts. Se valoraron 2 indicadores de clase social utilizados en la construcción del índice MEDEA. Se categorizó cada indicador en cuartiles y se valoró la relación entre la participación en el programa y positividad a la PDSOHi. Los sujetos con errores en su dirección no fueron incluidos al no poder asignarles una sección.

Resultados: Los análisis se realizaron a partir de 35.890 sujetos, correspondiente a población diana de las ABS descritas y que presentan datos completos. La participación global fue del 44,8%. Los cuartiles

para las ABS seleccionados son: Trabajadores manuales: Q1 (< 21,21%) Q2 (21,22-26,45%) Q3 (26,46-30,64%) y Q4 (> 30,65%); Instrucción insuficiente Q1 (< 15,16%) Q2 (15,17-20,63%) Q3 (20,64-25,55%) y Q4 (> 25,56%). Resultados para participación y positividad a la PDSOHi para trabajadores manuales: Q1 (42,4%; 4,95%), Q2 (46,0%; 5,92%), Q3 (45,8%; 6,02%), Q4 (44,8%; 5,83). Participación y positividad a la PDSOHi por instrucción insuficiente: Q1 (42,0%; 5,06%), Q2 (46,8%; 5,44%), Q3 (44,8%; 5,90%), Q4 (44,9%; 6,10%). Para los indicadores desempleo y asalariados eventuales no se muestran los resultados por razones de espacio.

Conclusiones: En la evaluación por cuartiles se observa una menor participación y una menor tasa de positividad para el cuartil más favorecido socialmente. No obstante, la población evaluada pertenece a un área de Barcelona bastante homogénea presentando gradientes pequeños respecto a los indicadores estudiados, por lo que se ampliará el estudio para áreas más heterogéneas.

643. PREVENIMSS, PROGRAMA DE SALUD DE LA MUJER: CÁNCER CERVICOUTERINO

M.A. Mendoza Flores, B. Acosta Cázares

Coordinación de Vigilancia Epidemiológica, Instituto Mexicano del Seguro Social.

Antecedentes/Objetivos: En el marco de la transición epidemiológica y demográfica de México, donde converge la presencia de enfermedades crónico-degenerativas, así como las denominadas infecto-contagiosas, surgen los Programas Integrados de Salud ahora llamados PREVENIMSS, una estrategia de prestación de servicios que el Instituto Mexicano del Seguro Social implantó en el año 2002, que tiene como propósito la provisión sistemática y ordenada de acciones relacionadas como promoción de la salud, vigilancia de la nutrición, prevención, detección y control de enfermedades y la salud reproductiva, estimulando la cultura del autocuidado. Con esto se buscó cambiar el enfoque de los programas orientados hacia la prevención de enfermedades y riesgos específicos, por el de la protección de la salud de grupos poblacionales bien definidos, incluyendo la salud de la mujer de 20 a 59 años de edad, con el fin de elevar su impacto mediante acciones simultáneas y coordinadas, facilitando las tareas de los trabajadores responsables de su ejecución. Es importante resaltar que se brinda la capacitación del paciente sobre una problemática específica manejada a través de la educación grupal, cuyo objetivo es promover en los derechohabientes estilos de vidas saludables adquiriendo habilidades, destrezas y hábitos que coadyuven al cuidado de su salud. El objetivo de esta comunicación es describir los principales resultados obtenidos a lo largo de la aplicación de PREVENIMSS sobre la salud de la mujer derechohabiente en lo referente a cáncer cervicouterino.

Métodos: Se obtuvieron tasas de morbilidad por 100,000 mujeres derechohabientes de 25 y más años de edad. Se calculó el valor de la pendiente; se calcularon tasas estandarizadas con el método directo con base en la población nacional de mujeres de 25 años y más de cada año estudiado. Se incluyeron los resultados de las encuestas realizadas a partir 2003 (ENCOPREVENIMSS), que permiten comparar el desempeño de los servicios de salud preventivos de todas las delegaciones de la institución.

Resultados: La morbilidad por cáncer cervicouterino ha tenido un descenso notable en las mujeres de 25 años y más del 2000 al 2012, al pasar de una tasa estandarizada de 19,74 casos por 100.000 en el año 2000, a una de 7,78 en 2012. Las coberturas de detección del cáncer cervicouterino de primera vez en la vida o en los últimos tres años se han mantenido por arriba de 24%. Ello ha permitido disminuir más de 30% su mortalidad.

Conclusiones: Se tiene que continuar con el fortalecimiento de las acciones preventivas y de promoción, así como fomentar el hábito en los médicos tratantes de pensar durante la anamnesis en los padecimientos malignos a descartar.

568. ¿LAS PERSONAS CON UNA COLONOSCOPIA PREVIA SIGUEN LAS RECOMENDACIONES DEL PROGRAMA DE CRIBADO DE CÁNCER COLORRECTAL?

V. García-Álvarez, S. Valencia, J. Grau, A. Burón, F. Macià, M. Andreu, A. Serradesanferm, A. Pozo, X. Castells

Servicio de Medicina Preventiva y Epidemiología, Hospital Clínic, Universidad de Barcelona; Servicio de Epidemiología y Evaluación, Hospital del Mar; IMIM (Instituto Hospital del Mar de Investigaciones Médicas), REDISSEC (Red de investigación en servicios de salud en enfermedades crónicas); Servicio de Digestología, Hospital del Mar; Servicio de Gastroenterología, Hospital Clínic, IDIBAPS, CIBEREHD, Universitat de Barcelona.

Antecedentes/Objetivos: El Programa de Detección Precoz del Cáncer Colorrectal (PDPCCR) en Barcelona se dirige a hombres y mujeres de 50 a 69 años. Como método de cribado se emplea la prueba de detección de sangre oculta en heces inmunológica (PDSOHi) con una periodicidad bienal, siendo la prueba diagnóstica la colonoscopia. Entre los criterios de exclusión para participar en dicho programa se incluye el haberse realizado una colonoscopia los cinco años previos a la fecha de invitación. Todos los métodos de comunicación del programa se especifican la necesidad de notificar este hecho al programa para proceder a la exclusión temporal del mismo. El objetivo es comparar el comportamiento de las personas que se han realizado una colonoscopia los 5 años previos a la invitación al programa en relación al mismo.

Métodos: Estudio descriptivo transversal. La población estudio está constituida por 49.210 personas, hombres y mujeres de 50 a 69 años de 6 áreas básicas de salud (ABS) de Barcelona invitadas a participar en la primera ronda del PDPCCR. La base de datos del programa se ha cruzado mediante la variable inequívoca del CIP con la base de datos del Servicio de Endoscopia del Hospital Clínic de Barcelona de los cinco años previos a la fecha de cribado. Se excluyen todos aquellos casos en los que no se dispone de CIP. Se analizan los principales indicadores del programa: exclusiones, participación, positividad a la PDSOHi y detección de lesiones.

Resultados: Al realizar la fusión de las dos bases de datos se obtiene una población elegible de 49.201 personas, de las cuales 2.210 (4,5%) se han realizado una colonoscopia en los últimos cinco años. Este grupo comparado con el resto de los invitados presenta una tasa de exclusiones mayor (21,6% vs 8,1%) y una participación menor (35,7% vs 42,0%). También se encuentran diferencias en las tasas de positividad a la PDSOHi (4,30% vs 5,75%) y en la detección de lesiones.

Conclusiones: El circuito actual de notificación de exclusiones por colonoscopia previa se muestra insuficiente. Por otra parte, este grupo de personas presenta unos indicadores de participación, positividad al test y detección de lesiones claramente distintos al resto de la población diana.

882. DE LA CÉLULA A LA SOCIEDAD: EUPANCREAS, PLATAFORMA EUROPEA MULTIDISCIPLINAR SOBRE CÁNCER DE PÁNCREAS

N. Malats, C. la Vecchia, I. Esposito, K. Van Steen, S. Hahn, A. Brand

Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas; Istituto 'Mario Negri'; University of Technology Munich; University of Liège; Ruhr-University Bochum; Maastricht University.

Antecedentes/Objetivos: Las ciencias biomédicas, entre ellas la epidemiología, pretenden entender los factores y mecanismos implicados en el desarrollo de las enfermedades complejas y trasladar estos conocimientos a intervenciones clínicas y de salud pública para así disminuir la morbi-mortalidad de estas enfermedades. El cáncer de páncreas (CP) representa un paradigma de la ineficacia de las estrategias de investigación llevadas a cabo hasta ahora. La complejidad de su desarrollo y progresión evidencia la necesidad de utilizar enfo-

ques integradores transdisciplinares en la identificación de los factores implicados en estos procesos y entender sus mecanismos. No solo la integración de diferentes niveles de información (epidemiológica, omics, clínica y patológica) es imprescindible en este esfuerzo, también la integración de conocimiento, hipótesis, diseños de estudios y técnicas analíticas permitirán abrir nuevas oportunidades para la comprensión de los factores de riesgo y mecanismos que conducen a la salud y a la enfermedad.

Métodos: La Acción COST EU_Pancreas es una plataforma europea única que facilita la colaboración transdisciplinar de un amplio rango de grupos de investigación en CP que 1) integran conocimientos, recursos y experiencia haciendo énfasis en datos generados por las nuevas tecnologías "omics", 2) identifican los retos derivados de la integración de estos datos y las estrategias para llevar a cabo análisis "multi-omics", 3) promueven la aplicación uniforme de cuestionarios y protocolos entre los grupos participantes para generar nuevos recursos de investigación, 4) evalúan la potencialidad de traslación de los resultados en el contexto clínico y en intervenciones de salud pública, 5) aumenta la movilidad y la formación de investigadores noveles y 6) disemina los resultados científicos en la sociedad.

Resultados: EU_Pancreas desarrolla nuevas herramientas de investigación trans-disciplinares para mejorar el conocimiento del CP, su prevención, diagnóstico y tratamiento. Ello le permite contestar preguntas relacionadas con la etiología del CP, su diagnóstico precoz y tratamiento personalizado basado en las evidencias con un impacto final en políticas de salud pública. Además, la Acción contribuye a un conocimiento más profundizado de la medicina personalizada del CP.

Conclusiones: EU_Pancreas promueve la investigación innovadora sobre CP en Europa mediante enfoques integradores y la aplicación de tecnología puntera y coordina este esfuerzo con otras iniciativas internacionales con el fin de reducir la mortalidad de esta enfermedad.

Financiación: COST Action #BM1204.

172. MAYOR PARTICIPACIÓN MASCULINA. PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DE CÁNCER DE COLON Y RECTO. REGIÓ SANITÀRIA LLEIDA

M.L. Llorens Gabandé

Departament de Salut, Regió Sanitària Lleida.

Antecedentes/Objetivos: El Programa de Detección Precoz de Cáncer de Colon y Recto (PDPCCR) de la Región Sanitaria (RS) Lleida se inició en 2010. Es el primer programa de Cataluña donde se recogen las Pruebas de Detección de Sangre Oculta en Heces (PDSOH) en Atención Primaria y es precursor en el volcado de resultados de la prueba en la Historia Clínica del paciente, pudiendo consultarlos tanto desde atención primaria como hospitalaria. Objetivo: evaluar la participación y resultados ligados al sexo de las Áreas Básicas de Salud (ABS) cribadas en 2013.

Métodos: Se invitaron a 6.393 pacientes, 3.343 mujeres y 3.048 hombres de 4 ABS: Les Borges Blanques (3.383), Artesa de Segre (924), Pons (884) y La Granadella (702). El PDPCCR utiliza la misma red de recogida de muestras que en analíticas habituales solicitadas desde Atención Primaria; es decir, con la carta de invitación, el usuario se acerca al Centro de Atención Primaria o Consultorio Local y allí, previa programación del día de recogida, le entregan el kit. El día pactado devuelve la muestra, y, una vez recogidas, el traslado de las PDSOH se hace en el mismo circuito de valijas de transporte de muestras, al laboratorio único de la RS Lleida.

Resultados: Las tasas de participación globales de la RS Lleida en 2013 son del 60,68%. Después de analizar la población diana, vemos hay más invitaciones a señoras 52,29%, que a hombres 47,68%. De las cuatro ABS cribadas en 2013, en Les Borges Blanques con una población diana de 51,92% mujeres y 48,08% hombres, la mayoría de participantes fueron mujeres, el 52,09%, igualando la tendencia del resto

de PDPCCR de Cataluña. En las tres restantes, la tendencia se invierte, y a pesar de haber invitado a más mujeres, el número de participantes masculinos supera a las mujeres, siendo Ponts la que presenta una diferencia más destacada, 55,80% hombres y 44,20% mujeres. La PDSOH empleada es FOB-GOLD con una positividad media en la RS Lleida del 9,46%. Las cuatro ABS siguen la tendencia del resto de Programas, la tasa de positivos es superior en hombres, 64,85%, frente al 35,15% en mujeres. En cuanto a resultados de las colonoscopias, en el 3,42% (11 casos) se detectó un carcinoma invasivo, siendo mujeres el 54,55% (6 casos). La tasa de detección de cáncer invasivo global es del 2,84%, correspondiendo al sexo femenino el 1,55%.

Conclusiones: En la RS Lleida estamos observando una tendencia a que la participación de los hombres sea mayor a la femenina. A pesar que las invitaciones a mujeres superan a la de los hombres, el papel de rol cuidador femenino y de las posibles consecuencias de la positividad hace que sea un motivo para valoren su participación. Cabe destacar el importante papel que tiene Atención Primaria en la población para que la participación se sitúe en el 60, 68%.

58. MEJORA DEL PROTOCOLO DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE CÁNCER COLORRECTAL DE LA COMUNIDAD VALENCIANA PARA REDUCIR LOS TIEMPOS DE COLONOSCOPIA. RESULTADOS PRELIMINARES

M. Gironés Gil, C. Lloréns Ivorra, A. Jerez González, P. Martí Miralles, E. Flores Pardo, M.T. Abad Melendro, M.J. Orozco Recuenco, M.T. Guijarro Llácer

Centro de Salud Pública de Dénia; Conselleria de Sanitat; Marina Salud.

Antecedentes/Objetivos: El PPCCR de la CV establece que el personal de Atención Primaria (AP) localice y cite al usuario positivo en Test de Sangre Oculta en Heces (TSOH). Su médico le informa de positividad y tramita, si procede, una interconsulta con Hospital para realización de colonoscopia. Este procedimiento condiciona que el tiempo que transcurre desde positividad a colonoscopia sea superior al tiempo recomendado, 45 días en protocolo de PPCCR (según Guía Europea de Calidad de Cribado (Guía) de CCR hasta 31 días desde comunicación de positividad a colonoscopia). Objetivo: reducir el tiempo entre positividad y colonoscopia por debajo de 45 días.

Métodos: Se aplicó con todos los agentes implicados en protocolo una matriz DAFO. Aunque se trata de método analítico para planificación estratégica en mundo empresarial, resulta relevante para el presente estudio, partiendo del conocimiento de análisis interno en un estado estable a corto-medio plazo. Debilidades: Localización usuarios desde AP. Necesidad de reducir tiempos de cita para colonoscopia para cumplir criterios de Guía Amenazas: Demora en localización de usuarios desde AP. Variabilidad de demora según características de Centros de Salud. No localización de algunos usuarios extranjeros. Solicitud de interconsulta en papel, envío con valija interna (extravío, demora). Falta de planificación de citas de colonoscopia en Hospital Fortalezas: Muy buena coordinación con todos los agentes implicados en PPCCR del Dpto. Planificación anticipada citación por Salud Pública Oportunidades: Envío resultados positivos de laboratorio a Admisión Hospital. Citación en Admisión de usuarios tanto para AP como colonoscopia. Comunicación a AP y SP de citas, eliminando interconsulta en papel. Compromiso de realizar mínimo 45 colonoscopias/mes.

Resultados: En 3ª ronda, 2011-2012, la media de positividad a colonoscopia fue de 89,81 días (mín. 48,1-máx. 125,5), percentil 50 de 84 y percentil 75 de 107. En 2013, 1º año de 4ª ronda, la media se ha reducido a 24,4 días (mín. 7- máx. 122) (72,83%), p50 a 21,9 (73,93%) y p75 a 27,2 (74,58%). Desde comunicación de positividad a colonoscopia se ha reducido a 18,6 días de media (mín. 4-máx. 94), p50 a 16 y p75 a 23.

Conclusiones: Se agiliza localización de usuarios para información de positividad. Se consigue reducción de media y percentiles desde positividad hasta colonoscopia por debajo de 45 días, cumpliendo el

protocolo. Se cumplen los criterios de Guía Europea al reducir el tiempo desde comunicación de positividad hasta colonoscopia por debajo de 31 días.

385. CONTROL MAMOGRÁFICO DE LAS MUJERES ESPAÑOLAS: ENCUESTA NACIONAL DE SALUD 2011-2012

G. Serral, R. Puigpinós, X. Contente, C. Ariza

Agència de Salut Pública de Barcelona, IIB Sant Pau, CIBERESP.

Antecedentes/Objetivos: Las últimas encuestas de salud han mostrado un importante aumento en el número de mujeres que realizan controles regulares de mama. Del mismo modo, las desigualdades sociales han ido disminuyendo, pero los datos de la última encuesta de salud, muestran que estas desigualdades aun persisten y además aparecen las vinculadas al lugar de origen de las mujeres. El objeto de la presentación es describir los resultados respecto a las desigualdades de clase y origen cultural en la realización de controles mamográficos en las mujeres españolas.

Métodos: Es un estudio transversal, en el que el instrumento de medida fue la Encuesta Nacional de Salud 2011-2012. La población de estudio, los adultos residentes en España entre finales 2011 principios 2012. La muestra ponderada analizada corresponde a 3.843 mujeres de 45 a 69 años. Se realiza un análisis bivariado con test de significación chi-cuadrado. Las variables dependientes fueron la realización de mamografías y hacerse mamografías regulares por el programa de cribado. Las independientes: edad, clase social, situación laboral, país de origen, ámbito de procedencia rural o urbano, cobertura sanitaria y años de implantación del programa. Se estudian 17 Comunidades Autónomas (excepto Ceuta y Melilla).

Resultados: Las variables asociadas de manera significativa a una mayor realización de mamografías fueron: la clase social (clase no manual 90,2% frente 85,1% la manual), el país de nacimiento (69,1% países de Índice de Desarrollo Humano (IDH) < 0,8 frente a 88,5% países de IDH ≥ 0,8), el tipo de cobertura sanitaria y los años de implantación del programa en la CCAA. Las variables asociadas a hacerse mamografías regulares a través de un programa de cribado son también la clase social (63,8% de las mujeres de clase manual frente a 46,3% de las de clase no manual), proceder de un país de IDH ≥ 0,8 (57,1% vs 39,0%) y el tipo de cobertura sanitaria. Además, en este caso también se asociaron significativamente el estar en situación de no trabajar (61,9% frente al 47,8% de las que trabajan), y residir en un medio rural.

Conclusiones: Los resultados ponen en evidencia que siguen existiendo desigualdades sociales en la realización de prácticas preventivas tales como la realización de mamografías. Aun así, los programas poblacionales han contribuido al aumento del número de mujeres que se controlan de manera regular y sobre todo en los grupos sociales de nivel social menos favorecido. El reto que se nos abre ahora, es ser capaces de comunicar con eficacia sobre los beneficios del cribado, pero también sobre los riesgos, teniendo en cuenta además la diversidad cultural y las necesidades diversas de la población a fin de contribuir a la disminución de las desigualdades pero tomando una decisión debidamente informada.

508. YA ME HAN HECHO LA COLONOSCOPIA. ¿Y AHORA QUÉ?

G. Binefa, N. Milà, V. Guardiola, N. Valera, L. Benito, M. García, V. Moreno

Institut Català d'Oncologia-IDIBELL.

Antecedentes/Objetivos: Las personas con un test de sangre oculta en heces (TSOH) positivo y una colonoscopia basal realizada deben seguir unas indicaciones específicas en función del resultado. El cumplimiento de las colonoscopias de seguimiento dentro de los

intervalos establecidos es un indicador de calidad, que en gran medida depende del propio paciente, quién debe cuidar de su salud y responsabilizarse de una forma activa. Por ello nos planteamos analizar dicho cumplimiento, así como los conocimientos básicos que tienen los participantes en cuanto al proceso de cribado e identificar necesidades informativas.

Métodos: Encuesta telefónica a los participantes en las 3 primeras rondas del programa de cribado de CCR de L'Hospitalet con un test de sangre oculta en heces (TSOH) positivo y una colonoscopia realizada, excluyendo los casos con un diagnóstico de cáncer. La encuesta contaba con 29 preguntas relacionadas con el proceso de cribado, resultado de las colonoscopias (confirmatoria = basal y seguimiento), y de las recomendaciones a seguir. Los resultados de la encuesta se compararon con los obtenidos de la revisión de los informes de colonoscopias de toda la población de estudio.

Resultados: Del total de la población de estudio (n = 549), no pudimos localizar a 25 personas y 44 resultaron estar ya fallecidas, siendo la aceptación final del 92,5% (51,1% hombres y 48,9% mujeres, mayoritariamente casados y el 83,4% con un máximo de estudios primarios). El 2,5% respondió no haberse realizado el TSOH y el 4,2% no haberse realizado la colonoscopia. Solo el 59,3% respondieron que la colonoscopia basal era consecuencia de un TSOH anómalo (positivo) y solo el 51,3% identificó el programa de cribado como el que había indicado la colonoscopia confirmatoria. El principal motivo de no realizarse todas las colonoscopias indicadas fue la falta de aviso (61,5%). Destaca mucho la diferencia entre la información reportada a través de la encuesta de la que se obtuvo con la revisión de los informes (el 3% declaró haber tenido un adenoma en los seguimientos, pero se detectaron en más del 30%; trece personas comentaron haber tenido un diagnóstico de cáncer cuando en la revisión se encontraron solo 5). El 38,5% de los que se les diagnosticó alguna lesión en el seguimiento, afirmaron que nadie les explicó lo que tenían.

Conclusiones: La encuesta nos pone de manifiesto las carencias de información de nuestra población en relación al proceso y a las recomendaciones de seguimiento tras una colonoscopia diagnóstica. Como parte activa de su seguimiento es esencial proporcionarles información clara, concisa y con un vocabulario acorde a sus características. Por ese motivo, se ha diseñado un folleto dirigido a la población con mensajes clave.

Financiación: Estudio parcialmente financiado por el Instituto de Salud Carlos III (PI11/01593).

Desigualdades en salud I (Oral 5 minutos)

Jueves, 4 de septiembre de 2014. 09:30 a 11:00 h

Moderadora: Vicenta Escribà Agüir

130. NIVEL DE ADHERENCIA AL PROTOCOLO DE IVES EN EL CENTRO MUNICIPAL DE SALUD, CIUDAD LINEAL MADRID

N. Fernández López, M.A. Galán Rey, J. Zancada González, A.M. Martínez Simancas, M.M. Esteban Peña, S. Gerechter Fernández

Instituto de Salud Pública Madrid Salud.

Antecedentes/Objetivos: En septiembre de 2013 se hizo un análisis del perfil de las usuarias que acudían a nuestro Centro para informarse del IVE (existe un protocolo de intervención). Detectamos que era mejorable la relación de las personas que acudían posteriormente para planificación. Para ello, se planteó citar en agenda a la persona, el

mismo día que le dábamos la información. Seis meses después, hemos evaluado esta adherencia en un estudio prospectivo. Objetivos: evaluar el nivel de adherencia en la consulta de planificación familiar del Centro Municipal de Salud (CMS) de Ciudad Lineal tras una IVE que haya acudido a nuestro servicio para información.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo recogiendo en una base de datos de Excel variables socio-demográficas, y clínicas de la historia informatizada OMI. También se registró cuando vienen a pedir información del IVE y si volvían al Centro para planificación. Desde diciembre de 2011 hasta agosto de 2013 se recogieron los datos de 108 usuarias y desde entonces hasta febrero de 2014 añadimos la variable "citar en planificación" y "si acudían o no a la cita" ampliando 30 usuarias más. Elaboración con estadísticos descriptivos (medias, porcentajes) y programa estadístico Excel y SPSS 17.

Resultados: 138 usuarias acudieron a nuestro centro para pedir información de IVE. El 69,6% son extranjeras (se prioriza en atención a población vulnerable), el 73,1% no tiene pareja, el 39,9% tienen estudios de secundaria, el 25,4% tiene empleo; es estudiante el 26,8% o está en el paro el 21,7%; no constando en el resto. La media de edad es de 26 años, el 89% son mayores de 18 años, el 10,15% (14 de ellas) son menores de 18 años y 4 (2,9%) tienen 16 años o menos. El 54,3% no utilizó método anticonceptivo previo. Tras la información dada, volvieron a nuestro centro para alguna consulta el 44,9%. Para aumentar adherencia a la consulta de planificación añadimos una variable que es "citar en consulta" el día que vienen a informarse. De las 30 usuarias que han acudido en el último semestre, el 83,3% se citó en agenda para después del IVE, acudiendo el 26,7% de ellas.

Conclusiones: La proporción de personas que acuden a posteriori aunque en consonancia con otros trabajos similares, es baja, por lo que además de continuar con la estrategia de educación sanitaria en esta población de 14-15 años, es de interés el refuerzo con acciones como "la llamada de recuerdo activa" en el mes a posteriori. Las estrategias de control de embarazo se plantean como una acción de primer orden en el ámbito de la salud psicosocial de las personas y de las mujeres en particular.

103. CAUSAS SOCIOECONÓMICAS DE LA DESIGUALDAD EN LAS PROVINCIAS DE CATALUÑA

L. Serra Saurina, L. Maynou Pujolràs

Grup de Recerca en Estadística, Econometria i Salut (GRECS), Universitat de Girona; CIBER en Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP); London School of Hygiene and Tropical Medicine.

Antecedentes/Objetivos: Los objetivos principales de nuestro artículo son dos. El primero consiste en calcular el índice de Gini a nivel provincial mediante los datos comarcales de Cataluña. Este cálculo nos permite comparar la desigualdad económica entre las cuatro provincias. Asimismo, se utiliza para evaluar la incidencia de las desigualdades en salud sobre las desigualdades económicas, siendo este enfoque poco habitual en la literatura.

Métodos: Como consecuencia de la naturaleza de los datos de los que disponemos, especificamos un modelo de datos de panel de dos niveles, espacio (provincias) y tiempo (2008-2010). Nuestra variable dependiente será el índice de Gini, calculado a nivel provincial. Además se utilizan diversas variables explicativas, continuas y/o categóricas que a su vez, dependen del espacio y/o del tiempo. Las variables que consideran la desigualdad en salud son, entre otras, las tasas de mortalidad y la mortalidad por causas específicas (ej. cáncer y enfermedades cardiovasculares). Introducimos también variables de tipo económico y de educación con la finalidad de conseguir un mejor ajuste del modelo.

Resultados: Nuestros resultados muestran una mayor desigualdad económica en aquellas comarcas con ciudades grandes (mayores de 80.000 habitantes) como es el caso de Barcelona. Además se observa una incidencia significativa sobre las desigualdades económicas

cuando desagregamos por tipo de mortalidad. También vemos la existencia de variabilidad significativa entre los años estudiados y la región de interés.

Conclusiones: Este estudio muestra una incidencia de la desigualdad en salud sobre la económica, por lo tanto, nos permite identificar aquellas áreas de salud con más influencia sobre la economía. Estos resultados pueden servir de gran ayuda a los políticos locales para crear programas de salud en sus regiones.

317. DESARROLLO ECONÓMICO, MIGRACIONES Y MORTALIDAD EN ANDALUCÍA: UNA RELACIÓN A EXPLORAR

M. Bernal, A. Daponte

CIBER Epidemiología y Salud Pública; OSMAN Observatorio de Salud y Medioambiente de Andalucía.

Antecedentes/Objetivos: Atlas y estudios sobre mortalidad en España han visibilizado concentraciones de municipios con altas tasas en la Baja Andalucía desde hace más de 30 años. Hasta ahora, se han apuntado posibles factores causales, particularmente los ambientales. Sin embargo la alta mortalidad en esta zona precede al establecimiento de industrias contaminantes. El objetivo de esta comunicación es discutir la influencia de factores estructurales históricos en la alta mortalidad. Desde una perspectiva diacrónica, se estudian particularmente aspectos demográficos y de desarrollo económico en Andalucía.

Métodos: Estudio exploratorio mediante la utilización de fuentes secundarias. Se realiza una revisión bibliográfica de artículos científicos y publicaciones en temas de migración, historia económica y mortalidad en Andalucía y un análisis de censos nacionales (1991-2001) para la construcción de índices de intensidad migratoria.

Resultados: La Baja Andalucía, donde se concentra la alta mortalidad, a pesar de ser durante siglos una zona más rica económicamente (por el desarrollo de la agricultura, el comercio, la industria, etc.), cuenta con unas agudas desigualdades internas ligadas a factores estructurales e institucionales particulares, que han contribuido a que se mantengan altos niveles de pobreza y han supuesto un obstáculo para su desarrollo económico y social. A su vez, la Baja Andalucía cuenta con unas tasas de emigración relevantemente más bajas que la Alta durante el pasado siglo. Esto indica que un efecto generacional podría estar afectando a los diferentes escenarios de mortalidad entre las dos Andalucías dado que las tasas de alta mortalidad se concentran en población mayor de 65 años, es decir, en generaciones andaluzas afectadas por una fuerte emigración.

Conclusiones: Las históricas desigualdades demográficas y económicas entre la Alta y la Baja Andalucía parecen tener su reflejo en las diferentes tasas de mortalidad registradas. Para poder profundizar en las relaciones que ligan los contextos de privación económica a la mortalidad sería necesario realizar un estudio comparativo de las tasas de mortalidad y condiciones de vida de la población andaluza de mayores que emigraron y continúan viviendo fuera de Andalucía con aquellos que nunca lo hicieron.

335. CARACTERÍSTICAS DE LOS MUNICIPIOS CON ALTA MORTALIDAD EN ANDALUCÍA

A. Daponte Codina, M. Bernal Solano, P. Sánchez Villegas

Escuela Andaluza de Salud Pública; CIBER Epidemiología y Salud Pública; OSMAN Observatorio de Salud y Medioambiente de Andalucía.

Antecedentes/Objetivos: Atlas y estudios sobre mortalidad en España han visibilizado municipios con altas tasas concentrados en el sudoeste andaluz desde hace más de 30 años. Hasta ahora, se

han señalado posibles factores causales detrás del fenómeno, particularmente los factores ambientales. Este es el primer trabajo en el que se analizan las características demográficas, ambientales y socioeconómicas de los municipios que se asocian a la alta mortalidad.

Métodos: Estudio ecológico de áreas pequeñas (municipios) de mortalidad por todas las causas en hombres y mujeres. Se identificaron los municipios con una probabilidad de que el RR de mortalidad, con respecto a las tasas correspondientes españolas, fuera mayor que 1 para 3 grupos de edad (65-74, 75-84 y más de 85), en el periodo 2001 a 2010, a través del Atlas Interactivo de Andalucía (AIMA). Se calculó un score para cada municipio para el total del período, representando el número de veces que el municipio superó con una probabilidad de 0.95 la tasa española. Posteriormente, los municipios se clasificaron en tres grupos según este score: 0 (baja mortalidad), 1-19 (mortalidad media) y 20 o más (alta mortalidad). Se seleccionaron variables demográficas, socioeconómicas y ambientales de censos nacionales de 1991 y 2001 (INE), Anuario Económico de España (2001), y del Registro Europeo de Emisiones Contaminantes (EPER). Se estimó un modelo multivariante de regresión logística ordinal para cada sexo.

Resultados: Los municipios de alta mortalidad se asocian a bajas tasas de población mayor (65 años o más), (OR = 3,9 y OR = 6,7) y a bajas tasas de población mayor emigrada (OR = 3,9 y OR = 4,5) en hombres y mujeres respectivamente. Se observan diferencias según sexo. En hombres, otras variables asociadas a alta mortalidad son: tamaño del municipio, localización en Baja y Alta Andalucía, percepción de delincuencia y presencia de industria contaminante. En mujeres son: propiedad de la vivienda, percepción de ruido, altura media del edificio y vivienda con aire acondicionado.

Conclusiones: La alta mortalidad podría estar asociada a fenómenos como la urbanización, el desarrollo económico, la emigración y el envejecimiento. Los diferentes modelos y desarrollos económicos de ambas Andalucías, reflejados, entre otros, en flujos emigratorios de desigual intensidad y en el establecimiento de industrias contaminantes, pueden contribuir a explicar las tasas diferenciales de mortalidad actuales, especialmente en hombres.

360. TENDENCIA DE LA MORTALIDAD EVITABLE EN CANARIAS. 1980-2012

M. Gil Muñoz, P. Lorenzo Ruano, S. Trujillo Alemán

Servicio Canario de la Salud/Dirección General de Salud Pública.

Antecedentes/Objetivos: Se entiende por mortalidad evitable aquella que podría impedirse con los tratamientos médicos oportunos, medidas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, acciones encaminadas a disminuir factores de riesgo y políticas que se orientan a mejorar las condiciones de salud de una población. Por ello, ha sido propuesta y utilizada por varios autores como criterio para evaluar políticas sanitarias. El objetivo es analizar la tendencia de la mortalidad evitable en Canarias en el periodo 1980-2012.

Métodos: Las causas y los grupos de edad seleccionados son los propuestos por el Grupo de Consenso sobre la mortalidad evitable (ME), agrupadas en causas susceptibles de intervención por los servicios de asistencia sanitaria (ISAS) y por políticas sanitarias intersectoriales (IPSI). El indicador utilizado es la tasa de mortalidad estandarizada, tomando como población estándar la europea (teórica). Para el análisis de las tendencias se utiliza un modelo de regresión joinpoint, que identifica el momento en que se producen cambios significativos ($p < 0,05$) y su magnitud (PCA: % cambio anual).

Resultados: En Canarias, durante el período de estudio se producen 85295 defunciones evitables, lo que supone el 23,3% de la mortalidad general. El 67% de estas muertes evitables se atribuyen a los hombres. El 58,2% de estas muertes evitables se deben a causas ISAS y el 41,8% a IPSI. En los hombres, las muertes se reparten por igual entre ambos grupos de causas; en las mujeres, el 74,2% se deben a causas ISAS y el 25,8% a causas IPSI. En ambos sexos, la tendencia de la ME, ISAS e IPSI es descendente. En los hombres, el PCA en la ME es del -1,6% en el periodo 1980-2000 y -4,2% en 2000-12, superiores a los de la mortalidad general; en las ISAS es del -3,5% en 1980-91 y -6,3% en 2002-12; y en las IPSI es del -2,4% en 1995-2012. En las mujeres, el PCA en la ME es del -2,5% en 1980-2008 y -5,1% en 2008-12, también superiores a los de la mortalidad general; en las ISAS es del -2,7% en 1980-99 y -4,6% en 1999-2012; y en las IPSI es del -2,2% en 1980-93.

Conclusiones: Siendo favorable el descenso de la mortalidad evitable a lo largo del periodo y de su importancia relativa en relación a la mortalidad general, lo que indica una mejora en las políticas sanitarias, no obstante habría que seguir insistiendo en desarrollar medidas dirigidas a disminuir la mortalidad evitable por asistencia sanitaria en las mujeres y las evitables por políticas sanitarias intersectoriales en los hombres.

363. SALUD Y UTILIZACIÓN DE SERVICIOS EN CANTABRIA

M.D. Prieto Salceda, O. Pérez González, M.S. Blanco Incera, L.M. López López, B. Porras González, R. Pesquera Cabezas, M.V. Sanchón Macías

Observatorio de Salud Pública de Cantabria; Escuela de Enfermería-UNICAN.

Antecedentes/Objetivos: La Encuesta Nacional de Salud de España ENSE permite conocer aspectos de la salud de los ciudadanos, a nivel nacional y autonómico, no disponibles a partir de otras fuentes. Frente a los indicadores objetivos de salud, la percepción de la salud, obtenida a través de las impresiones del individuo, refleja la contribución de distintos factores, sociales, ambientales y de estilos de vida que van más allá del sistema sanitario. Objetivo: descripción del estado de la salud y la utilización de servicios en Cantabria.

Métodos: Estudio transversal. Análisis de los datos para Cantabria de la ENSE 2011/12, encuesta representativa a nivel nacional y de las CCAA. Población: residentes no institucionalizados en Cantabria (n = 921). Variables analizadas: salud percibida, limitación actividad habitual en los últimos 6 meses y utilización de servicios (visitas a la consulta médica, de enfermería, urgencias y hospitalización). Análisis descriptivo por sexo, estimación puntual e IC95% y comparación de resultados con encuesta realizada en 2006.

Resultados: El 77,4% de la población de Cantabria percibe su salud como bueno o muy bueno, cifra algo superior a la media nacional (75,3%) y se han reducido con respecto a la encuesta del 2006 las diferencias por sexo. Un 11,7% ha visto limitada su actividad (3,6% de forma grave), aunque no de forma significativa con mayor frecuencia las mujeres (13,7%) que los hombres (9,6%). Estos porcentajes son inferiores a la media nacional, especialmente entre las mujeres (21,0% y 14,2%). Se observa un descenso en la limitación (11,7%) con respecto a la encuesta anterior (15,2%), aunque se ha producido un aumento del porcentaje de gravemente limitadas (1,5% en 2006 frente a 3,6% en 2011/12). El 78,3% ha pasado por la consulta médica al menos una vez al año y el 3,8% por la de enfermería, por debajo de la media en España (14,2%). Un 24,3% ha pasado por urgencias y un 7,5% ha ingresado. No se evidencian diferencias destacables en el análisis por sexo en la utilización de los servicios.

Conclusiones: Cantabria se encuentra por encima de la media nacional en la percepción de una salud positiva y por debajo respecto a la limitación, acompañado de una baja frecuentación a los servicios

sanitarios. En ningún servicio se observan diferencias con respecto a la encuesta previa. Llama la atención la baja frecuentación a las consultas de enfermería en relación con las consultas médicas. No se evidencian las diferencias por sexo observadas en la encuesta anterior.

367. PREECLAMPSIA GRAVE Y ECLAMPSIA EN EL PARTO: MAGNITUD Y DETERMINANTES

R. Mas-Pons, J.V. Carmona, E. Moya, F. Gil, O. Zurriaga, C. Barona-Vilar

Direcció General de Salut Pública; Hospital Francesc de Borja; Hospital de La Plana; Hospital de Manises; Conselleria de Sanitat, Valencia.

Antecedentes/Objetivos: Los trastornos hipertensivos asociados al embarazo constituyen una de las principales causas de morbilidad grave y mortalidad materna prevenibles en los países desarrollados. El objetivo ha sido estimar la magnitud de preeclampsia grave y eclampsia en las mujeres que han tenido un hijo, en la Comunitat Valenciana (CV), en el periodo 2006-2010, y su relación con factores sociodemográficos y obstétricos.

Métodos: Estudio descriptivo en el que se analizan los partos atendidos en hospitales públicos de la CV. La población de estudio son las mujeres en edad fértil, que han estado embarazadas y cuyo parto se produjo entre 1/1/2006 y 31/12/2010. Las fuentes de información utilizadas han sido el Conjunto Mínimo Básico de Datos y el Sistema de Información Poblacional (tarjeta sanitaria). Se ha considerado como caso todo registro que, en el diagnóstico principal o secundarios, incluyese los códigos 642.6 (eclampsia) o 642.5 (preeclampsia grave) de la Clasificación Internacional de Enfermedades, 9ª revisión, Modificación Clínica. Se han analizado variables sociodemográficas (edad y país de nacimiento de la mujer) y obstétricas (embarazo múltiple, edad gestacional, parto vaginal o cesárea), así como, otros procesos patológicos graves asociados al parto. Se han calculado odds ratio ajustadas (ORa) e intervalos de confianza al 95% (IC95%).

Resultados: En el periodo de estudio se atendieron 198.878 partos. El 3,9% de las madres tenían < 20 años y un 21,6% más de 34 años. Un 29,7% de las mujeres eran extranjeras y un 1,9% de partos fueron múltiples. Se identificaron 604 casos de preeclampsia grave/eclampsia (3,0 por mil partos). De ellos, 39 (6,5%) presentaron una o más complicaciones graves asociadas, siendo las más frecuentes la insuficiencia renal aguda, enfermedad cerebrovascular e insuficiencia respiratoria. En 3 casos se produjo la muerte de la gestante y en 25 partos el resultado fue un mortinato. El riesgo de preeclampsia grave/eclampsia fue superior en las mujeres de < 20 años (ORa: 1,55; IC95%: 1,09-2,22) y en las de ≥ 35 años (ORa: 1,27; IC95%: 1,05-1,54), en gestaciones múltiples (ORa: 4,63; IC95%: 3,42-6,27) y en las gestantes subsaharianas (ORa: 4,42; IC95%: 2,98-6,56) y latinoamericanas (ORa: 2,26; IC95%: 1,81-2,81).

Conclusiones: Se evidencia mayor riesgo de preeclampsia grave y eclampsia en las madres con edades extremas, en embarazos múltiples y en gestantes inmigrantes, en especial mujeres subsaharianas y latinoamericanas. Es fundamental que el sistema sanitario realice una vigilancia específica a los grupos identificados en situación de especial vulnerabilidad en salud perinatal.

Financiación: Instituto de Salud Carlos III (PI 11/01016).

407. DESIGUALDADES DE LA MORTALIDAD EVITABLE EN LAS ÁREAS SANITARIAS DE CANARIAS. 1980-2012

M. Gil Muñoz, P. Lorenzo Ruano, S. Trujillo Alemán

Servicio Canario de la Salud/Dirección General de Salud Pública.

Antecedentes/Objetivos: El concepto de mortalidad evitable (ME) se basa en que, al disponer de intervenciones efectivas para poder evitarlas, no deberían producirse algunas causas de muer-

te para determinados grupos de edad. Por ello, es un buen indicador para detectar el efecto de las intervenciones sanitarias sobre la salud de la población en distintas zonas geográficas. El objetivo es describir las desigualdades de la ME entre las Áreas Sanitarias de Canarias.

Métodos: Las causas son las propuestas por el Grupo de Consenso sobre la ME, agrupadas en las susceptibles de intervención por los servicios de asistencia sanitaria (ISAS) y por políticas sanitarias intersectoriales (IPSI). Los periodos para el cálculo de las RME son 1980-84 (I), 1985-89 (II), 1990-94 (III), 1995-99 (IV), 2000-04 (V) y 2005-09 (VI) y 2010-12 (VII), tomando como estándar la mortalidad de Canarias para cada uno de los periodos y sexo. La significación estadística se valora a partir de los intervalos de confianza (95%).

Resultados: La ME presenta sobremortalidad en las Áreas Sanitarias de G. Canaria (todos los periodos, excepto el VI), Lanzarote (todos, excepto en el último) y Fuerteventura (I, IV-V) en los hombres; y en G. Canaria (I-V) y Lanzarote (V) en las mujeres. La infamortalidad se detecta en Tenerife (II-V), Fuerteventura (VII), La Palma (todos, excepto el último), La Gomera (I-II, IV) y El Hierro (todos) en los hombres; y en Tenerife (II-IV), Fuerteventura (I, III, VI), La Palma (I-V), La Gomera (IV) y El Hierro (todos, excepto el último) en las mujeres. Las ISAS presentan sobremortalidad en G. Canaria (todos, excepto el IV) y Lanzarote (IV-V) en los hombres; y sólo en G. Canaria (todos) en las mujeres. La infamortalidad se detecta en Fuerteventura (I) y La Palma (todos, excepto el último), La Gomera (I, IV, VI), El Hierro (I-II, IV, VI) en los hombres; y en Tenerife (I-IV), Fuerteventura (I, IV, VI), La Palma (I-V), La Gomera (IV, VI) y El Hierro (I-III) en las mujeres. Las IPSI presentan sobremortalidad en G. Canaria (III, V), Tenerife (I), Lanzarote (todos, excepto el último) y Fuerteventura (I-V) en los hombres; y en Lanzarote (III-V), Fuerteventura (IV-V) y La Palma (VII) en las mujeres. La infamortalidad se detecta en Tenerife (III-V), Fuerteventura (VII), La Palma (I-IV, VI) y La Gomera (II) en los hombres; y en Fuerteventura (VI) y La Palma (I, III) en las mujeres.

Conclusiones: Las Áreas Sanitarias de la Islas Orientales, fundamentalmente Gran Canaria y Lanzarote, presentan un exceso de mortalidad evitable, por lo que tendrían que implementarse políticas sanitarias más efectivas dirigidas a la mejora de los servicios sanitarios y a otros sectores relacionados con la salud, con el fin de reducir las diferencias entre las distintas Áreas Sanitarias.

628. USO DE SERVICIOS DE SALUD BUCAL Y AUTOPERCEPCIÓN EN UN GRUPO DE ESCOLARES DE MEDELLÍN-COLOMBIA

E.J. Meneses-Gómez, A.M. Vivares-Builes

Fundación Universitaria Autónoma de las Américas.

Antecedentes/Objetivos: En Colombia el último Estudio Nacional de Salud Bucal, mostro que la población no usaba los servicios de salud bucal por la falta de dinero, dificultad en el acceso, deficiencia en la oportunidad y organización de los servicios. El objetivo de este estudio es describir uso de servicios de salud bucal y autopercepción en un grupo de escolares de la ciudad de Medellín-Colombia.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo transversal, en una muestra a conveniencia de 690 escolares. Se aplicó una encuesta estructurada. Se evaluaron, edad, sexo, autopercepción en salud bucal y el número de visitas al odontólogo en el último año; estrato socioeconómico, régimen de Afiliación al sistema de salud, las dos últimas se obtuvieron a través de fichas de matrícula. Se realizaron análisis uni y bivariados; promedios, frecuencias absolutas y relativas, pruebas no paramétricas de chi cuadrado (P) para diferencia de proporciones y observar la significación estadística entre variables. La investigación cumplió con los requisitos éticos (Resolución 008430-Colombia), contó con Asentimiento y Consentimiento Informado, protección de la identidad y la veracidad de información.

Resultados: El promedio de edad fue de 8,49 DE 8,36-8,64. 340 (49,3%) son mujeres y 350 (50,7%) hombres. 341 (49,4%) pertenecen al régimen Subsidiado y 180 (26,1%) al Contributivo. 180 (26,1%) son de estrato socioeconómico 1 y 242 (53,1%) estrato 2. 575 (83,3%) refirieron percepción favorable de salud bucal; 251 (36,4%) refirieron haber asistido una vez al odontólogo y 206 (26,9%) refieren no haber asistido nunca. En relación a la autopercepción y otras variables, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas por estrato socioeconómico ($p = 0,631$), régimen de afiliación ($p = 0,545$) y uso de los servicios de salud bucal ($p = 0,899$). El análisis por sexos mostro diferencias con percepción más favorable en hombres ($p = 0,021$). No se encontraron diferencias en relación al uso de servicios de salud bucal en el último año y el estrato socioeconómico ($p = 0,106$), régimen de afiliación ($p = 0,278$), ni entre sexos ($p = 0,568$).

Conclusiones: La mayoría de los escolares de este grupo han asistido por lo menos una vez al odontólogo en el último año. La autopercepción fue más favorable en los hombres que en las mujeres. Los resultados de este estudio deben ser interpretados con cautela, ya que se requieren estudios en otros grupos de escolares de la ciudad. Es importante complementar con enfoques cualitativos que favorezcan la expresión e interacción con los menores. Por último se debe profundizar en los análisis de autopercepción y de barreras de acceso.

740. INFLUENCIA DEL NIVEL EDUCATIVO Y LA CLASE SOCIAL EN LAS PRINCIPALES VARIABLES REPRODUCTIVAS ASOCIADAS CON EL CÁNCER DE MAMA EN MUJERES ESPAÑOLAS (ESTUDIO DDM-SPAIN)

M. Marín, M.A. Sierra, C. Santamarina, C. Pedraz, P. Moreo, M. García-López, P. Lucas, M. Lanza, M. Pollán, et al

CNE-ISCIII; Programa de Detección Precoz de Cáncer de Mama.

Antecedentes/Objetivos: Tener el primer hijo antes de los 20 disminuye la probabilidad de desarrollar un cáncer de mama, mientras que la nuliparidad y la paridad tardía son importantes factores de riesgo. Nuestro objetivo es cuantificar la prevalencia de estos 3 factores reproductivos en mujeres que acuden a programas de cribado y su relación con variables sociodemográficas.

Métodos: El estudio transversal DDM-Spain incluyó 3574 mujeres participantes en centros de cribado de 7 CCAA. Se consideran 3 variables resultado: paridad precoz (edad 1^{er} parto < 20), nuliparidad y paridad tardía (edad 1^{er} parto ≥ 30). Las variables explicativas fueron: cohorte de nacimiento (1939-1945, 1946-1955 y 1956-1963), nivel educativo (primaria, secundaria, bachillerato o FP, y estudios universitarios), clase social autorreferida (4 niveles), tamaño del municipio de residencia y área geográfica. Se compararon proporciones con el test de chi cuadrado. Se utilizó una regresión multinomial para cuantificar el efecto de las variables explicativas sobre las 3 características reproductivas en un mismo modelo.

Resultados: Sólo un 4% de las mujeres refirieron haber tenido su primer hijo antes de los 20 años, aunque este porcentaje fue del 10% en las mujeres de menor clase social y del 7% en las nacidas después de 1955. El análisis multivariante mostro una asociación negativa con el nivel de estudios (OR_{univ} = 0,30, IC95% = 0,11-0,79) y positiva con la cohorte de nacimiento (OR > 1955 = 4,37, IC95% = 2,48-7,72) y menor clase social (OR = 3,26, IC95% = 1,07-9,90). Un 9% de las mujeres eran nulíparas. Este porcentaje alcanzó un 23% entre las universitarias y un 13% en las de menor clase social. El análisis multivariante confirmó la asociación con mayor nivel de estudios (OR = 7,14, IC95% = 4,80-10,6), y con menor clase social (OR = 2,76, IC95% = 1,02-7,49). No se observaron diferencias en función de la cohorte de nacimiento. Finalmente, un 13% de las mujeres tuvieron

su 1er hijo tras haber cumplido los 30. Este porcentaje superó el 20% en la generación más reciente, en las universitarias y en aquellas de mayor clase social. El análisis multivariante confirmó el retraso en la maternidad en las mujeres con mayor nivel de estudios (OR = 3,30, IC95% = 2,31-4,72) y en las generaciones más jóvenes (OR = 1,56, IC95% = 1,12-2,18), desapareciendo la asociación con el nivel socio-económico.

Conclusiones: Una de cada 5 mujeres del estudio presenta un patrón reproductivo desfavorable frente al riesgo de cáncer de mama. El nivel educativo es la principal característica asociada con este patrón.

Financiación: FIS: PI060386 & PS09/00790.

756. DISCAPACIDAD, LEY DE DEPENDENCIA Y USO DE SERVICIOS SOCIALES

J. Almazán-Isla, J. Damián, M. Comín-Comín, E. Alcalde-Cabero, C. Ruiz, E. Franco, R.G. Magallón, L.A. Larrosa-Montañés, J. de Pedro-Cuesta

C.N. Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III, CIBERNED; Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Zaragoza; Departamento de Servicios Sociales y Familia, Comunidad Autónoma de Aragón.

Antecedentes/Objetivos: En la comarca de Cinco Villas (CV), Zaragoza se llevo a cabo, entre 1.216 residentes de ≥ 50 años en 2008-2009, una encuesta puerta a puerta de discapacidad prevalente y uso de servicios sociales el objetivo es describir los vínculos entre discapacidad y uso de servicios sociales incluyendo la valoración oficial de la dependencia contemplada en la ley 39/2006.

Métodos: En 625 personas positivas a cribado de discapacidad residentes en hogares o institucionalizados de la comarca de Cinco Villas (Almazán et al 2013) se estudiaron mediante regresión logística las relaciones entre discapacidad, variables personales incluyendo comorbilidad y grado de dependencia (GD), obtenido independientemente, y el uso de ayuda domiciliaria o cuidados residenciales financiados o no con fondos públicos, calculando Fracciones Etiológicas (FE) para GD.

Resultados: A 67 de 111 solicitantes fueron asignados GDs: I, 10; II, 17; III, 40; y a 7 no se asignó GD alguno. A una persona con GD-II y 29 con GD-III se les concedieron prestaciones. Entre los evaluados con GD las proporciones con discapacidad severa/completa o dependencia extrema (GD-III) fueron similares. La prevalencia de usuarios de cuidados a largo plazo basada en 163 usuarios, fue del 13% total (9,3% ayuda domiciliaria/cdía y 4,1% servicios residenciales) proporcionada en el 6,0% (4,3% y 1,7%) respectivamente por proveedores de mercado, en el 2,5% (1,4% y 1,1%) como prestaciones por la ley de dependencia, y el 4,9%, (3,6% y 1,3%) con otras ayudas públicas. En los modelos la dependencia se asociaba a edad en años (OR = 1,05), puntuación en WHODAS-36 (OR = 1,08) a cuidados residenciales (ORs 1,80, 8,60 y 12,3 para GDs I, II y III respectivamente, FE 36,2%), cuidados residenciales con financiación pública (GD III OR 41,18, FE 39,4%), a cuidador informal declarado (OR 4,5, 7,5, 11,0 para GDs I, II y III) y a cuidador informal financiado con fondos públicos (OR 36,6 y 23,3 para GDs II y III, FE 83,2%). El 55% de la muestra con discapacidad grave/completa, 43 personas, no usaban ningún tipo de servicio incluyendo el de valoración de su dependencia y 17 no tenían cuidador.

Conclusiones: El estado de bienestar descrito en CV es similar a los europeos más establecidos, pero la proporción financiada a cargo del erario público es menor. La ley 39/2006 tuvo impacto en la consolidación de los cuidados en el hogar no profesionales y los residenciales. La alta prevalencia de población gravemente discapacitada no usuaria de servicios sugiere la necesidad de vigilar la discapacidad grave no atendida.

Financiación: FIS PI06/1098 y PI07/90206.

758. NIVEL EDUCATIVO EN EL MULTICASOS-CONTROL SPAIN: DIFERENTES PROPUESTAS DE CATEGORIZACIÓN

R. Peiró, M. Vanaclocha, A. Molina, J.J. Jiménez Monleón, T. Fernández-Villa, J. Altxibar, G. Castaño Vinyals, V. López, J. Alguacil por MCC_Spain, et al

FISABIO; Universidad de Granada; Universidad de León; SP Guipuzcoa; CREAL; ISCH; Universidad de Huelva; CIBERESP.

Antecedentes/Objetivos: MCC_Spain es un estudio Multi Caso-Control de casos incidentes y base poblacional, enfocado al análisis de exposiciones medioambientales y su interacción genética en el desarrollo de cáncer colorrectal, gástrico, mama, próstata y leucemia. El análisis del nivel educativo (NE), permitirá analizar su efecto independiente en el desarrollo de cáncer. Pero también es necesario valorar cuál es la mejor categorización para utilizar el NE como variable de ajuste. El objetivo es describir la variable NE en el estudio del MCC_Spain según las categorizaciones propuestas en: Sociedad Española de Epidemiología (SEE), encuestas de salud (ES) y una específica (MCC).

Métodos: 5.172 casos de cáncer y 4.792 controles. La variable NE se recogió en el cuestionario con la pregunta ¿Cuál es el NE mayor alcanzado?: (1) No sabe leer ni escribir (2) Sin estudios, sabe leer (3) Primarios incompletos (4) Primarios completos (5) FP (6) Bachiller o BUP o COU (7) Universidad. Las categorizaciones de comparación son: la SEE (1+2, 3+4, 5, 6, 7), la de ES (1+2, 3+4, 5+6, 7) y la de MCC (1+2+3, 4, 5+6, 7). Para cada propuesta de categorización se realizó un análisis descriptivo, un análisis bivariante y un análisis de regresión calculando las OR para ver la asociación entre el NE y cada tipo de cáncer, para el total y por sexo, ajustando por edad y área geográfica.

Resultados: El 8,02% de hombres y 7,51% de mujeres pertenece a la categoría de NE más bajo (1+2) de la SEE y de la ES, el 23,82% de hombres y 21,78% de mujeres en la categoría (1+2+3) de MCC. El análisis de regresión por NE, para el cáncer colorectal (ref NE universitario), según categorización SEE y ES muestra que, para los hombres, hay un gradiente que va incrementando las diferencias hasta una OR = 3,46 (2,51-4,79) para el NE más bajo. La propuesta MCC tiene un gradiente menor, siendo la OR = 2,85 (2,22-3,67) para el NE más bajo. En las mujeres, según la categorización SEE y ES hay un gradiente que va incrementando las diferencias hasta una OR = 1,95 (1,29-2,92) para el NE más bajo. La propuesta MCC tiene un gradiente menor, siendo la OR = 1,79 (1,28-2,51) para el NE más bajo. Para los otros cánceres se dan gradientes similares.

Conclusiones: Las propuestas analizadas muestran un gradiente de asociación entre el NE y el cáncer estudiado, siendo este menor en las mujeres. La propuesta MCC muestra un gradiente menor, pero la cantidad de personas en cada categoría es más homogénea, lo que la hace más útil para ser usada como variable de ajuste. Los controles tienen un nivel educativo superior a los casos posiblemente debido al método de reclutamiento (voluntario).

Financiación: PI08/0533, PI08/1770, PI09/1903 CIBERESP.

194. FACTORES ASOCIADOS AL ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN ESPAÑA: ESTUDIO DE UNA COHORTE

M. Villar-Vidal, L. Santa Marina, P. Amiano, M. Murcia, F. Ballester, J. Júlvez, D. Romaguera-Bosch, A. Tardón, J. Ibarluzea

Instituto Biodonostia, Subdirección Salud Pública; CIBER de Epidemiología y Salud Pública; Fundación para el Fomento de la Investigación Sanitaria y Biomédica de la Comunitat Valenciana (FISABIO), Universidad de Valencia; Hospital del Mar Research Institute; Hospital Son Espases; Universidad de Oviedo.

Antecedentes/Objetivos: En este trabajo hemos considerado estudiar las razones por las que las madres deciden introducir alimentación artificial (fórmula o biberón con leche no materna) cuando

previamente han dado lactancia exclusiva (LME) Objetivo: analizar la asociación entre los factores sociales, estilo de vida y el cese de la lactancia materna.

Métodos: La población de estudio son 2196 mujeres del estudio multicéntrico de cohortes INMA – Infancia y Medio Ambiente – de Asturias, Gipuzkoa, Sabadell y Valencia. La asociación entre estas variables y el riesgo de interrupción de la LME fue analizada por regresión logística en modelos multivariantes. Se analizaron los datos a las 16 semanas (duración de la baja maternal) y a las 26 semanas según recomendación de la OMS.

Resultados: El cuestionario del tercer trimestre de embarazo reflejó que un 94,3% de las mujeres tenía intención de lactar de forma exclusiva. Sin embargo, al alta hospitalaria este porcentaje fue del 85,3%. Un 54,1% continuó las primeras 16 semanas y solo un 8,4% continuó la LME a las 26 semanas. Durante este periodo un 86% de los lactantes recibieron fórmula en algún momento. El mayor descenso de LME se dio a partir de la semana 16, coincidiendo con la baja maternal. En las 16 primeras semanas después del parto el abandono de la LME fue mayor entre las mujeres más jóvenes y que tuvieron parto instrumental o cesárea (OR 1,26, IC95%: 0,99-1,61 y OR 1,50, IC95%: 1,16-1,93). A las 26 semanas los factores que se asociaron con un riesgo menor de abandono de lactancia exclusiva fueron: No haber tenido complicaciones en embarazo actual (OR 0,73; IC95% 0,57-0,94), tener uno o más hijos (OR 0,70, IC95% 0,57-0,85 y OR 0,79, IC95% 0,53-1,17, respectivamente), tener estudios universitarios (OR 0,58, IC95% 0,54-0,62) y pertenecer a una clase social no manual (OR 0,79; IC95%: 0,57-0,84). Las fumadoras fueron el grupo de mujeres con mayor riesgo de abandono de la lactancia (OR: 2,07, IC95%: 1,16-3,72).

Conclusiones: En este estudio hemos detectado un mayor riesgo de abandono de la LME relacionado con la edad, con el nivel educativo y con hábitos de vida saludables. El mayor descenso en cese de LME se dio a partir de la semana 16, coincidiendo con la reincorporación laboral. Una correcta educación prenatal a través de los programas de salud pública podría influir positivamente en la calidad y duración de la LME.

192. INFLUENCIA DEL APOYO SOCIAL EN LA PERCEPCIÓN DE LA SALUD

I.F. León Espinosa, M.M. Melero García, R. Ferrer Extrems, V. Marcos Cabero

Hospital General Universitario de Valencia.

Antecedentes/Objetivos: Desde la perspectiva psicosocial de la salud propuesto por la OMS, el enfoque positivo de la misma constituye el modelo para que las personas aumenten el control sobre su salud y la mejoren. Diversos estudios analizan los factores que influyen en la percepción de la salud, entre otros, el apoyo social. Un buen instrumento para monitorizar este efecto es la encuesta de salud de base poblacional. Objetivo: determinar si existe relación entre el apoyo social y estado de salud autopercebido.

Métodos: Estudio transversal. Fuente de información: Encuesta de Salud Comunidad Valenciana, 2010. Muestra 3479 personas. Utilizamos cuestionarios validados. Variables analizadas: sociodemográficas, estado de salud autopercebido, apoyo social (Duke UNC-11), Salud mental (Cuestionario de Salud General de Goldberg CHQ-12). Para determinar la frecuencia se utilizó el porcentaje y los intervalos de confianza al 95%. Para estudiar la relación entre estado de salud autopercebida y el resto de variables se utilizó la prueba de chi cuadrado, considerando la significación estadística con un valor de $p < 0,05$.

Resultados: Distribución por sexo, mujeres el 50,4% y el 49,6% hombres. La edad se distribuyó en grupos, más de la mitad eran ma-

yores de 45 años. Por nivel de estudios primarios o sin estudios un 44,8%, secundarios 32,8% y 22,4% universitarios. El índice de ocupación: 41,9% trabaja, sin trabajo 58,1%. La percepción de la salud fue buena en 72,9% y mala en el 27,1%. El apoyo social es bueno en el 78,6%. Presentaban buena salud mental el 74,7%. Al analizar la percepción de la salud con otras variables encontramos que las mujeres la perciben peor ($p < 0,00$) y este gradiente aumenta con la edad. Las personas con estudios universitarios perciben mejor su salud aunque en las mujeres estar relación no es significativa. El índice de ocupación se asocia con mejor percepción de la salud ($p < 0,00$). Tener buen apoyo social influye positivamente en la percepción de la salud ($p < 0,00$). Una buena salud mental se asocia a mejor percepción de la salud ($p < 0,00$).

Conclusiones: Existe relación positiva entre la percepción de la salud y buen apoyo social en ambos sexos. En las mujeres la percepción de la salud es peor aumentando con la edad.

40. ANÁLISIS ESPACIO-TEMPORAL DE LA DELINCUENCIA EN EL ÁREA METROPOLITANA DE BARCELONA

L. Serra, M. Sáez, G. Renart, C. Saurina

Grup de Recerca en Estadística, Econometria i Salut (GRECS), Universitat de Girona; CIBER en Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP).

Antecedentes/Objetivos: Existe ya cierta evidencia en que la delincuencia es considerada un problema de salud pública. De hecho, se argumenta que provoca un aumento de enfermedades cardiovasculares, estrés y depresión y, dependiendo del estatus socio-económico, detrimento de la convivencia familiar y bajo rendimiento escolar y laboral. Se considera que la intervención efectiva a este problema debe centrarse en la prevención basada en la evidencia científica. Nuestro objetivo en este trabajo es evaluar el riesgo de sufrir un delito tanto en la dimensión espacial como en la temporal.

Métodos: Este trabajo analiza la ocurrencia espacio-temporal de delitos en las diferentes áreas básicas policiales del área metropolitana de Barcelona entre 2010-2013 basándose en el modelo de Log-Cox. En particular, el análisis focaliza en los robos domésticos. Se plantea un modelo espacio temporal mixto con dos niveles que incluye covariables espaciales, como el número de residencias por ABP, características urbanas y nivel económico de sus habitantes. Asimismo, el modelo controla la heterogeneidad, la dependencia espacial, la dependencia temporal y la extra variabilidad. La temporalidad es muy importante no tanto a nivel anual como a una escala menor, semanal o diario ya que la intensidad o la media de los robos tiene un comportamiento oscilatorio periódico. Los modelos se estiman utilizando la inferencia Bayesiana por campos gaussianos aleatorios de Markov mediante el algoritmo INLA.

Resultados: Los robos domésticos se localizan en el tiempo y el espacio formando los llamados "puntos calientes" de aumento de la actividad criminal. La heterogeneidad espacial es insuficiente para explicar las variaciones temporales en la recurrencia del crimen. Por el contrario, la aparición de puntos calientes está vinculada a repetir la victimización: un delincuente con éxito es más probable que reincida en el mismo lugar o en sus cercanías. También se ha observado una fuerte correlación entre el número de robos y el número de población y con las características urbanas del espacio. Finalmente el riesgo relativo de ocurrencia de robo está directamente relacionado entre zonas similares.

Conclusiones: La metodología utilizada ha permitido construir gráficos que proporcionan aquellas áreas con mayor probabilidad de sufrir robos domésticos. Además, hemos demostrado que existe una interacción espacio-tiempo relevante. Todo ello nos lleva a una mejora de la predicción del riesgo de robo y puede contribuir a la prevención y gestión de la delincuencia, que no ocurre por azar ni en el espacio ni en el tiempo.

198. PREVALENCIA, MOTIVOS ASOCIADOS A LA DURACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA DURANTE LOS 6 PRIMEROS MESES EN LA COHORTE INMA DE GIPUZKOA

M. Oribe, A. Lertxundi, M. Villar-Vidal, M. Basterrechea, L. Santa Marina, H. Beguiristain, M. Dorronsoro, P. Amiano, J. Ibarluzea

Instituto de investigación Sanitaria, BIODONOSTIA; Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, UPV/EHU; Consorcio de Investigación Biomédica de Epidemiología y Salud Pública CIBERESP.

Antecedentes/Objetivos: Los objetivos del estudio son determinar la prevalencia de la lactancia materna exclusiva (LME) en los 6 primeros meses de vida del bebé, conocer las razones por las cuales las madres abandonan la LME, e identificar los factores sociodemográficos que influyen en este abandono. Datos provenientes de la cohorte de Guipúzcoa, que participa en el proyecto INMA.

Métodos: Se recogieron las variables referentes a la madre, la lactancia y el bebé, en una muestra de 638 mujeres e hijos/as. Para el análisis estadístico se calcularon las prevalencias de LME durante los 6 primeros meses, se estudiaron las razones de abandono y se determinaron los factores sociodemográficos influyentes mediante dos regresiones multivariantes.

Resultados: La prevalencia de LME al alta hospitalaria fue de 84,8%, a los 3 meses de 62,5% y a los 6 meses de 15,4%. La razón de abandono de LME más frecuente fue la laboral (31,1%), seguida por la hipogalactia o leche insuficiente (19,4%). Los motivos más tempranos fueron: los problemas de lactancia (1 mes), la escasa ganancia de peso y la hipogalactia (2 meses). El profesional sanitario aconsejó cuando el motivo era la escasa ganancia de peso (70,8%); mientras que en los problemas de lactancia y la hipogalactia, lo decidió la propia madre en un 84,2% y un 65,1%, respectivamente. Los factores que influyeron en el abandono de la LME en la etapa temprana (nacimiento-4 meses) fueron: no tener decidido el tipo de lactancia que se iba a dar, ser de clase social baja (manual), madre primípara y tener una residencia diferente. En la etapa tardía (4-6 meses), influyó el tiempo de baja por maternidad.

Conclusiones: Las razones problemas de lactancia e hipogalactia dan lugar a abandonos tempranos y son decisiones tomadas por las propias madres. Estos abandonos se podrían prevenir enseñando a las madres el manejo correcto de amamante y dándoles información sobre el tema para que así se sientan más seguras de sí mismas. Sobre todo a las primerizas, que son las más vulnerables en este periodo. En cuanto a la etapa tardía, el problema llega con la reincorporación al trabajo. Habría que aplicar diferentes medidas con el objetivo de facilitar la compaginación de la vida laboral con la lactancia.

105. COMPARACIÓN DE LAS APLICACIONES DE GOOGLE YAHOO PARA LA GEOCODIFICACIÓN DE DIRECCIONES POSTALES CON FINES EPIDEMIOLÓGICOS

J.A. Quesada, A. Nolasco, J. Moncho

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

Antecedentes/Objetivos: Geocodificar es asignar coordenadas geográficas a puntos del espacio, frecuentemente direcciones postales. El error cometido al aplicar este proceso puede introducir un sesgo en las estimaciones de modelos espacio-temporales en estudios epidemiológicos. No se han encontrado estudios que midan este error en ciudades españolas. El objetivo es evaluar los errores

en magnitud y direccionalidad de dos recursos gratuitos (Google y Yahoo) respecto a GPS en dos ciudades de España.

Métodos: Se geocodificaron 30 direcciones aleatorias con los dos recursos citados y con GPS en Santa Pola (Alicante) y en Alicante. Se calculó la mediana y su IC95% del error en metros entre los recursos y GPS, para el total y por el status reportado. Se evaluó la direccionalidad del error calculando el cuadrante de localización y aplicando un test Chi-Cuadrado. Se evaluó el error del GPS midiendo 11 direcciones dos veces en un intervalo de 4 días.

Resultados: La mediana del error total desde Google-GPS fue de 23,2 metros (16,0-32,2) para Santa Pola y 21,4 metros (14,9-31,1) en Alicante. Para Yahoo fue de 136,0 (19,2-318,5) para Santa Pola y 23,8 (13,6-29,2) para Alicante. Por status, se geocodificó entre un 73% y 90% como 'exactas o interpoladas' (menor error), tanto Google como Yahoo tuvieron una mediana del error de entre 19 y 22 metros en las dos ciudades. El error del GPS fue de 13,8 (6,7-17,8) metros. No se detectó direccionalidad.

Conclusiones: El error de Google es asumible y estable en las dos ciudades, siendo un recurso fiable para geocodificar direcciones postales en España en estudios epidemiológicos.

144. LAS MUJERES PARTICIPAN EN UNA ACTIVIDAD DE PROMOCIÓN DE EJERCICIO FÍSICO. ¿HAY DIFERENCIAS EN SU PERFIL SOCIAL SEGÚN LUGAR DE NACIMIENTO?

M. Sastre, B. Fernández, C. Ramos, R. García, L. Reques, V. Mouro, S. Mozos, M. Pumarino, P. Baltasar

Madrid Salud; Hospital Universitario La Paz; Escuela Nacional de Sanidad.

Antecedentes/Objetivos: Es conocida la influencia del entorno físico y social en la salud y que el sedentarismo disminuye la calidad de vida. Esto afecta también a la juventud: un 30% en la Comunidad de Madrid realiza menos actividad física de la recomendada para su edad. Las mujeres realizan menos ejercicio, con menor intensidad y abandonan a edades más tempranas; además, las personas de clase social más baja practican menos actividad física, y ser inmigrante es un factor de vulnerabilidad para ello. Desde el Centro de Promoción de la Salud distrital se desarrolló una actividad comunitaria de baile (modalidad zumba) para promover la actividad física en mujeres jóvenes, y reflexionar sobre desigualdades de género. Para conocer posibles diferencias sociodemográficas, nos planteamos describir el perfil de mujeres inscritas según su lugar de nacimiento, como factor de vulnerabilidad.

Métodos: Estudio descriptivo de las inscritas en una actividad comunitaria organizada por el Centro de Promoción de la Salud en colaboración con un gimnasio privado, y que tuvo lugar en un polideportivo municipal. Se difundió a través de recursos del distrito. Las variables fueron: nombre, edad, lugar de nacimiento, nivel de estudios, situación laboral, medio de captación y barrio de residencia. Las variables cualitativas se describieron con número y porcentaje y la edad con la mediana y rango intercuartílico (RI); las diferencias se exploraron con las pruebas de la χ^2 de Pearson y la U de Mann Whitney. Los datos se anonimizaron y trataron informáticamente, y se analizaron con el paquete estadístico SPSS.

Resultados: Se inscribieron 204 mujeres. El 27% eran extranjeras (de éstas, el 76% latinoamericanas). La edad mediana fue de 32,5 años (RI: 20-46), mínimo 10, máximo 73; El 20% tenían estudios primarios o inferiores. 149 pertenecían a edades productivas. Excluyendo a las estudiantes, el 48,4% estaban en paro. Las no españolas tenían edad mediana inferior (27 vs 37,5 años), menor nivel de estudios (35% vs 18% primarios o inferiores), y mayor porcentaje de desempleo (76% vs 38%), $p < 0,01$. Las no nacionales se enteraron de la actividad princi-

palmente por recursos sociales (51%) y las nacionales por el gimnasio o familiares/amigos (21,5 y 19,2%). Sólo 15 mujeres residían en el barrio donde se realizó la actividad.

Conclusiones: Las inmigrantes son más jóvenes, con menos estudios, mayores porcentajes de paro y recibieron la información a través de recursos sociales. El barrio donde se realizó fue el minoritario en cuanto a lugar de residencia de las participantes.

Vigilancia de la salud pública. Tuberculosis y gripe I (Oral 5 minutos)

Jueves, 4 de septiembre de 2014. 09:30 a 11:00 h

Moderador: Diego Almagro Nievas

145. ESTUDIO DE CONTACTOS DE TUBERCULOSIS EN POBLACIÓN JOVEN INMIGRANTE

M.J. Molina Rueda, N. Cabrera Castro, M.A. Onieva García, S. Bueno Ortiz, E. Gámiz Sánchez, B. López Hernández

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

Antecedentes/Objetivos: Los brotes epidémicos en instituciones cerradas son importantes, por la facilidad de contagio, y más aun si afectan a grupos vulnerables, como menores y/o inmigrantes en situación irregular. En enero de 2013 se declara al Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Andalucía (SVEA) un caso de tuberculosis (TB) pulmonar bacilífera en un Centro de Acogida de Menores de Granada (CAM), procedente de otro centro similar y escolarizado. El objetivo es describir el brote y analizar las actuaciones realizadas para su control.

Métodos: En el estudio de contactos se utilizó la técnica de círculos concéntricos alrededor del caso índice, en dos centros de acogida y una institución educativa. La clasificación del riesgo (bajo, moderado/alto), atendió al tipo de contacto (frecuente, esporádico) y duración del mismo (un mes para estancia; 6 horas para horas/día). A todos los contactos menores, se realizó la prueba de tuberculina (Mantoux), y a los positivos (induración > 15 mm), se les indicó radiografía de tórax.

Resultados: El caso índice fue un varón marroquí de 15 años que ingresó en el CAM en agosto de 2012. Se le realizó Mantoux por cribado en octubre, resultando positivo. Hasta conocido el diagnóstico de TB bacilífera en enero de 2013, no se llevó a cabo ninguna intervención. Se identificaron 102 menores convivientes. Todos varones. El 46% (47) estaban ilocalizables (fuga o alta voluntaria), dejando constancia en su historia de salud el posible contacto. De los 55 (54%) estudiados, 29 (53%) se consideraron de riesgo moderado (tasa de infección = 52%, 15 menores); y otros 26 (47%), de riesgo bajo (tasa de infección = 15%, 4 menores). A todos se les indicó tratamiento de infección latente tuberculosa (ILT) una vez descartada la enfermedad, a excepción de dos, tratados previamente.

Conclusiones: La realización de un cribado de TB debe ser oportuna e implicar la investigación posterior y el tratamiento específico si procede. El protocolo de ingreso de un usuario en un CAM indica realizar cribado de TB al inicio de su estancia. En nuestro caso índice, el cribado se realizó 2 meses tras su ingreso. Tras resultar positivo, no se prosiguió su estudio, evolucionando a enfermedad, diagnosticada 3 meses después. El retraso de la intervención, supuso una pérdida de oportunidad para el estudio de menores convivientes y una alta tasa de ILT entre los de riesgo moderado. No obstante, ésta podría estar sobreestimada, al ser población inmigrante vacunada de BCG. Sería

recomendable para confirmar infección reciente y evitar tratamientos innecesarios, realizar IGRA. Es necesario mejorar la coordinación entre CAM y CS de referencia.

587. PREVALENCIA DE INFECCIÓN/ENFERMEDAD TUBERCULOSA EN EL CENTRO DE ESTANCIA TEMPORAL DE INMIGRANTES DE MELILLA

D. Castrillejo Pérez, F.J. de la Vega Olías, F.J. Sánchez López, A.A. Gómez Anés, A. Vázquez de la Villa, I. Díaz Cardona

Epidemiología, Consejería Bienestar Social y Sanidad, Melilla; Hospital Comarcal, INGESA; Servicio Sanitario CETI, Melilla.

Antecedentes/Objetivos: Durante el año 2013 un total de 2384 inmigrantes ingresaron en el Centro de Estancia Temporal de Inmigrantes (CETI) de Melilla. Proceden de 30 países distintos con una mayor representación de subsaharianos. Se pretende conocer la prevalencia de infección tuberculosa en población inmigrante del CETI en 2013 y la carga de incidencia de TB en Melilla de casos importados entre 2003 y 2012.

Métodos: Análisis descriptivo de la situación de infección tuberculosa mediante los resultados de Mantoux realizados en la enfermería del CETI durante 2013. Analizar las tasas de incidencia de los casos notificados EDO de TB de 2003 a 2012 en Melilla diferenciando la categorización del caso en importado o autóctono. Revisión de las estrategias de cribado, vigilancia activa y tratamiento de la infección latente tuberculosa (ILT) en inmigrantes recientes procedentes de países con alta endemia.

Resultados: El número total de Mantoux realizados en el CETI (se excluyen los pediátricos y embarazadas) durante 2013 fue de 1.755. De estos < 5 mm fueron 1.038 (59,1%), entre 5-9 mm 302 (17,2%), entre 10 y 15 mm 331 (18,8%) y > 15 mm 86 (4,9%). En un estudio previo realizado en el año 2005 en inmigrantes del CETI (n = 558 que estuvieron en el año 2004) un 40,5% tuvieron un Mantoux < 5 mm. Las tasas de incidencia de TB en España de 1997 a 2012, oscilaron en un abanico de 23,78 y 9,57 casos por 105 habitantes. La tasa en Melilla en 1999 fue de 114,66 y en 2012 de 25,69 casos por 105 h. Al calcular las tasas de incidencia en Melilla entre 2003 y 2012, diferenciando los casos entre residentes y los casos de TB importada la incidencia de casos importados varía entre 0 y 21,52 casos por 105h. dependiendo del año.

Conclusiones: Al analizar las tasas de Melilla entre 2003 y 2012, diferenciando los casos de TB entre residentes e importados, encontramos que en algunos años casos de origen marroquí influyen en la tasa global de nuestra ciudad. Con los datos de prevalencia de infección TB en personas migrantes del CETI, debido a su situación de especial vulnerabilidad y de acuerdo con el Plan para la Prevención y Control de la TB en España, creemos justificada la realización de un protocolo de despistaje de TB en inmigrantes asintomáticos recién llegados de países con alta prevalencia de TB así como del tratamiento de la ILT por los diferentes servicios y administraciones implicados en nuestra ciudad.

667. EVOLUCIÓN DE LA TUBERCULOSIS INFANTIL EN LA COMUNITAT VALENCIANA. PERIODO 2004-2013

P. Mañes Flor, E. Pérez Pérez, A. Míguez Santiyán, L. Ciancotti Oliver, F. González Morán

Servicio de Vigilancia y Control Epidemiológico, DGSP, Conselleria de Sanitat, Valencia; Medicina Preventiva, Hospital Universitari Dr. Peset.

Antecedentes/Objetivos: La tuberculosis (TB) presenta en la Comunitat Valenciana una tendencia descendente; sin embargo, este patrón no se da en la TB infantil donde se mantienen las tasas de in-

cidencia, lo que podría asociarse a los brotes notificados durante el periodo estudiado, y al aumento de la utilización de otros métodos diagnósticos como la tomografía computarizada (TC) cuyas indicaciones vienen recogidas en el Consenso de las Sociedades de Infectología y de Neumología Pediátrica (ambas pertenecientes a la Asociación Española de Pediatría).

Métodos: Estudio descriptivo de los casos de TB infantil notificados al Sistema de Vigilancia entre los años 2004 y 2013; se calculan tasas de incidencia y se revisa el uso de los métodos diagnóstico convencionales y la utilización de la TC.

Resultados: Entre los años 2004 y 2013 se declararon 528 casos de TB infantil en menores de 15 años, con una tasa media de 7,5 casos \times 10⁵ h. La más baja del periodo se registró en 2012 con 4,8 casos y la más alta en 2008 con 10,1. La media de edad fue 5,3 años, sin diferencias significativas entre sexos. La proporción de extranjeros fue del 16,5% y alcanzó su valor máximo en 2008 (33,3%), con tendencia descendente en los últimos 5 años de la serie. El 57,6% de los casos se presentaron en forma de brotes, de los que el 17,4% se ubicaron en el medio escolar, destacando 2010 con un 57,8% en este ámbito. A lo largo del estudio la proporción de casos asintomáticos aumentó progresivamente, pasando del 25% al 40,7%. Respecto a las pruebas de diagnóstico convencionales, la radiografía (Rx) de tórax fue la más utilizada (93,6%), resultando positivas el 75% de las realizadas. El cultivo se realizó en el 83% de los casos y la positividad fue del 62,5% en 2004, disminuyendo al 26,2% en 2013. El uso de la TC como método diagnóstico se incrementó en el periodo 2006 a 2012, del que cabe destacar el año 2010 en el que la utilización de esta técnica facilitó el diagnóstico del 42,9% de los casos.

Conclusiones: La TB infantil no ha seguido la tendencia descendente de la TB en adultos, probablemente por la introducción de la TC como método diagnóstico, que ha sido igualmente determinante en la declaración de un mayor número de casos asociados a brotes. El diagnóstico de TB infantil, conlleva una serie de problemas como la subjetividad al interpretar la Rx de tórax, el difícil aislamiento microbiológico y la clínica inespecífica, que dificultan discernir entre infección y enfermedad, de manera que al disminuir la sensibilidad de los métodos convencionales, otros métodos como la TC pueden ser utilizados de manera sistemática sin tener en cuenta las indicaciones ya consensuadas.

754. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA INFECCIÓN TUBERCULOSA. GALICIA 2012

X. Hervada Vidal, E. Cruz Ferro, M.I. Ursúa Díaz, J.A. Taboada Rodríguez

Consellería de Sanidad, Dirección Xeral de Innovación e Xestión da Saúde Pública, Programa Galego de Prevención e Control da Tuberculose.

Antecedentes/Objetivos: El diagnóstico precoz y el tratamiento de la infección tuberculosa (TIT) en personas con riesgo de desarrollar tuberculosis (TB) es fundamental para el control de esta enfermedad. Nuestros objetivos son: 1. Describir los resultados de los estudios de contactos (EC) realizados en Galicia en el año 2012. 2. Analizar la situación final de los TIT instaurados.

Métodos: Estudio observacional descriptivo retrospectivo. Fuente: Sistema de Información de Tuberculosis. Ámbito: Galicia. Período: año 2012. Análisis estadístico: descriptivo, ji-cuadrado (grado de significación: $p < 0,05$). Epidat 3.1.

Resultados: En el año 2012 se registraron 669 casos de TB (212 de TB respiratoria bacilífera). Se estudiaron 4.856 contactos y de ellos 3.835 tenían un caso índice bacilífero (CIB). El 87,6% de los CIB tenían EC realizado. Resultado del EC según la bacteriología del CI: CIB: 1.164 (30,4%) infectados; 38 (1,0%) enfermos. Caso índice no bacilífero: 213 (33,0%) infectados; 7 (1,7%) enfermos. Resultado del EC según el grupo

de pertenencia: Convivientes: 422 (46,9%) infectados ($p = 0,0009$); 24 (2,7%) enfermos ($p = 0,0347$). No convivientes: 409 (39,3%) infectados; 13 (1,2%) enfermos. Grupo escolar: 110 (8,3%) infectados; 4 (0,3%) enfermos. Grupo laboral: 532 (33,4%) infectados; 5 (0,3%) enfermos. De los 1.473 contactos infectados iniciaron TIT 707 (48,0%). El resultado de estos tratamientos fue: 475 (67,2% correctos); 53 (7,5%) se suspendieron por indicación médica; 90 (12,7%) incorrectos; 45 (6,4%) rechazaron el tratamiento y en 44 (6,2%) no consta el resultado. Si consideramos como resultado satisfactorio la suma de las cumplimentaciones correctas más las suspendidas por indicación médica, el 74,7% de los TIT fueron satisfactorios.

Conclusiones: Un 12,4% de los CIB no tienen contactos registrados lo que podría indicar fallos en el estudio o en el registro de los datos. Aproximadamente 1/3 de los contactos estudiados estaban infectados y el 1% enfermos en el momento del estudio. Se observa una diferencia significativa en cuanto a que se detectan más contactos infectados y enfermos en el grupo de convivientes. Es necesario esforzarse en una mayor supervisión del cumplimiento de los TIT si queremos mejorar el control de la TB en Galicia.

Grupo de Trabajo del Programa Gallego de Prevención y Control de la Tuberculosis: Abdelkader Hasan A, Anibarro García L, Castro-Paz Álvarez-Buylla MA, Cruz Ferro E, Ferreiro Fernández L, Hervada Vidal X, Otero Santiago M, Penas Truque A, Rodríguez Canal A, Taboada Rodríguez JA, Ursúa Díaz I, Valiño López P, Vázquez Gallardo R, Vázquez García-Serrano E.

147. ESTUDIO DE CONTACTOS DE TUBERCULOSIS EN PERSONAL LABORAL DE UN CENTRO DE ACOGIDA DE MENORES

M.J. Molina Rueda, N. Cabrera Castro, M.A. Onieva García, S. Martínez Diz, C. del Moral Campaña, B. López Hernández

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

Antecedentes/Objetivos: La tuberculosis (TB) es una enfermedad profesional para ocupaciones de riesgo de contagio en su ámbito laboral, como son empleados de residencias de ancianos, de centros de acogida, y personal penitenciario. En estas instituciones, previo al ingreso del usuario, se realiza un despistaje de TB para su detección precoz, y evitar riesgo de infección en el resto de los contactos y trabajadores. Se describe el estudio realizado a personal laboral en riesgo tras la declaración de un caso de tuberculosis pulmonar bacilífera en un Centro de Acogida de Menores de Granada.

Métodos: Estudio de contactos a los trabajadores de este Centro, según la técnica de círculos concéntricos alrededor del caso índice. Se clasificaron como bajo o moderado/alto riesgo de contagio según la categoría profesional, que presupone mayor o menor contacto con los residentes. Para el diagnóstico de infección latente tuberculosa (ILT), se utilizó la prueba de la tuberculina (Mantoux) y la técnica Interferon Gamma Release Assay (IGRA) se realizó para confirmar el diagnóstico en caso de posible infección. Los resultados del estudio fueron analizados en una base de datos Access y se fusionaron con un informe preestablecido para los trabajadores, que se les entregó y comunicó de forma personalizada.

Resultados: El caso índice fue un varón adolescente de origen marroquí que estuvo ingresado en el Centro 3 meses. Se identificaron un total de 92 trabajadores. El 71% eran mujeres y el 29% hombres. La edad promedio fue de 52 años (rango: 20-67 años). Se consideraron de riesgo moderado 43 (47%) y con riesgo bajo 49 (53%), siendo estudiados 33 (77%) y 26 (53%), respectivamente. En el primer grupo 5 (8%) presentaron Mantoux positivo (> 15 mm), y 2 también IGRA (+). Se consideraron ILT y se remitieron a su Médico de Familia que descartó enfermedad. Finalmente se trató de ILT un único trabajador, Mantoux e IGRA (+).

Conclusiones: El estudio de infección tuberculosa se recomendó a los trabajadores con riesgo moderado, y se realizó a los de riesgo bajo que lo solicitaron. La tasa de contagio fue baja, lo que se podría explicar por la sobreestimación del riesgo de contagio en algunas categorías. Es conveniente la evaluación previa de riesgos en el entorno laboral, segmentados por categorías, por parte de los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales. Para los riesgos biológicos se beneficiaría de la experiencia y conocimientos específicos de los epidemiólogos del distrito. Los trabajadores de riesgo deben ser valorados inicial y periódicamente de ILT. Hay que establecer circuitos ágiles que favorezcan la coordinación entre los profesionales e instituciones que trabajan en la prevención y control de la TB.

585. TUBERCULOSIS CONGÉNITA. INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA Y MANEJO DE LOS CONTACTOS. A PROPÓSITO DE UN CASO

D. Castrillejo Pérez, F.J. de la Vega Olías, F.J. Aguilera García, A.A. Gómez Anés

Epidemiología, Consejería B, Social y Sanidad, Melilla; Hospital Comarcal, INGESA, Melilla.

Antecedentes/Objetivos: La tuberculosis congénita (TB-C) es poco frecuente y con altas tasas de mortalidad. El mayor contacto con niños infectados y las aspiraciones respiratorias son los factores de riesgo para la transmisión en personal sanitario, sin obviar la preocupación por la transmisión de la TB a otros niños. Se presenta un caso y el manejo tras la exposición.

Métodos: El periodo infeccioso a investigar es el comprendido entre el 22/12/2012 y el 21/2/2013. Se determinan lugares, personas y tipos de contacto, trabajadores sanitarios, recién nacidos en las proximidades del niño índice, visitantes y familiares. Realización de la prueba de tuberculina (PT), Quantiferon (QT), esputo y RX tórax. Vigilancia activa durante un año en contactos pediátricos y trabajadores sanitarios.

Resultados: Caso de un niño (FN: 22/12/2012), cuya madre no residente en Melilla procede de Marruecos, que queda ingresado en neonatología aislado en incubadora desde el primer día y que fue derivado a Málaga con diagnóstico de bronconeumonía bilateral el 8/2/2013. Allí ambos son diagnosticados de TB y puestos en tto. el 14/2/2013. Vuelven a Melilla el 21/3/2013. Se hizo investigación de contacto y seguimiento a 17 trabajadores sanitarios por el servicio de prevención de riesgos laborales a partir de PT y/o QT previo. En un caso se encuentra un mantoux positivo con QT negativo, esputo negativo y RXT normal. Se hizo investigación y seguimiento a 4 niños que coincidieron en las proximidades del niño índice, los padres fueron informados por sus pediatras del protocolo a seguir durante un año que incluía la posibilidad de tto quimioterápico a su hijo y estudio del entorno familiar. No se produjo ninguna conversión y los niños se desarrollan sin ninguna alteración. El caso sólo fue visitado por su propia madre y ésta se encontraba sola en el hospital. La unidad de neonatología se corresponde con un nivel I (hospital comarcal) sobredotada y dispone de un sistema de tratamiento de aire para ventilación y climatización de los denominados "sistemas todo aire exterior".

Conclusiones: Los RN son extremadamente vulnerables al desarrollo activo si están infectados de TB y la investigación ha de ser exhaustiva. Una exposición prolongada y actividades tales como la aspiración respiratoria aumentan el riesgo en trabajadores sanitarios de acuerdo con la bibliografía. No se ha encontrado transmisión de TB en trabajadores sanitarios expuestos pudiendo haber jugado un papel importante las precauciones basadas en la transmisión y el cuidado a la hora de realizar la técnica. No se ha demostrado la transmisión de RN a RN, ni durante el año de vigilancia activa. Destacar el retraso diagnóstico del RN y su madre.

759. CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE LOS CASOS DE TUBERCULOSIS DIAGNOSTICADOS EN GALICIA. AÑO 2012

X. Hervada Vidal, M.I. Ursúa Díaz, E. Cruz Ferro, J.A. Taboada Rodríguez

Consellería de Sanidad, Dirección Xeral de Innovación e Xestión da Saúde Pública, Programa Galego de Prevención e Control da Tuberculose.

Antecedentes/Objetivos: La evolución de la incidencia de la tuberculosis (TB) en Galicia es favorable, pasando de una incidencia de 71,8 casos/100.000 habitantes en 1996 a 24,1 en 2012. Objetivo: describir las principales características epidemiológicas de los casos de TB de Galicia en el año 2012.

Métodos: Estudio observacional descriptivo retrospectivo Fuente: Sistema de Información de Tuberculosis Período: Año 2012 Ámbito: Galicia Variables: sexo, edad, tipo, localización, inmigración, infección VIH, tratamientos supervisados, resistencias y situación final del tratamiento.

Resultados: En 2012 se registraron 669 casos nuevos, 638 iniciales y 31 recidivas. Incidencia: 24,1 casos/100.000 habitantes. Incidencia de TB respiratoria y de TB respiratoria bacilífera: 15,7 y 8,7 casos/100.000 habitantes, respectivamente. Sexo: 61,6% hombres. Grupos de edad: entre 25-54 años se agruparon el 48,1%. Casos pediátricos (menores de 15 años): 4,6% (incidencia: 9,5 casos/100.000 habitantes). Se registró 1 caso de meningitis tuberculosa en un menor de 5 años. Coinfección TB/VIH: 3,6% y TB en inmigrantes: 6,7%. Según localización: 52,0% exclusivamente respiratoria; 34,5% sólo extrarrespiratoria y 13,5% ambas localizaciones. Radiología de los casos de TB pulmonar: 26,9% cavidades y 71,2% patológicas sin caverna. TB respiratoria: 55,3% bacilíferas. Retraso diagnóstico: 52,5 días de mediana en la TB respiratoria. Antibiogramas: 89,8% sensibles a los 5 fármacos de 1ª línea. Resistencia primaria a isoniacida: 3,4%. TB multirresistente: 0,7%. Tratamiento supervisado: 43,0% de los casos. Situación final con resultado satisfactorio de los casos que iniciaron tratamiento en 2011: 88,9% en TB total y 85,8% en TB respiratoria bacilífera.

Conclusiones: La TB en Galicia afecta fundamentalmente a hombres jóvenes. La asociación de TB con VIH o inmigración no es relevante. Aproximadamente 1/3 de los casos son exclusivamente extrarrespiratorios. Aunque la evolución de la TB en Galicia es satisfactoria, el retraso diagnóstico continúa siendo importante. Hay un bajo porcentaje de TB multirresistente. Los porcentajes de resultados satisfactorios superan los objetivos marcados por la Organización Mundial de la Salud.

Grupo de Trabajo del Programa Gallego de Prevención y Control de la Tuberculosis: Abdelkader Hasan A, Anibarro García L, Castro-Paz Álvarez-Buylla MA, Cruz Ferro E, Ferreiro Fernández L, Hervada Vidal X, Otero Santiago M, Penas Truque A, Rodríguez Canal A, Taboada Rodríguez JA, Ursúa Díaz I, Valiño López P, Vázquez Gallardo R, Vázquez García-Serrano E.

781. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LA TUBERCULOSIS EN ALMERÍA. UNA EXPERIENCIA COMPARTIDA

P. Marín Martínez, P. Barroso García

Delegación Territorial de Igualdad, Salud y Políticas Sociales de Almería.

Antecedentes/Objetivos: Almería ha presentado en estos últimos años unas tasas de incidencia de tuberculosis superiores a los de nuestro entorno. Esta situación favoreció que en el año 2003 se constituyera un grupo de trabajo provincial aglutinando a todos los intervinientes en el proceso de esta enfermedad para revisar puntualmente las distintas estrategias a seguir y analizar los indicadores de vigilancia epidemiológica.

Métodos: Análisis descriptivo del período 2003-2012. Variables: tasas de incidencia, distrito sanitario, municipio, país de origen, edad, sexo, forma clínica, confirmación microbiológica, estudio de contactos y finalización del seguimiento. Se ha realizado una reunión anual con el fin de analizar la información y establecer propuestas de mejora.

Resultados: Se han declarado 1.560 casos de tuberculosis. El mayor número de casos corresponde a 2009 con 200. Las mayores tasas de incidencia corresponden a los años 2003, 2006 y 2009 (28,1, 28,8 y 29,2 respectivamente), casi el doble de las acontecidas en esos años en el conjunto de Andalucía. Estas tasas se han visto disminuidas en los dos últimos años, 15,9 en 2011 y 17,5 en 2012. El Distrito sanitario con mayor número de casos es Poniente (45,2%), seguido del Distrito Almería (39%) y del Levante (15,8%). El porcentaje de casos de población extranjera ha superado al de autóctona, llegando en 2012 al 57%. Los países de origen más significativos son Maruecos, Rumanía, Senegal, Malí y Ecuador. El 68,5% corresponde a hombres y el 31,5% a mujeres. La edad media es de 34,7 años, siendo el grupo de edad más numeroso el comprendido entre 25 y 34 años (29,6%). La tuberculosis en menores de 15 años representa el 11,1%. La forma clínica pulmonar ha sido del 72,5%, mientras que la meníngea ha estado en un 1,21%. Ha habido una confirmación por cultivo del 64,7%. Anualmente se han abordado en más del 50% de los casos los estudios de contactos, llegando en el último año al 62%, lo que ha supuesto 651 contactos. El porcentaje de curación y de finalización del tratamiento ha superado en todos los años el 59%, siendo en los tres últimos años del 83,7, 83,9 y 84,2% respectivamente.

Conclusiones: El grupo de trabajo para el abordaje de la tuberculosis en la provincia de Almería, integrado por médicos asistenciales de varias especialidades, epidemiólogos, microbiólogos, preventivistas y trabajadores sociales, representativo de los distintos ámbitos geográficos y asistenciales, está permitiendo obtener unos resultados satisfactorios en cuanto a finalizaciones de tratamiento y al estudio de contactos.

589. PROTOCOLO DE DESPISTAJE DE INFECCIÓN/ ENFERMEDAD TUBERCULOSA EN EL CENTRO DE ESTANCIA TEMPORAL DE INMIGRANTES DE MELILLA, ENERO 2014

D. Castrillejo Pérez, F.J. de la Vega Olías, F.J. Sánchez López, A.A. Gómez Anés, A. Vázquez de la Villa, I. Díaz Cardona

Epidemiología, Consejería Bienestar Social y Sanidad, Melilla; Hospital Comarcal, INGESA, Melilla; Servicio Sanitario CETI, Melilla.

Antecedentes/Objetivos: Durante el año 2013 un total de 2.384 inmigrantes ingresaron en el Centro de Estancia Temporal de Inmigrantes (CETI) de Melilla. Según el Plan Nacional para la Prevención y Control de la Tuberculosis (TB) es necesario en este tipo de instalaciones el despistaje de los casos de infección y enfermedad tuberculosa. Para ello se hace imprescindible la coordinación de instituciones dependientes de diferentes administraciones públicas. El objetivo del presente trabajo es protocolizar de manera eficiente la búsqueda activa de infectados/casos de TB en este colectivo.

Métodos: Técnicas grupales desarrolladas según el Manual Metodológico de Implementación de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud, y aplicación de la metodología de la Gestión por Procesos y sistemática ANSI para diagramas de flujo.

Resultados: Se realiza un protocolo y diagrama de flujo para el despistaje de TBC en nuevos ingresos en el CETI de Melilla que establece los roles de los diferentes actores implicados: servicios sanitarios del CETI, Sección de Epidemiología de la Consejería de Sanidad y Consu-

mo de la Ciudad Autónoma de Melilla, y servicios de Microbiología, Radiología, Medicina Interna-Neumología y Medicina Preventiva del Hospital Comarcal de Melilla-INGESA, disponiendo un circuito eficiente entre dichas instituciones.

Conclusiones: Este Protocolo de despistaje de TB en inmigrantes asintomáticos recién llegados de países con alta prevalencia de la enfermedad, cubre la necesidad de manejo específico de la TB en un colectivo singular por su vulnerabilidad antes y durante el trayecto migratorio, por la práctica inexistencia de datos previos sobre su estado de salud, y por su ingreso a un centro en condiciones de hacinamiento creciente del que saldrán a otros Centros de Inmigrantes establecidos por España.

303. RIESGO DE HOSPITALIZACIÓN POR GRIPE SEGÚN EL IMC Y EL CUN-BAE

V. Dávila-Batista, J. Castilla, P. Godoy, M. Delgado-Rodríguez, A. Domínguez, A.J. Molina, T. Fernández-Villa, V. Martín

Grupo de Investigación Interacciones Gen-Ambiente y Salud, Universidad de León; CIBER Epidemiología y Salud Pública.

Antecedentes/Objetivos: La obesidad es considerada una epidemia global, actual y emergente con un impacto negativo en la respuesta inmune y la susceptibilidad a la gripe. La confluencia de estas dos epidemias es un problema importante de salud pública que merece ser considerado. El IMC es uno de los métodos más empleados para la valoración de la obesidad a pesar de que infraestima su prevalencia, por ello se están valorando otros estimadores de la adiposidad corporal como el de la Clínica Universidad de Navarra (CUN-BAE). El objetivo de este estudio fue investigar la asociación entre el IMC y el CUN-BAE con el riesgo de hospitalización por gripe en las temporadas de 2009-10 y 2010-11 en pacientes no vacunados de gripe y con $IMC < 40 \text{ Kg/m}^2$.

Métodos: Fueron analizados los individuos no vacunados y con IMC menor de 40 del estudio de casos y controles sobre factores de riesgo de la hospitalización por gripe y efectividad de las intervenciones farmacológicas, y no farmacológicas en su prevención. Es decir, 552 casos hospitalizados de gripe emparejados individualmente por edad, fecha de visita/hospitalización y por provincia con un caso de gripe ambulatorio ambos confirmados por laboratorio (642) y 694 controles ambulatorios. Se estimaron los riesgos de hospitalización mediante regresión logística no condicional ajustando por posibles factores de confusión en un caso para el IMC y en otro para el CUN-BAE, en este último caso se incluyó en el modelo los residuales del IMC para explicar los resultados sin el efecto del IMC. Todos los análisis fueron estratificados por sexos.

Resultados: En los casos hospitalarios en comparación con los casos ambulatorios el riesgo de hospitalización por gripe fue ORa 1,11 (IC95% 1,06-1,17) en hombres y 1,04 en mujeres (0,99-1,09) por Kg/m^2 de IMC; y mediante el CUN-BAE un ORa de 1,08 (1,05-1,12) y 1,05 (1,01-1,09) en hombres y en mujeres, respectivamente por cada incremento en el % de grasa corporal. En los análisis de los casos hospitalarios con los controles ambulatorios el riesgo de hospitalización con el IMC fue de ORa 1,06 (1,01-1,11) y 1,05 (1,01-1,10) en hombres y en mujeres respectivamente por Kg/m^2 de IMC; mientras que con el CUN-BAE ORa de 1,03 (0,99-1,06) y 1,02 (0,99-1,06) por cada incremento en el % de GC para hombres y mujeres respectivamente.

Conclusiones: El incremento del IMC o del % de grasa corporal mediante el CUN-BAE se asocia con un mayor riesgo de hospitalización por gripe en individuos no vacunados con un $IMC < 40$. Tanto el IMC como el CUN-BAE son métodos adecuados para valorar el riesgo de hospitalización.

Financiación: CIBERESP, el Programa de Investigación sobre la Gripe A/H1N1 (Grant GR09/0030), y AGAUR (Subvención número 2009/SGR 42).

538. BROTE DE GRIPE POR VIRUS AH3 EN INSTITUCIÓN GERIÁTRICA EN LA TEMPORADA 2013-2014. EFECTIVIDAD VACUNAL

M.A. Onieva García, C.A. Gago López, D.I. Almagro López, R.O. Moya Diéguez, B.A. Gómez Pozo, D.I. Almagro Nievas

Distrito Sanitario Granada Metropolitano; Residencia Entreáramos.

Antecedentes/Objetivos: Durante la temporada 2013-14 hasta la semana 10, se han notificado 9 brotes de gripe en instituciones geriátricas. Uno de ellos, aconteció en Andalucía, y es el que se describe. El 4/2/14 se notificó la detección de 2 casos confirmados de gripe en una residencia de la tercera edad. Con búsqueda retrospectiva, se detectaron casos hasta el 13/1/14, estableciéndose como hipótesis: brote de gripe por transmisión persona-persona, durante la semana 2 a la 7. El objetivo de este estudio ha sido: 1) describir un brote de gripe en una residencia, 2) analizar factores de riesgo (FR) asociados a la aparición de gripe en residentes vacunados y 3) estimar la efectividad vacunal.

Métodos: Se diseñó un estudio caso-control retrospectivo, en el que la población de estudio fueron los residentes vacunados (N = 148). El grupo control se seleccionó por muestreo aleatorio simple a partir de la población de estudio no enferma (N = 135) (proporción 1:2). Se calculó OR como medida de asociación, fijando IC al 95%. Las variables de estudio fueron grupo de edad, sexo y factores de riesgo descritos en la literatura para desarrollar gripe. Se calculó la efectividad vacunal (EV = 1-RR) a partir de la cohorte base (vacunados, N = 148; no vacunados, N = 19). El análisis de datos se realizó con Epidat 3.1.

Resultados: Se detectaron 17 casos de gripe (tasa de ataque = 10,2%). El 78,4% eran mujeres, la edad media fue de 83 años (rango: 51 a 97), el 74,5% compartían habitación y el 64,7% se ubicaban en la segunda planta. Se aisló virus gripe AH3 en el 50% de residentes estudiados (2/4). Hubo mayor proporción de casos de gripe en vacunados varones (OR = 1,2 [IC: 0,3-4,7]), de 85 años o más (OR = 1,9 [IC: 0,3-11,4]), con EPOC (OR = 4,4 [IC: 0,4-52,4]), diabetes mellitus (OR = 1,6 [IC: 0,3-8,2]), insuficiencia renal crónica (OR = 3,4 [IC: 0,5-22,8]), desnutrición (OR = 2 [IC: 0,1-35,1]), alcoholismo (OR = 3,3 [IC: 0,3-39,1]), gastrectomía (OR = 6,6 [IC: 0,6-68,1]) y en tratamiento corticoide (OR = 7,6 [IC: 0,7-80]). Si bien no se hallaron diferencias, la asociación para estos dos últimos factores de riesgo, se aproximó a la significación estadística (p = 0,06; p = 0,05, respectivamente). La efectividad vacunal estimada fue de 0,58 (IC95%: -0,15-0,87).

Conclusiones: Se confirmó brote de gripe estacional en una institución geriátrica dentro del inicio de la onda epidémica de la temporada de gripe 2013-14. El virus circulante estaba relacionado genéticamente con los incluidos en la vacuna A H3. En nuestro estudio, no hallamos asociación entre aparición de gripe en vacunados y los factores de riesgo analizados. La efectividad vacunal encontrada se aproximó a la estimada en el estudio de Castilla et al, realizado en Navarra en la misma temporada.

691. VACUNA CONTRA LA GRIPE A H1N1 2009 Y SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ. VALIDACIÓN DE LA CODIFICACIÓN DE CASOS EN EL CONJUNTO MÍNIMO BÁSICO DE DATOS Y PATRÓN MENSUAL DE INGRESOS HOSPITALARIOS

F.J. García López, J. Almazán-Isla, M. Ruiz Tovar, A. García Merino, J. de Pedro-Cuesta, Grupo de Estudio Epidemiológico SGB España

Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III, Madrid; CIBERNED; Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda.

Antecedentes/Objetivos: Una red de vigilancia epidemiológica compuesta por neurólogos de 10 hospitales de España no detectó aumento de la incidencia de síndrome de Guillain-Barré (SGB) asociado a la vacunación de la gripe A H1N1 2009 pero su potencia estadística

era escasa. Se propuso completar la vigilancia con la validación de la codificación diagnóstica del SGB en el conjunto mínimo básico de datos (CMBD) y la revisión de los ingresos mensuales en España por SGB en el periodo 2009-2011.

Métodos: El CMBD de todas las altas hospitalarias en los centros de la red sanitaria pública española incluye hasta 14 códigos posibles, según la CIE-9-MC y el primer diagnóstico es la causa principal del ingreso. Se obtuvo un listado de todas las altas hospitalarias entre 2009 y 2011 con el código 357.0 en cualquiera de los diagnósticos. Se contrastaron los casos de SGB notificados por la red de neurólogos con los del CMBD de sus hospitales. En uno de los hospitales se efectuó un examen exhaustivo de las historias clínicas en los aspectos neurológicos de todos los casos codificados como SGB en el diagnóstico principal. La curva de incidencias mensuales de ingresos por SGB se superpuso a la del sistema de vigilancia de la red de neurólogos.

Resultados: Trece (76%) de los 17 pacientes codificados como SGB como diagnóstico principal en el CMBD fueron confirmados por el neurólogo (valor predictivo positivo, 76%, IC95% 50% a 93%). La red de neurólogos notificó 105 (54%) de los 193 casos codificados como SGB en el CMBD de sus hospitales, pero no se puede descartar una infranotificación en algunos. De los 141 casos de SGB notificados por la red de neurólogos entre 2009 y 2011, 36 (26%) no se pudieron identificar en el CMBD como SGB en el diagnóstico principal (sensibilidad 74%, IC95% 66% a 81%) ni 31 (22%) como SGB en cualquier diagnóstico. El patrón mensual en la incidencia de SGB en el CMBD (con 2383 casos) fue semejante al patrón de la red de neurólogos. No se apreció ningún incremento de noviembre de 2009 a febrero de 2010, tras la vacuna de la gripe A H1N1 2009.

Conclusiones: Aproximadamente, la cuarta parte de los casos codificados como SGB en el diagnóstico principal del CMBD son falsos positivos, y la cuarta parte de los casos reales no se codifican como SGB. El patrón de cambios mensuales sugiere ausencia de relación entre la vacuna antigripal pandémica y el SGB en España. El CMBD de los centros de la red sanitaria pública española puede constituir una fuente importante de información para la vigilancia epidemiológica.

727. EVOLUCIÓN DE LA INCIDENCIA, COBERTURA, EFECTIVIDAD VACUNAL Y TIPOS DE VIRUS DE LA GRIPE LAS CINCO ÚLTIMAS TEMPORADAS

I. Huertas Zarco, F. González Morán, M. Martín Sierra-Balibrea, E. Pérez Pérez, T. Castellanos Martínez, A. Encarnación Armengol

Servicio de Vigilancia y Control Epidemiológico, Dirección General de Salud Pública, Conselleria de Sanitat, Valencia.

Antecedentes/Objetivos: El objetivo de este trabajo es describir la evolución en las cinco últimas temporadas de la gripe estacional, en cuanto a incidencia, cobertura y efectividad vacunal y tipos de virus prevalentes cada temporada desde la temporada pandémica (2009-2010), hasta la actual (2013-2014), en la Comunitat Valenciana.

Métodos: Se trata de un estudio descriptivo de los casos de gripe estacional, notificados como Enfermedad de Declaración Obligatoria (EDO), al Servicio de Vigilancia Epidemiológica Las fuentes de datos son la Red de Vigilancia Microbiológica (RedMIVA), y el Sistema de Vigilancia Epidemiológica (AVE). El ámbito es la Comunitat Valenciana y el periodo incluye desde la temporada 2009-2010 hasta la temporada 2013-2014. Se calcula la efectividad vacunal por el método directo.

Resultados: Las tasas por temporadas van desde 2.000 casos por 100.000 hab. en la temporada pandémica hasta 1.010 en la temporada actual. Por grupos de edad las tasas más elevadas en todas las temporadas se dan en el grupo de 5 a 14 años, con tasas desde 6.771 casos por 100.000 hab. en la temporada pandémica, hasta 1.414 en la temporada actual, esta última presenta tasas similares en los menores de 5 años. La incidencia más baja en las 5 temporadas ocurre en el grupo de mayores de 64 años, en los que coinciden las coberturas

más elevadas (desde 59,5% la temporada pandémica hasta el 49,9% la 2012-2013). La efectividad de la vacuna varía en cada temporada (0,54, 0,25, 0,34, 0,42, 0,38). Los virus predominantes han sido virus AH1N1 en todas las temporadas, en concreto la temporada pandémica el 95,47%, con excepción de la temporada 2012-2013 que fue un virus B. La curva epidémica se produce entre la semana 51 y la semana 10, en todas las temporadas a excepción de la temporada pandémica que la curva se adelanta y se produce entre la semana 43 y la 51. En cuanto a la proporción de Casos Graves Hospitalizados Confirmados de Gripe (CGHCG) con respecto al total de casos de gripe va de 1,08% en la temporada actual a 0,06% en la temporada 2011-2012.

Conclusiones: Se observa una marcada diferencia en las incidencias totales y una tendencia similar en la distribución por edad y estacionalidad. La mejor cifra de la efectividad vacunal fue en la temporada pandémica y la peor en la temporada siguiente. Durante las cinco temporadas los virus predominantes han sido virus AH1N1 a excepción de la temporada 2012-2013. La proporción de CGHCG con respecto al total de casos de gripe ha sido muy superior en la temporada actual.

337. VIGILANCIA DE CASOS GRAVES CONFIRMADOS DE GRIPE HOSPITALIZADOS EN LA TEMPORADA 2013-2014 EN EL HOSPITAL COMARCAL DE LA MERCED, ÁREA SANITARIA DE OSUNA

C. Marín Estrada, P.C. Ortega Sánchez, D.J. Lomeña Urbano, R. Aguilar Alés

UGC Prevención, Promoción y Vigilancia de la Salud, Área de Gestión Sanitaria de Osuna.

Antecedentes/Objetivos: La vigilancia de casos graves de gripe permite caracterizar los grupos de riesgo y la gravedad de las epidemias estacionales. La aplicación de herramientas para medir la gravedad de la gripe permite establecer las medidas de Salud Pública apropiadas para el control de la enfermedad. **Objetivos:** caracterizar los grupos de riesgo para la presentación de casos graves o su asociación a determinadas patologías de base, identificar la cobertura vacunal de los pacientes incluidos en la vigilancia, determinar el impacto de las medidas preventivas en el ámbito hospitalario para evitar la aparición de casos de gripe nosocomial.

Métodos: Estudio descriptivo de los pacientes hospitalizados con criterios clínicos de gripe grave y PCR de virus gripal positiva.

Resultados: Un total de 11 pacientes, 6 hombres y 5 mujeres, con criterios clínicos y analíticos de gripe grave fueron hospitalizados desde el inicio del periodo epidémico hasta la semana epidemiológica 08/2014, con una mediana de edad de 69 años (rango: 37-84). El 100% de los casos fue debido a infección por virus tipo A (H1N1). El 80% de los casos presentaba algún factor de riesgo: EPOC (37%), diabetes (37%), inmunodeficiencia (12%), y enfermedad cardiovascular crónica (12%). La mediana de días transcurridos desde el inicio de síntomas hasta la hospitalización fue de cuatro días (RIQ: 2-6). El 55% de los pacientes desarrolló neumonía y el 18% precisó ingreso en UCI, falleciendo un paciente con diagnóstico de neumonía en paciente de riesgo. El 27% de los casos (3) había recibido vacuna antigripal de la temporada actual. De los casos incluidos en los grupos donde está recomendada la vacunación de la gripe el 73% no se había vacunado esta temporada. La distribución temporal de los casos graves hospitalizados confirmados de gripe en nuestra área sanitaria ha seguido un patrón similar al de la onda estacional de gripe en la comunidad hasta la semana epidemiológica 08/2014. El 100% de los casos era comunitario, no habiéndose identificado casos nosocomiales en el periodo de vigilancia.

Conclusiones: La administración de la vacuna antigripal estacional 2013-2014 ha sido un factor protector de evolución crítica de los casos graves de gripe. Es necesario seguir realizando actividades de captación,

sensibilización y divulgación con la finalidad de incidir sobre los grupos de riesgo e incrementar las coberturas de vacunación. La instauración temprana y el cumplimiento de las medidas de aislamiento basadas en el mecanismo de transmisión del virus gripal ante los casos sospechosos y confirmados de gripe en el ámbito hospitalario han evitado la aparición de casos nosocomiales de gripe.

20. BIENESTAR ANIMAL: RELACIÓN ENTRE LOS NIVELES DE CORTISOL Y LA APLICACIÓN DE LOS PRINCIPIOS DE BIENESTAR EN POLLO BROILER

A. Mas Teruel

Salud Pública Orihuela.

Antecedentes/Objetivos: 1. Definir los niveles de cortisol en plasma sanguíneo en pollo Broiler. 2. Valorar si un solo parámetro fisiológico es suficiente para contestar las cuestiones relativas a la calidad de vida de un sistema de producción alternativo. 3. Valorar la técnica de aturdimiento más comúnmente empleada en el sector avícola de carne, modificando parámetros básicos de electrodinámica. 4. Prevenir el continuo y evitable sufrimiento de los animales y obligar a sus propietarios y criadores a respetar los requisitos sobre el bienestar.

Métodos: Búsqueda bibliográfica de estudios sobre bienestar animal en diferentes especies de animales, basados principalmente en la aplicación de los diferentes principios de bienestar, estudio de los niveles de cortisol en plasma sanguíneo en pollo de la variedad broiler, en diferentes momentos previos al sacrificio y tras aplicarles dos métodos distintos de electronarcosis como método de aturdimiento.

Resultados: 1. Los valores de cortisol obtenidos en plasma sanguíneo de los pollos objeto del estudio según el ritmo circadiano de pulsatilidad fueron: 24-47 ng/ml entre 03:00-09:00. 2. Comprobamos que para medir el bienestar animal es preferible usar distintos criterios simultáneamente. 3. En cuanto a la valoración de la técnica de aturdimiento podemos concluir que disminuyendo el voltaje se consiguen niveles menores de cortisol en sangre. 4. Los niveles elevados de cortisol pueden explicar las pérdidas de producción y la susceptibilidad aumentada de los animales a las enfermedades durante las situaciones de estrés.

Conclusiones: Actualmente, y habiendo llegado a límites "máximos" en cuanto a la eficiencia transformadora de los broilers (índices de conversión y rendimientos) y de las explotaciones (kg/m²), los objetivos del futuro próximo para incrementar la calidad de la carne de pollo podrían pasar por: Mejorar los rendimientos en las plantas de sacrificio. Disminución de las canales decomisadas o de 2ª. Crear productos diferenciados: genéticamente (pollos certificados y/o orgánicos) o nutricionalmente (enriquecidos o equilibrados). Mejorar las características tecnológicas de la carne, agregando valor añadido al producto final mediante la fabricación de elaborados cárnicos. Aseguramiento del bienestar animal del pollo in vivo y la seguridad alimentaria del producto final.

665. LA BASE DE DATOS DE DESASTRES DE ESPAÑA COMO HERRAMIENTA DE INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

P. Arcos González, E. Ferrero Fernández, R. Castro Delgado, J. Pérez-Berrocal Alonso

Unidad de Investigación en Emergencia y Desastre, Universidad de Oviedo.

Antecedentes/Objetivos: La Comisión Europea y la Estrategia Internacional de Naciones Unidas para Reducción de Desastres (EIRD) en el Marco de Acción de Hyogo han manifestado que disponer de bases de datos nacionales de desastre es una prioridad absoluta para la investigación, la planificación y la reducción del riesgo de desastre.

A pesar de ello, España no contaba hasta hace poco con una base de datos de estas características. El objetivo es presentar la Base de Datos de Desastres de España (BDDE) y sus características básicas como herramienta de investigación epidemiológica.

Métodos: La BDDE es una base de datos digital de tipo dinámico y relacional gestionada por la Unidad de Investigación en Emergencia de la Universidad de Oviedo que obtiene y registra información sobre desastres en España de manera retrospectiva entre 1950 y 2010 y prospectivamente desde 2010. El criterio de inclusión de desastre es el establecido por el Centro de Investigación en Epidemiología de Desastres (CRED) de la Universidad de Lovaina y es el de situación o evento que excede la capacidad de respuesta local, precisa ayuda externa y cumple, al menos uno de estos criterios: 10 o más muertos; 100 o más afectados; declaración estado emergencia y petición ayuda externa. Usa como fuentes de datos EMDAT, Cruz Roja-Media Luna Roja, OMS, Naciones Unidas, Reliefweb, Munich-Re, MAPFRE; diferentes Ministerios del Gobierno de España, así como hemerotecas.

Resultados: La unidad de análisis es el episodio de desastre y se recogen 20 variables entre ellas: Identificador de episodio y de localización, fechas, grupo, subgrupo y tipo de desastre, área afectada, fallecidos, heridos, afectados, desplazados, población en riesgo, pérdidas económicas, fenómeno desencadenante y fuentes de información utilizadas. La BDDE tiene registrados 284 desastres entre 1950 y 2012, 162 (57%) son desastres de tipo tecnológico, 111 (39%) naturales y 11 (4%) causados por acción humana. De los 162 desastres tecnológicos, 132 (81%) eran accidentes de transporte, 9 (6%) desastres industriales y 21 (13%) de otros tipos. De los 111 desastres naturales, 71 (64%) son desastres biológicos, 18 (16%) hidrológicos, 12 (11%) climatológicos, 7 (6%) meteorológicos y 3 (3%) geofísicos. Durante el periodo de existencia de la BDDE fallecieron 8.865 personas como consecuencia directa con los desastres y un total de 50.749 resultaron heridas.

Conclusiones: Desde 2010 España dispone de una base de datos de desastres estandarizada y capaz de proporcionar información básica para el análisis de estas situaciones que tienen importante impacto sobre la salud pública, así como su uso en la planificación de estrategias y acciones orientadas a la reducción del riesgo desastre.

Métodos: Estudio observacional descriptivo retrospectivo de los episodios que cumplían los criterios para ser considerados como desastre: 10 o más muertos, 50 o más fallecidos, declaración de estado de emergencia o solicitud de ayuda externa. Los datos se han obtenido de la Base de Datos de Desastres en España que gestiona nuestra Unidad de Investigación en Emergencia y Desastre (Departamento de Medicina de la Universidad de Oviedo). En el análisis de tendencias se ha empleado análisis de regresión.

Resultados: En el periodo estudiado se encontraron 30 episodios de desastre hidro-climatológico, de los que 12 (40%) fueron climatológicos (8 episodios de temperaturas extremas y 4 incendios forestales) y 18 (60%) hidrológicos (17 inundaciones y 1 movimiento de terreno). Los desastres climatológicos han experimentado un aumento significativo en cuanto a frecuencia de episodios. A pesar de que los desastres hidrológicos han presentado una aparente tendencia al aumento de frecuencia, ésta no se mostró estadísticamente significativa. Los desastres de tipo temperatura extrema afectaron con más frecuencia a Andalucía y Cataluña y los de tipo inundación a Andalucía, Cataluña y la Comunidad Valenciana. Las olas de calor y frío que alcanzaron la magnitud de desastre se produjeron en julio y enero, los incendios forestales en julio y las inundaciones entre junio y noviembre, ambos incluidos. Dentro de los tipos de desastre estudiados, las inundaciones produjeron 1.798 muertes y 527 personas heridas. La cifra de muertos y heridos por temperatura extrema es controvertido por los diferentes métodos de medida que emplean las fuentes consultadas. Se produjeron 84 muertes y 22 personas resultaron heridas como consecuencia de incendios forestales.

Conclusiones: La tendencia al aumento en frecuencia de desastres hidro-climatológicos y su impacto hace prioritario plantear la necesidad de mejorar las medidas preventivas y la calidad de la información disponible, particularmente en cuanto a morbimortalidad por episodios climáticos extremos en nuestro país. Por otro lado, el hecho de que la frecuencia de inundaciones no siga una tendencia significativamente creciente puede ser considerado algo positivo, dado que son eventos muy importantes en nuestro país.

Evaluación de salud pública. Salud ambiental (Oral 5 minutos)

Jueves, 4 de septiembre de 2014. 09:30 a 11:00 h

Moderadora: Beatriz Pérez Gómez

39. TENDENCIAS EPIDEMIOLÓGICAS Y EFECTOS SOBRE LA SALUD PÚBLICA DE LOS DESASTRES HIDRO-CLIMATOLÓGICOS EN ESPAÑA

E. Ferrero Fernández, R. Castro Delgado, P. Arcos González

Universidad de Oviedo.

Antecedentes/Objetivos: Los episodios hidro-climatológicos extremos (inundaciones, temperaturas extremas e incendios forestales) constituyen una amenaza para la salud pública de importancia creciente y relacionados con el cambio climático. El objetivo de este estudio es analizar el impacto sobre la salud pública de los desastres hidro-climatológicos en España en términos de frecuencia, mortalidad y morbilidad, a lo largo del periodo 1950-2012, así como sus tendencias temporo-espaciales.

70. ¿SIGUEN SIENDO LOS MAYORES DE 65 AÑOS LOS MÁS AFECTADOS POR LAS OLAS DE CALOR EN ESPAÑA?

I.J. Mirón, C. Linares, J.C. Montero, J.J. Criado, J. Díaz

Distrito de Salud Pública de Torrijos, Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales de Castilla-La Mancha; Escuela Nacional de Sanidad, ISCIII; Instituto de Ciencias de la Salud, Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales de Castilla-La Mancha; Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM).

Antecedentes/Objetivos: Tradicionalmente el grupo de mayores de 65 años ha sido el más afectado por las olas de calor. No obstante, las mejoras en los servicios sanitarios y la interacción de las altas temperaturas con otras patologías de base (diabetes, problemas renales, alcoholismo e incluso problemas neurológicos) no exclusivos de este grupo de edad, podrían hacer que el impacto del calor comience a ser también importante en otros grupos de edad. El objetivo es analizar la evolución temporal de la relación entre las altas temperaturas y la mortalidad diaria en Castilla-La Mancha (CLM) en el periodo 1975-2008 en el grupo de mayores de 65 años.

Métodos: Mortalidad diaria por causas naturales de mayores de 65 años (CIE-10: A00-R99) en CLM entre el 1/01/75 y el 31/12/08. Datos suministrados por el INE. Datos de temperatura máxima diaria (Tmax) en el observatorio de Toledo representativo de toda CLM y proporcionados por la AEMET. Se diferenciaron tres etapas

1975-1985; 1986-1996 y 1997-2008. Se define la temperatura de ola de calor (Tcal) como la Tmax menos 37 °C (Tcal para CLM). Se realizaron modelos ARIMA multivariados para calcular el impacto de las altas temperaturas sobre la mortalidad diaria durante los meses de junio a septiembre. Se controló por tendencia, estacionalidades y componentes autorregresivos de la serie.

Resultados: El porcentaje de incremento de la mortalidad (IM%) obtenido en el grupo de mayores de 65 años por cada grado en que la Tmax supera los 37 °C fue de 16,2 ($\pm 1,7$) en el primer periodo; 13 ($\pm 0,9$) para el segundo y 1,6 ($\pm 0,9$) para el tercero. Los IM% para toda la población fueron de 13,7 ($\pm 3,1$); 13,1 ($\pm 1,8$) y 7,4 ($\pm 1,6$) respectivamente.

Conclusiones: En comparación con los IM% para toda la población, se observa que el grupo de mayores de 65 años, ha dejado de ser el de mayor impacto sobre la mortalidad debida al calor en la última década analizada en CLM (no en número de muertos/día). La mejora de los servicios sanitarios y el efecto sinérgico del calor en personas con otras patologías no exclusivas de este grupo, podrían ser la explicación. Estos resultados apuntan a que los Planes de Prevención se amplíen a otros grupos de edad.

Financiación: PI-2010/007. FIS ENPY 1001/13.

71. ¿ES SIMILAR EL IMPACTO DE LAS OLAS DE CALOR EN HOMBRES Y EN MUJERES EN ESPAÑA?

I.J. Mirón, C. Linares, J.C. Montero, J.J. Criado, J. Díaz

Distrito de Salud Pública de Torrijos, Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales de Castilla-La Mancha; Escuela Nacional de Sanidad, ISCIII; Instituto de Ciencias de la Salud, Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales de Castilla-La Mancha; Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM).

Antecedentes/Objetivos: La mayor esperanza de vida de las mujeres en España unido a que el grupo de mayores de 65 años sea el de mayor vulnerabilidad en relación a las temperaturas elevadas, conduce a que el impacto del calor sea tradicionalmente mayor en mujeres que en hombres. Con el objetivo de analizar si esta tendencia ha cambiado a lo largo de los años, se analiza la evolución temporal de la relación entre las altas temperaturas y la mortalidad diaria en Castilla-La Mancha (CLM) en el periodo 1975-2008 diferenciando por sexos.

Métodos: Datos de mortalidad diaria por causas naturales (CIE-10: A00-R99) en CLM, diferenciando por sexos, entre el 1/01/75 y el 31/12/08, suministrados por el INE. Datos de temperatura máxima diaria (Tmax) en el observatorio de Toledo representativo de toda CLM y proporcionados por la AEMET. Se diferenciaron tres etapas 1975-1985; 1986-1996 y 1997-2008. Se definió la temperatura de ola de calor (Tcal) como la temperatura máxima diaria menos 37 °C (Tcal para CLM). Se realizaron modelos ARIMA multivariados para calcular el impacto de las altas temperaturas sobre la mortalidad diaria durante los meses de junio a septiembre. Se controló por tendencia, estacionalidades y componentes autorregresivos de la serie.

Resultados: El porcentaje de incremento de la mortalidad (IM%) para mujeres por cada grado en que la Tmax supera los 37 °C fue de 13,6 ($\pm 2,1$) en el primer periodo; 18,5 ($\pm 1,4$) para el segundo y 11,1 ($\pm 1,5$) para el tercero. Los IM% obtenidos para los hombres fueron 13,2 ($\pm 1,8$), 11,3 ($\pm 1,0$) y 4,7 ($\pm 1,2$) respectivamente.

Conclusiones: Si se comparan los IM% obtenidos para ambos sexos, se observa que para las mujeres el efecto del calor es superior al de los hombres en CLM, especialmente en la última década donde se duplica el impacto en relación a los hombres. La mayor esperanza de vida de las mujeres podría explicar este hecho.

Financiación: PI-2010/007. FIS ENPY 1001/13.

185. EXPOSICIÓN A PM 2.5 DURANTE EL EMBARAZO Y DESARROLLO COGNITIVO Y PSICOMOTOR EN NIÑOS DE 15 MESES DE EDAD

A. Lertxundi, M. Baccini, N. Lertxundi, E. Fano, A. Aranbarri, M.D. Martínez, L. Santa Marina, M. Dorronsoro, J. Ibarluzea

Universidad del País Vasco, Instituto Bionostia; Universidad de Florencia; Facultad de Psicología-UPV-EHU; Departamento de Medioambiente del Gobierno Vasco; Subdirección Salud Pública Gipuzkoa, CIBER de Epidemiología y Salud Pública; Dirección de Salud Pública y Adicciones del Gobierno Vasco.

Antecedentes/Objetivos: La exposición prenatal a los contaminantes del aire ha sido identificada recientemente como un factor de riesgo de sufrir alteraciones neuropsicológicas. Objetivo: evaluar si la exposición prenatal a partículas finas (diámetro aerodinámico $\leq 2 \mu\text{m}$, PM_{2.5}) está asociada a problemas en el desarrollo infantil durante el segundo año de vida.

Métodos: La población de estudio fueron 638 mujeres de la cohorte de Gipuzkoa que forman parte del proyecto multicéntrico INMA-Infancia y Medio Ambiente. Se midieron niveles de PM_{2.5} con captadores de aire y se calculó la exposición promedio para cada mujer por trimestre y durante toda la gestación. Durante el segundo año de vida, se evaluó el desarrollo neuropsicológico en 491 niños utilizando las escalas de Bayley de desarrollo infantil.

Resultados: La media de exposición a PM_{2.5} durante toda la gestación osciló entre 10.4 y 25,9 g/m³. Las concentraciones de PM_{2.5} durante el tercer trimestre y todo embarazo estaban inversamente asociadas con desarrollo motor, pero no así con los valores de escala mental. La distancia entre la vivienda y las empresas con actividades metalúrgicas (hierro/acero) modificó el efecto de PM_{2.5} en el desarrollo tanto psicomotor como cognitivo, observándose una reducción significativa en las puntuaciones entre los individuos que viven dentro de un radio de 100 m: (intervalo de confianza del 95%) = -2,53 (-4,68, -0,38) y -2,98 (-5,18, 2,98), respectivamente, por cada aumento en 1 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ de PM_{2.5}. Vivir a menos de 300 metros de una carretera principal también modifica el efecto de PM_{2.5} en el desarrollo psicomotor.

Conclusiones: Nuestros resultados sugieren que una exposición prenatal a PM_{2.5} puede afectar negativamente al desarrollo psicomotor y cognitivo infantil. Los efectos podrían ser más altos en las proximidades de las plantas metalúrgicas y carreteras principales.

444. NÚMERO DE CONTAMINANTES ORGÁNICOS PERSISTENTES (COPS) DETECTADOS A ALTAS CONCENTRACIONES EN LA POBLACIÓN DE EE.UU. (NHANES 2003-2004)

J. Pumarega, M. Gasull, T. López, D.H. Lee, M. Porta

Instituto Hospital del Mar de Investigaciones Médicas (IMIM); Universitat Autònoma de Barcelona; Kyungpook National University, Daegu, Korea; CIBER.

Antecedentes/Objetivos: Las encuestas poblacionales sobre contaminación humana por sustancias químicas ambientales no suelen integrar el número de compuestos detectados por persona y la concentración de cada compuesto (Porta et al, Environ Int. 2012;44:106-11). Se ha analizado el número de contaminantes orgánicos persistentes (COPs) detectados por persona y detectados en altas concentraciones en la encuesta poblacional estadounidense NHANES 2003-2004.

Métodos: En cada individuo de ≥ 20 años de edad, se calculó el número de COPs cuyas concentraciones en suero eran iguales o superiores al percentil 90 (P90) de la distribución de cada compuesto. Se analizaron las concentraciones de 91 compuestos. Diferentes COPs

fueron estudiados en tres muestras diferentes de individuos. Para que el total de participantes (N = 4.739) tuvieran concentraciones de los 91 compuestos se realizaron simulaciones.

Resultados: En los análisis realizados con los 45 compuestos detectados en $\geq 85\%$ de los individuos, el 26,1% de los participantes de la primera muestra, el 43,5% de los participantes de la segunda muestra y el 48,9% de los participantes de la tercera muestra tenían ≥ 1 de los compuestos a concentraciones $\geq P90$. Cuando se realizaron los análisis para el total de participantes, 37 compuestos fueron detectados en $\geq 85\%$ de los individuos, y ≥ 1 de estos compuestos se detectaron en concentraciones $\geq P90$ en el 67,2% de los participantes; el 46,2% tenía entre 1 y 5 compuestos a altas concentraciones y el 13,1% tenía ≥ 10 . Con criterios menos restrictivos (por ejemplo, compuestos detectados en $\geq 75\%$ de los participantes), más del 50% de los individuos de cada una de las muestras tenía ≥ 1 compuestos en concentraciones $\geq P90$, y en el total de participantes más del 68%. También se analizó la equivalencia tóxica total (TEQ) de dibenzo-p-dioxinas, dibenzofuranos y bifenilos policlorados similares a las dioxinas, para 26 compuestos analizados en una misma muestra de individuos. El 19,6% de los participantes de dicha muestra tenía ≥ 1 COPs en concentraciones $\geq P90$ y con TEQ $\geq P75$, mientras en el total de participantes ese mismo porcentaje llegó a ser del 22,6.

Conclusiones: Más del 25% de la población de EEUU puede tener ≥ 1 COPs a altas concentraciones. Los indicadores mostraron el número de sujetos expuestos a una mayor cantidad de compuestos tóxicos, considerando tanto el número de compuestos detectados por persona como también la concentración/TEQ individual de cada compuesto. La misma metodología puede ser aplicada en otras encuestas poblacionales y estudios etiológicos.

478. EVALUACIÓN DE LOS VALORES LÍMITE ESTABLECIDOS PARA LOS PARÁMETROS QUÍMICOS EN AGUAS DE CONSUMO HUMANO PARA RIESGO DE CÁNCER

J.F. Sánchez Pérez, E.B. Hernández Hernández, M.A. Bas Martínez

Sección de Sanidad Ambiental, D.G. de Salud Pública de la Comunitat Valenciana; Unidad de Sanidad Ambiental, Centro de Salud Pública de Orihuela, D.G. de Salud Pública de la Comunitat Valenciana.

Antecedentes/Objetivos: El objetivo es la evaluación de la idoneidad de los límites establecidos en los parámetros químicos en el Real Decreto 140/2003 para la prevención primaria del cáncer ambiental.

Métodos: En el anexo I del Real Decreto 140/2003, de 7 de febrero, por el que se establecen los criterios sanitarios de la calidad del agua de consumo humano se establecen valores límite para los parámetros químicos en aguas de consumo humano que generalmente, fueron calculados independiente de la dosis ingerida por el individuo. En la mayoría de parámetros, estos límites son aceptados de forma general, pero en el caso de agentes cancerígenos, otras legislaciones como la establecida por Office of Environmental Health Hazard Assessment (OEHHA) de la Environmental Protection Agency están estudiando el enfoque de este valor límite estableciéndose metas basadas en el cálculo del riesgo de cáncer. El cálculo de riesgo de cáncer representa la probabilidad incremental que un individuo desarrolle cáncer durante toda la vida, como resultado de una exposición específica a un producto químico cancerígeno, considerándose un nivel de "riesgo aceptable" los valores que están por debajo de una probabilidad entre un millón (1E-6).

Resultados: En el informe Health Risk Information for Public Health Goal Exceedance Reports, presentado por la OEHHA, se establecen límites basados en el riesgo de cáncer para distintos compuestos químicos. Tomando como ejemplo el benceno, con una concentración máxima en agua de 0,001 mg/l establecida tanto por el mencionado real decreto y por el MCL (Maximum Concentration Level) de California presentaría un riesgo de cáncer de 7E-6, necesi-

tándose una concentración máxima de 0.00015 mg/l para obtener el mencionado "riesgo aceptable". Cabe indicar que el establecimiento de estos límites en base al riesgo de cáncer establecería un nuevo enfoque en la metodología de regulación de parámetros químicos en aguas de consumo humano.

Conclusiones: El establecimiento del cálculo de riesgo de cáncer aportaría una nueva orientación en el establecimiento de concentraciones límite en aguas de consumo humano que incluiría el efecto de los compuestos cancerígenos.

564. ALERTA EN SALUD PÚBLICA POR INTOXICACIÓN CON MONÓXIDO DE CARBONO. 2013

D.I. Almagro Nieves, M.A. Onieva García, D.I. Almagro López

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

Antecedentes/Objetivos: La intoxicación por monóxido de carbono (CO) constituye una causa de alerta en salud pública bastante frecuente en épocas de frío. Las consecuencias suelen ser la enfermedad e incluso la muerte de forma repentina. Tras la comunicación en prensa, se confirmó y declaró una alerta en salud pública en Sierra Nevada por haber población afectada fuera del ámbito laboral y la alarma social. La hipótesis inicial fue: de una intoxicación por inhalación de CO acumulado rápidamente en el depósito de agua potable por la utilización de una bomba de extracción con motor de gasolina para sacar toda el agua y proceder a su limpieza. El objetivo fue de describir las características de una alerta por accidente con monóxido de carbono, así como las intervenciones llevadas a cabo por los diferentes sectores implicados en el protocolo de actuación.

Métodos: Se realizaron intervenciones en los siguientes sectores: Ayuntamiento, Servicio de Urgencia, Servicios de Prevención, Epidemiología de la Delegación, Protección de la Salud. Se realizó encuesta epidemiológica de los enfermos. Se realizó un análisis descriptivo, presentando los resultados de las variables cualitativas como frecuencias absolutas y relativas.

Resultados: Fueron 6 los afectados por intoxicación con CO. La edad media fue de 47,6 años. La profesión de los afectados estuvo representada por operarios del ayuntamiento (n = 3), ayudante de seguridad (n = 1), jefe de pista (n = 1) y técnico del dispositivo de cuidados críticos y urgencias (DCCU) (n = 1). Todos requirieron asistencia hospitalaria, siendo trasladados por el DCCU (n = 3), el equipo de emergencias (n = 1) o acudiendo por sus medios propios (n = 2). Se confirmó la intoxicación por CO por la exposición, la clínica y analítica.

Conclusiones: La acción conjunta y coordinada de los diferentes actores implicados en el protocolo de actuación permitió identificar la fuente de exposición e implantar las medidas oportunas de manera eficaz. Si bien se detectan áreas de mejora, como lo que respecta a la comunicación de la Alerta y a la formación de trabajadores respecto del trabajo en espacios confinados.

136. ESTUDIO DEL EFECTO DE LLUVIAS TORRENCIALES EN LA CALIDAD DEL AGUA DE CONSUMO HUMANO EN LA MARINA ALTA

H. Olivares, P. Ausina, J. Miravet, E. Mantilla, J.V. Martí, S. Jerez

Centro de Salud Pública de Dénia; Centro de Estudios Ambientales del Mediterráneo CEAM; Sección de Calidad Ambiental, Dirección General de Salud Pública DGSP.

Antecedentes/Objetivos: El nuevo organigrama de la Conselleria de Sanidad incluye las competencias en materia de vigilancia y control del Agua de Consumo Humano (ACH) en la Dirección General de Salud Pública. El Departamento de Salud de la Marina Alta está

asociado históricamente con episodios de lluvias torrenciales en determinadas épocas del año ocasionando graves inundaciones. No conocemos cómo afectan estas lluvias a la calidad del agua o si afectan a la potabilidad de la misma.

Métodos: Estudio transversal con recogida retrospectiva de datos primarios. Recogida de datos pluviométricos de los últimos tres años correspondientes a la estación meteorológica sita en Dénia y propiedad del Instituto Valenciano de Investigaciones Agrarias (IVIA). Datos históricos de alertas de los últimos tres años de la Asociación Española de Meteorología (AEMET) en la Marina Alta. Búsqueda de las catalogadas Zonas de inundación (PATRICOVA) de la Marina Alta. Análisis de los boletines de ACH de la empresa gestora de Dénia (AQUALIA) coincidiendo con lluvias torrenciales en la zona. – Encuesta a los farmacéuticos titulares (FFTT) que controlan el ACH en municipios afectados por las zonas inundables, para conocer si han existido problemas en el suministro y calidad en los últimos 3 años.

Resultados: Ha habido 3 alertas por lluvias torrenciales en el Departamento de Dénia en los últimos 3 años y 4 episodios de lluvias intensas. Las zonas de inundación catalogadas en el Departamento son: Barranc de Montgó, Barranc de Ondara, Río Girona, Río Jalón. En las encuestas a FFTT se comprueba que el 62% tienen constancia de problemas en el suministro de ACH.

Conclusiones: Para los abastecimientos de Denia, no consta repercusión en la calidad de ACH suministrada al consumidor final pues existen infraestructuras potabilizadoras que contrarrestan la peor calidad del agua de aporte. Se plantea un estudio prospectivo de toma de muestras en otras zonas de abastecimiento de la Marina Alta que comprenden zonas de inundación tras un episodio de lluvia torrencial y que carecen de estas infraestructuras. Sería importante disponer de un sistema de alerta desde Salud Pública frente a lluvias torrenciales que tenga en cuenta estos posibles inconvenientes en cuanto al suministro de ACH de los municipios en zonas catalogadas como inundables.

169. INTOXICACIÓN FAMILIAR POR FOSFINA EN ALCALÁ DE GUADAIRA

M. García-Fernández, J.R. Hernández Bello, S. Huarte Osakar, F.J. Marchena Fernández, R.F. Santos Luque

Delegación Territorial de Igualdad, Salud y Políticas Sociales.

Antecedentes/Objetivos: El sábado 14/12/2013 a las 11.16 el Equipo de Alerta en Salud Pública recibe la notificación de una intoxicación familiar con 3 enfermos y una fallecida residentes en Alcalá de Guadaíra. Se describe la investigación del brote y las actividades de control.

Métodos: Estudio descriptivo de los casos. Reencuestas sucesivas a pacientes. Inspecciones sucesivas en domicilio y toma de muestras. Estudio forense y revisión bibliográfica.

Resultados: Familia de 4 expuestos con síntomas gastrointestinales: vómitos, náusea, diarrea y dolor abdominal. Atendidos a las 2.00h. del día 14/12 y 6h. después solicitan nueva asistencia al 061: los padres han empeorado y presentan visión borrosa, niña de 14 años muerta y hermana de 13 años estable. Se trasladan los afectados al Hospital. Al llegar al servicio de admisión el padre entra en parada cardiorrespiratoria, la madre ingresa en UCI y fallecen entre las 17 y 18 horas del mismo día con hipotensas y afectación miocárdica. La noche anterior todos habían comido pescado adobado salvo la niña que sobrevivió. El perro de la familia no se afectó. Se decide investigar hipótesis de botulismo o una intoxicación química accidental. Se realizan 3 inspecciones con toma de muestras el 14, 18 de diciembre y 16 de enero. 1ª visita: domicilio desordenado, toma de muestra de alimentos sospechosos utilizados en la cena y vómitos con resultado negativo 2ª visita: Se revisa todo el domicilio y se toman muestras de forma generalizada, incluyendo más alimentos. Se encuentra una etiqueta de un envase de fosforo de aluminio, restos de vómitos en toalla

con presencia de partículas compatibles con plaguicida Aldicarb. Se observan 2 bolsas de plástico llenas de tapones, posteriormente se comprueba que son de envases de fosforo de aluminio. 3ª visita: Tras denuncia por malos olores la jueza ordena nueva visita. Se retiran los citados tapones y se observa un polvo gris que resulta ser fosforo de aluminio. La sospecha de botulismo se descartó clínicamente. Resultado necropsia. El estudio macroscópico no orientó hacia una causa. En cambio a nivel microscópico se evidenciaron lesiones compatibles con las producidas por fosfina, tanto pulmonares como necrosis centrolobulillar hepática y en otros órganos.

Conclusiones: Brote con 3 fallecidos asociado a la manipulación de dos sacos de tapones de envases de fosforo de aluminio almacenados dentro de una bañera del domicilio. La vía de entrada no está clara. La hija pequeña no murió porque no estaba en el domicilio y no comió los mismos alimentos. Se deberán extremar las medidas en el manejo y control de estos productos según normativa.

97. MOLESTIAS POR CONTAMINACIÓN AMBIENTAL: FACTORES ASOCIADOS Y RELACIÓN CON EXPOSICIÓN A NO₂ Y BENCENO EN EL EMBARAZO

A. Fernández-Somoano, I. Riaño-Galán, A.C. Rodríguez-Dehli, I. Olaya, S. Llop, I. Aguilera, A. Lertxundi, F. Ballester, A. Tardón, et al

CIBERESP y Universidad Oviedo; Hospital San Agustín; CIBERESP y FISABIO; Swiss Tropical and Public Health Institute y University Basel; Universidad del País Vasco y BIODONOSTIA; Universidad de Valencia, CIBERESP y FISABIO.

Antecedentes/Objetivos: Las molestias por contaminación del aire y ruido podrían limitar la calidad de vida y el bienestar pudiendo tener efectos psicológicos y fisiológicos en la población. Algunas características individuales tienen un gran impacto en la percepción de molestias y es importante evaluarlas. Los objetivos del estudio son: describir el grado de molestias causadas por la contaminación del aire y el ruido entre las embarazadas del estudio INMA (Infancia y Medio Ambiente); examinar la correlación de estas molestias con la exposición a NO₂ y benceno durante el embarazo; y estudiar los factores individuales asociados con las molestias.

Métodos: La población de estudio incluye 2.457 embarazadas del estudio INMA (2003-2008). Los niveles de NO₂ y benceno se midieron en 296 localidades de Asturias, Gipuzkoa, Sabadell y Valencia mediante captadores pasivos durante varios periodos de 7 días. A partir de modelos de regresión de usos del suelo (LUR) se estimaron los niveles residenciales de NO₂ y benceno en el exterior del domicilio de cada mujer, y se realizaron ajustes por variabilidad temporal para obtener exposiciones específicas durante el embarazo. Mediante entrevistas individuales se recogió información sobre variables sociodemográficas y molestias por contaminación y ruido. El nivel de molestia se evaluó mediante una escala de 0 (ninguna molestia) a 10 (molestia insoportable). Molestias de 8 a 10 se consideraron altas.

Resultados: La prevalencia de molestia alta por contaminación atmosférica fue de 11,2% y por ruido de 15,0%. Se observó una correlación positiva y estadísticamente significativa entre exposición a NO₂ y molestias por contaminación ambiental. Ambas molestias no se correlacionaron con los niveles de benceno. Las mujeres con menos estudios y las amas de casa declararon mayores molestias por contaminación atmosférica. Las molestias por contaminación ambiental se asociaron a la cercanía de las viviendas a calles con tráfico continuo y al tiempo pasado en las viviendas.

Conclusiones: Las molestias por contaminación ambiental se corresponden con la cercanía de la vivienda al tráfico. Así mismo, se corresponden con la estimación de la exposición a NO₂, contaminante relacionado con tráfico. La carga en salud de estas exposiciones puede verse incrementada por el estrés provocado por la percepción de las mismas.

Financiación: CIBERESP (Instituto de Salud Carlos III), FIS 04/2018, FIS 09/02311 y Obra Social Cajastur, Universidad de Oviedo.

260. EPISODIOS DE CALIMA E INGRESOS HOSPITALARIOS URGENTES POR CAUSAS CARDIORRESPIRATORIAS EN CANARIAS

O. Costa, E. López-Villarrubia, C. Íñiguez, F. Ballester

Dirección General de Salud Pública, Gobierno de Canarias; CIBERESP; FISABIO; Universitat de València.

Antecedentes/Objetivos: Se ha investigado relativamente poco acerca del efecto de las intrusiones de polvo sahariano (calima) sobre la salud. Por la intensidad y relativa frecuencia de dichos episodios su potencial impacto es de particular relevancia en las Islas Canarias. El objetivo de este estudio es evaluar el efecto de los días de calima, en función de su intensidad y duración, sobre los ingresos hospitalarios urgentes por causas respiratorias y cardiovasculares en Las Palmas de Gran Canaria (LPGC) y Santa Cruz de Tenerife (SCTF) durante el periodo 2001 a 2005.

Métodos: Con la información de las tablas editadas en la Web del convenio entre el Ministerio de Medio Ambiente y el CSIC sobre episodios confirmados, complementada con la de la Red de Vigilancia de Calidad del Aire de Canarias, se determinaron los días de calima en cada ciudad. Estudio ecológico de series temporales en el que se ajustan modelos aditivos generalizados, controlando por las potenciales variables de confusión, para días sin episodio, días de episodio cortos y largos ($< o \geq 5$); primeros días de episodio (0 a 4^º) y tardíos (a partir del 5^º) y días de episodio con niveles de PM10 bajos ($< 50/m^3$), medios (50-150) y altos (> 150).

Resultados: En SCTF el incremento del riesgo de ingreso por enfermedad respiratoria y EPOC durante los días de episodios largos fue del 13,8% (IC95%: 4,6-23,8) y del 23,4% (5,6-44,2) respectivamente; a partir del 5^º día de episodio del 20% (7,8-34) y del 41,8% (16,4-72,7); durante los días de episodio de intensidad media, del 10,8% (0,5-22,1) y 34,7% (12,8-60,7) y durante los de intensidad alta del 29,1% (6,3-56,8) y del 83,4% (32,2-154,3) respectivamente. En LPGC los días de episodio de intensidad media el riesgo de ingreso diario por asma se incrementó en un 49,9% (8,3-107,54) y los de intensidad alta el de ingreso por EPOC en un 53,7% (3,8-127,7). No se encontró efecto sobre causas cardiovasculares.

Conclusiones: Se ha encontrado una asociación entre los días de episodio de calima y los ingresos hospitalarios urgentes por enfermedades respiratorias en ambas ciudades. La magnitud del impacto fue superior en los días de episodio de larga duración, a partir del 5^º día y en aquellos con niveles medios y altos de PM10 ($> 50/m^3$). Los episodios de calima no deben considerarse fenómenos naturales benignos para la salud. La contaminación antropogénica debe controlarse exhaustivamente en estas áreas urbanas expuestas estacionalmente a estos episodios. Deben implementarse medidas de información y educación sanitaria (colectivas e individuales) así como de gestión y planificación de servicios sanitarios frente a ellos.

Financiación: Fundación Canaria de Investigación y Salud (PI: 42/08).

746. EFECTOS A CORTO PLAZO DEL CARBONO NEGRO SOBRE LA MORTALIDAD DIARIA EN BARCELONA

A. Tobías, C. Reche, A. Karanasiou, F. Amato, A. Alastuey, X. Querol

Instituto de Diagnóstico Ambiental y Estudios del Agua (IDAEA), Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC).

Antecedentes/Objetivos: Las guías de calidad del aire para material particulado (PM) utilizan la concentración en masa de PM con diámetros aerodinámicos $\leq 2,5$ micras (PM2.5) y ≤ 10 micras (PM10) como métrica. Se ha sugerido que las partículas de las fuentes de combustión son más relevantes para la salud humana que las partículas procedentes de otras fuentes. Sin embargo, pocos estudios

han evaluado los efectos adversos para la salud de las partículas de carbono negro (BC). Barcelona es la única ciudad de España, y una de las pocas europeas, en la que se miden los niveles diarios de BC. Nuestro objetivo es cuantificar los efectos del BC sobre la mortalidad diaria en Barcelona.

Métodos: Recogimos los entierros diarios debido a causas naturales, como indicador de la mortalidad diaria total, y los niveles diarios (promedio 24h) de BC, PM2.5 y PM10 entre 2009 y 2012. Se utilizó un diseño de casos cruzados por tiempo estratificado con regresión de Poisson condicional.

Resultados: Los efectos sobre la mortalidad diaria fueron mayores para BC que para PM2.5 y PM10. Se observó un incremento porcentual del riesgo relativo del 3% para un incremento del rango intercuartil (IQR) de 1,4 g/m³ de BC, mientras que el riesgo para la masa de PM fue inferior al 1% para incrementos del IQR de 10,5 g/m³ y 17,0 g/m³, de PM2.5 y PM10 respectivamente. En los modelos ajustando simultáneamente por dos contaminantes mostraron que el efecto del BC era más robusto que el efecto de la masa de PM.

Conclusiones: El BC es un valioso indicador de calidad de aire, adicional para evaluar los riesgos para la salud del aire dominado por partículas de combustión primaria, como las emisiones del tráfico rodado.

Financiación: Trabajo financiado por el proyecto PI12/01468, integrado en el plan Nacional de I+D+I y cofinanciado por el ISCIII-Subdirección General de Evaluación y el Fondo Europeo de Desarrollo Regional (FEDER).

537. EVALUACIÓN DE LA IMPLANTACIÓN DEL CONTROL DE ALERGENOS EN PRODUCTOS FABRICADOS EN LA VEGA BAJA

M.N. Moreno, M.P. Ruiz, M.M. Cumella, J.G. Cano

Centro de Salud Pública de Orihuela.

Antecedentes/Objetivos: Con el fin de alcanzar un nivel elevado de protección de la salud de las personas que padecen alergia y/o intolerancias alimentarias, la Directiva 2003/89/CE, transpuesta mediante Real Decreto 2220/2004, hizo obligatoria la indicación, en la lista de ingredientes, de una serie de alimentos y productos derivados que tienen la capacidad de desencadenar reacciones alérgicas en personas vulnerables. El Comité Científico sobre la Alimentación Humana de la Unión Europea ha señalado que la incidencia de alergias alimentarias ha acabado por afectar la salud e incluso la vida de muchas personas, provocando enfermedades. Por ello la dirección general de Salud Pública ha desarrollado un programa de control de alergias e intolerancias alimentarias implantado desde el 2010. En este estudio evaluamos el grado de implantación por las empresas de la Vega Baja de procedimientos eficaces de etiquetado, en relación a la presencia de alérgenos en los alimentos de forma que se garantice la información adecuada al consumidor con el fin de evitar reacciones adversas ligadas al consumo de alimentos, así como la gestión adecuada del riesgo asociado.

Métodos: Se ha realizado un estudio descriptivo de la situación de las empresas de la Vega Baja pertenecientes a los sectores de fabricación de: pan y productos de pastelería, confitería, bollería y repostería, helados, salsas, productos cárnicos y condimentos y especias. Se recogió la información mediante un cuestionario que se cumplimentó durante las visitas de inspección realizadas desde el 2010 al 2013. Se analizó los alérgenos presentes, el conocimiento por parte de las industrias de la legislación aplicable, y si cumplían las condiciones requeridas de etiquetado, y por otra parte, si se adoptaban las medidas necesarias para minimizar el riesgo.

Resultados: El número de empresas auditadas fue 58. El alérgeno más encontrado es la leche seguida de los huevos y los sulfitos. El 74% de las empresas conocían la legislación aplicable, pero solo el 65% te-

nían bien el etiquetado. Solo cumplían todas las medidas preventivas para minimizar el riesgo el 19% de las empresas.

Conclusiones: Los resultados obtenidos sugieren que se deba incidir en actividades de divulgación y sensibilización a los operadores de las actividades alimentarias sobre las exigencias de la normativa de etiquetado de alérgenos y para promover prácticas correctas que minimicen el riesgo. Los alérgenos más frecuentes coinciden con los que mayor número de alergias causan establecidos en informe científico de la Autoridad Europea de Seguridad Alimentaria EFSA.

234. EFECTOS SOBRE EL NEURODESARROLLO DE EXPOSICIONES PRE Y POSNATALES A PFAS: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

V. Ballesteros, M.J. López-Espinosa, D. Mondal, F. Ballester

Observatorio de Salud y Medio Ambiente de Andalucía (OSMAN); EASP; FISABIO Valencia; University of Salford; Universitat de València.

Antecedentes/Objetivos: Las sustancias perfluoroalquiladas (PFAS) son sustancias químicas muy usadas desde 1950 (utensilios de cocina antiadherentes, tapizados, envoltorios, detergentes, etc.). Estudios en animales han probado efectos neurológicos pero los estudios epidemiológicos son escasos. El objetivo de esta revisión es conocer el estado de la ciencia sobre el conocimiento en el ámbito del neurodesarrollo infantil.

Métodos: Las PFAS consideradas fueron: PFOS, PFOA, PFNA y PFHxS. Se realizó una búsqueda en Pubmed y Embase en Enero de 2014 con las palabras clave: “children”, “fetus”, “perfluoroalkyl compounds”, “perfluoroalkyl substances”, PFOS”, “PFOA”, “PFNA”, “PFHxS”, “pregnancy”, “gravity” y “pregnant”. 8 estudios cumplían los criterios de inclusión: (a) artículo original publicado entre 1991 y 2014, (b) evaluación de la exposición al menos a una de las PFAS seleccionadas desde el período prenatal hasta los 17 años, (c) evaluación de efectos neurológicos en personas hasta los 17 años y (d) publicación en español o inglés. La revisión se realizó según las pautas PRISMA Statement y la calidad metodológica de los estudios se evaluó con los criterios STROBE.

Resultados: La exposición pre y postnatal a PFOS se ha asociado con efectos negativos sobre motricidad y comportamiento, sin embargo no todos los estudios encuentran asociaciones claras con dichos efectos. Respecto al PFOA, algunos estudios sí han encontrado asociación de la exposición postnatal con déficit de atención y síndrome de hiperactividad al considerar a niños con medicación, sugiriéndose una modificación de efecto por sexo, aunque otro no ha encontrado asociación con los resultados de tests neuropsicológicos. Un estudio relacionó exposición postnatal a PFHxS y problemas de aprendizaje y otro, PFNA y PFHxS con mayor riesgo de impulsividad. La exposición prenatal a PFAS se evaluó en 3 estudios longitudinales y la postnatal en 4 (2 transversales). Un solo estudio evaluó exposiciones pre y postnatales.

Conclusiones: Se ha identificado un patrón en cuanto a posibles efectos neurológicos de la exposición prenatal a PFOS que no es tan claro para PFOA. La información sobre PFHxS y PFNA es todavía limitada para poder elucidar cualquier conclusión definitiva. En general, los estudios sobre exposición a PFAS y desarrollo neurológico son limitados, usan gran variabilidad de tests para evaluar posibles efectos, a veces indirectamente en forma de encuestas a padres y profesores y tan sólo uno mide exposición pre y postnatal. Se evidencia la necesidad de realizar estudios longitudinales con evaluaciones del neurodesarrollo a lo largo de la infancia.

Financiación: ISCIII Miguel Servet: CP11/0178 Conselleria de Sanitat Valenciana.

313. EXPOSICIÓN PRENATAL A POLIBROMODIFENIL ÉTERES A TRAVÉS DE LA DIETA. RESULTADOS DE LA COHORTE INMA

O. Costa, M.J. López-Espinosa, E. Vizcaíno, M. Murcia, A. Fernández-Somoano, J.O. Grimalt, J. Vioque, F. Ballester, A. Tardón

FISABIO; CIBERESP; Imperial College London; Universidad de Oviedo; IDÆA-CSIC, Barcelona; Universidad de Valencia.

Antecedentes/Objetivos: Los polibromodifenil éteres (PBDEs) son compuestos bromados de extenso uso como retardantes de llama en textiles, materiales de construcción y plásticos de las carcasas de productos electrónicos. La exposición a estos compuestos se produce a través de la dieta, ciertas exposiciones ambientales, estilos de vida, etc. Algunos estudios sugieren que la exposición prenatal a PBDEs podría provocar efectos adversos en el desarrollo fetal. El objetivo del presente estudio es examinar los determinantes dietéticos de la exposición prenatal a PBDEs.

Métodos: La población de estudio son mujeres embarazadas y sus hijos recién nacidos participantes en las cohortes INMA de Valencia y de Asturias (2003-2008). Los niveles de PBDEs se midieron en muestras de sangre de cordón (n = 534). La información dietética y sociodemográfica se obtuvo mediante cuestionarios en las semanas 12 y 32 de embarazo. Las concentraciones de PBDEs (47, 99, 153, 154 y 209) se analizaron mediante cromatografía de gases acoplada a un espectrómetro de masas. Se utilizaron modelos de regresión multivariante para examinar la asociación entre las concentraciones de la suma de los cinco PBDEs (Σ PBDEs) y diversos grupos de alimentos. Los modelos se ajustaron por variables socio-demográficas.

Resultados: La concentración de la suma total de los compuestos bromados estudiados oscila entre 5,98 y 771,74 pg/mL, con una mediana de 19,30 pg/mL. Un mayor consumo de alimentos de origen marino, en concreto, de pescado azul grande y mariscos y cefalópodos, se asoció con mayores niveles de Σ PBDEs ($p < 0,05$). No se encontraron asociaciones estadísticamente significativas con ninguno de los otros grupos de alimentos estudiados (consumo de huevos, aceites y grasas, productos lácteos y cárnicos).

Conclusiones: Niveles más elevados de Σ PBDEs se asociaron de manera significativa con un mayor consumo de alimentos de origen marino. Un mejor conocimiento de los determinantes de la exposición a PBDEs durante el embarazo aumentaría las posibilidades de futuras acciones y recomendaciones, con el objetivo de disminuir la exposición a dichos compuestos.

Financiación: ISCIII (Red INMA G03/176, CB06/02/0031, FIS-FEDER 03/1615, 04/1509, 04/1112, 04/1931, 04/2018, 05/1079, 05/1052, 06/1213, 07/0314, 09/02311, 09/02647, 11/01007, 11/02591, 11/02038, 13/1944 y Miguel Servet: CP11/0178), Conselleria de Sanitat Valenciana, Obra Social Cajastur y Universidad de Oviedo.

764. IMPACTO AMBIENTAL POR DROGAS DE ABUSO

N. Rubio López, M.J. Andrés Costa, M.M. Morales Suárez-Varela, Y. Pico García

Facultad de Farmacia, Universidad de Valencia; Centro Superior de Investigación en Salud Pública (CSISP); CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP); Food and Environmental Safety Research Group (SAMA-UV).

Antecedentes/Objetivos: El agua es un recurso natural, escaso, indispensable para la vida humana y el sostenimiento del medio ambiente, que como consecuencia del rápido desarrollo humano y económico y del uso inadecuado que se ha hecho de ella, ha sufrido un alarmante deterioro. Las medidas legislativas que se han ido adoptando progresivamente para evitar la contaminación química

del agua y los riesgos que se derivan de ella, han contribuido a paliar parcialmente esta situación. El desarrollo de métodos de análisis más sensibles ha permitido alertar de la presencia de otros contaminantes, potencialmente peligrosos, denominados globalmente contaminantes emergentes, como es el caso de las drogas de abuso. El objetivo de este estudio es determinar la presencia de drogas de abuso y sus principales metabolitos en las aguas residuales en el afluente y efluente de las estaciones depuradoras de aguas residuales (EDAR) y evaluar la eficacia de eliminación de las drogas de abuso en las EDAR.

Métodos: Se tomaron cuatro muestras íntegras de 24h en la entrada y salida de tres depuradoras de Valencia. Se analizaron 7 días consecutivos, obteniendo 168 alícuotas de agua residual. Para analizar las aguas residuales se usó la extracción de fase sólida y la cromatografía líquida de alta resolución acoplada a un espectrómetro de masas (LC-MS/MS).

Resultados: La benzoilecgonina, cocaína y THCCOOH son los compuestos más abundantes encontrados en las aguas residuales del afluente de las depuradoras. En cambio en muestras de agua residual del efluente no se detectan todas las drogas de abuso. Sólo se detecta cocaína, benzoilecgonina, ketamina y 3,4-metilenodioximetanfetamina (MDMA). La eficacia de eliminación de la anfetamina, metanfetamina, 6-monoacetilmorfina, THCCOOH es del 100% existiendo diferencia significativa en la eficacia de eliminación de la ketamina ($p < 0,001$) en las diferentes depuradoras.

Conclusiones: El agua tratada de las estaciones depuradoras habitualmente se usa para tareas agrícolas, por lo que la fracción de droga que no es eliminada se encuentra disuelta en el agua pudiendo contaminar aguas superficiales, subterráneas (por la recarga de acuíferos), etc. La droga que se elimina del agua residual puede degradarse por sí sola durante el tratamiento de eliminación o quedarse fijada al fango activo de la depuradora, que posteriormente se aplicará como abono en zonas agrícolas y podrá contaminarlo. Se desconoce gran parte de la ecotoxicidad de las drogas de abuso sobre los organismos acuáticos o su bioconcentración en la biota por lo que es imprescindible seguir investigando.

Métodos: Se determinó la densidad mineral ósea (DMO) en 2 regiones de interés (columna lumbar y fémur) mediante DEXA (DPX-L, Lunar Technologies, EEUU). La desmineralización ósea se estableció ante puntajes "t" $< -1,0$ desviaciones estándar. La cuantía y calidad de los ingresos de Calcio dietético se estimaron mediante el puntaje pCa que tiene en cuenta la frecuencia de consumo de alimentos tenidos como fuente de calcio y la biodisponibilidad del mineral. Se evaluaron la naturaleza y la fuerza de la asociación entre la desmineralización ósea, por un lado, y los factores presuntivos de riesgo de osteoporosis y el estado del ingreso del calcio dietético, por el otro.

Resultados: La desmineralización ósea fue dependiente de la región de interés: fémur: osteoporosis: 13,2% + osteopenia: 50,9%; columna lumbar: osteoporosis: 49,1% + osteopenia: 37,7%. Los mayores ingresos de calcio dietético se concentraron en: leche y lácteos (pCa = 26,56), carnes, pescados, mariscos y huevos (pCa = 6,51), frijoles y otras leguminosas (soja incluida) (pCa = 2,85); y verduras (pCa = 2,54); respectivamente. El puntaje "t" de DMO se asoció con la edad de la mujer, los antecedentes familiares de fracturas óseas, el índice de masa corporal (IMC), y la grasa corporal (estimada mediante DEXA). Los ingresos de calcio dietético fueron independientes de los factores presuntivos de riesgo de desmineralización ósea, y del puntaje "t" de DMO en las regiones de interés.

Conclusiones: La desmineralización ósea se asocia significativamente con el envejecimiento femenino, y una mayor presencia de la grasa corporal. Los antecedentes familiares de fracturas óseas pueden servir para identificar a la mujer posmenopáusica con un riesgo incrementado de desmineralización ósea. Se deben emprender investigaciones ulteriores para establecer el papel del ejercicio físico y mejores ingresos de calcio dietético como factores protectores de la pérdida de la DMO.

89. DURACIÓN DE LOS EPISODIOS DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR LUMBALGIA SEGÚN EL TIPO DE CONTINGENCIA

D.A. Sierra, J.M. Martínez, E. Calvo, F.G. Benavides

Centro de Investigación en Salud Laboral (CISAL) Universitat Pompeu Fabra; Ciber de Epidemiología y Salud Pública; Instituto de Investigación Sanitaria IMIM Parc Salut Mar; Ibermutuamur.

Antecedentes/Objetivos: Comparar la duración de la incapacidad temporal (IT) por contingencias comunes (ITcc) y profesionales (ITcp) por lumbalgia inespecífica, teniendo en cuenta factores individuales, sociales y de gestión.

Métodos: Estudio longitudinal que incluye 927 casos de IT que iniciaron un episodio de lumbalgia inespecífica en el año 2010 y que duraron más de 15 días, gestionados por una única mutua en la Comunidad Autónoma de Madrid. Se calcularon la mediana y los percentiles 25 y 75 de la duración de la IT para variables socio-demográficas, laborales, clínicas y de gestión, según el tipo de contingencia. Se estimó la probabilidad de finalización de la IT (alta) en función de la duración según el tipo de contingencia. Utilizando un modelo de Cox se obtuvieron razones de tasas instantáneas de alta ajustadas (HR) de ITcp respecto a ITcc e intervalos de confianza al 95% (IC95%). Los análisis se estratificaron según sexo.

Resultados: 773 casos de IT (83,4%) correspondían a contingencia común y 154 a profesional (16,6%). La duración mediana de la ITcc fue de 34 días, y en la ITcp de 26 días. La probabilidad de alta en función de la duración fue mayor para la ITcp que para ITcc ($p < 0,002$). En el análisis ajustado también se observó una tasa instantánea de alta mayor (menor duración de la IT) para la ITcp que para la ITcc tanto en

Problemas específicos de salud I (Oral 10 minutos)

Jueves, 4 de septiembre de 2014. 09:30 a 11:00 h

Moderadora: Gaby Ortiz-Barreda

87. DENSIDAD MINERAL ÓSEA, CALCIO DIETÉTICO Y FACTORES PRESUNTIVOS DE RIESGO DE OSTEOPOROSIS

S. Betancourt

ESPOCH-Riobamba, Ecuador.

Antecedentes/Objetivos: La osteoporosis es causa de fracturas patológicas y pérdida de autonomía y validismo en la mujer post-menopáusica. La identificación de factores de riesgo puede servir en la prevención de la aparición de esta co-morbilidad. **Objetivos:** Determinar la asociación entre la desmineralización ósea y características demográficas, clínicas y antropométricas selectas de la mujer posmenopáusica que puedan asumirse como factores de riesgo.

hombres (HR: 2,1; IC95%: 1,6-2,8) como en mujeres (HR: 3,6; IC95%: 2,5-5,1).

Conclusiones: Los resultados aportan evidencia en relación con la menor duración de los procesos de incapacidad temporal por lumbalgia en los casos en los que es gestionada como ITcp. Es necesario continuar investigando los mecanismos y estrategias de gestión clínica de los casos de lumbalgia.

Financiación: Beca CISAL.

164. EXPOSICIÓN A CADMIO Y DESARROLLO NEUROPSICOLÓGICO INFANTIL EN EL ÁREA DE LA RÍA DE HUELVA

M. Rodríguez-Barranco, M. Lacasaña, F. Gil, A. Lorca, J. Alguacil, B. González, I. Molina, R. Mendoza, C. Aguilar

Escuela Andaluza de Salud Pública; Universidad de Granada; Universidad de Huelva; CSISP-FISABIO.

Antecedentes/Objetivos: La Ría de Huelva es un área caracterizada por la presencia de altos niveles de metales pesados por una alta actividad industrial y minera. El cadmio (Cd) es un metal pesado con efectos neurotóxicos conocidos, pero pocos estudios han evaluado su efecto sobre el neurodesarrollo infantil. El objetivo del estudio fue evaluar el efecto de la exposición posnatal a Cd y el desarrollo neuropsicológico en niños y niñas entre 6 y 9 años residentes en Huelva y municipios colindantes a la Ría de Huelva.

Métodos: Estudio transversal con 261 niños de 6 a 9 años. La exposición a Cd se determinó mediante los niveles en orina y pelo de los niños/as mediante espectrofotometría de absorción atómica. El desarrollo neuropsicológico se evaluó con la Escala de Inteligencia de Wechsler para niños-4ª Edición (WISC-IV), que evalúa el coeficiente intelectual total (CIT) y cuatro dominios específicos (comprensión verbal, razonamiento perceptivo, memoria de trabajo y velocidad del procesamiento). Adicionalmente se aplicaron tres pruebas computarizadas del Behavioral Assessment and Research System (BARS): tiempo de reacción, rendimiento continuo y atención selectiva. Se administró un cuestionario a los padres para recoger características sociodemográficas, del nacimiento y frecuencia de consumo de alimentos. Para evaluar la asociación se construyeron modelos de regresión lineal multivariantes, ajustados por potenciales confusores, incluyendo como variables dependientes los resultados de las pruebas de neurodesarrollo y como independientes los niveles de Cd en orina y pelo, previamente log₂-transformados.

Resultados: La media geométrica de los niveles de Cd en orina y pelo fue 0,75 g/g creatinina y 0,01 g/g respectivamente. El 92% de las muestras de orina y el 39% de las muestras de pelo estuvieron por encima del límite de detección. Se observó que duplicar la exposición a Cd se asoció con una disminución de dos puntos en el CIT de los niños (IC95%: -3,8; -0,4), que afectó principalmente a la comprensión verbal (= -2,0; IC95%: -4,0; -0,1) y el razonamiento perceptivo (= -1,8; IC95%: -3,7; 0,1). Entre las niñas sólo se encontró un efecto similar en la comprensión verbal, aunque no alcanzó la significación estadística.

Conclusiones: La exposición a Cd está asociada con déficits cognitivos en los niños de la zona de influencia de la Ría de Huelva, pero no en las niñas. Nuestros resultados proporcionan evidencia adicional del efecto neurotóxico de la exposición postnatal a Cd en población infantil, y apoyan la hipótesis de las diferencias entre sexos en el efecto neurotóxico de los metales en niños y niñas reportados en otros estudios.

Financiación: Consejería de Salud (Exp: PI0755/2010), Consejería de Economía, Innovación, Ciencia y Empleo (Grupo de Investigación CTS-177) y el Fondo Europeo de Desarrollo Regional "Andalucía se Mueve con Europa".

240. EXPOSICIÓN AL SELENIO Y MARCADORES DEL ESTRÉS OXIDATIVO: UN ESTUDIO POBLACIONAL DE INTERACCIÓN GEN-AMBIENTE

I. Galan-Chilet, G. de Marco, J.C. Martín-Escudero, R. López-Izquierdo, I. González-Manzano, G. Sáez, C. Tormos, M. Tellez-Plaza, F.J. Chaves, et al

Instituto de Investigación Sanitaria-INCLIVA; Hospital Universitario Río Hortega; Hospital Universitario Clínico de Valencia; Hospital General Universitario de Valencia; Instituto de Investigación Biomédica de Málaga-IBIMA; CIBEROBN; CIBERDEM; Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health.

Antecedentes/Objetivos: El papel de selenio en la prevención de la enfermedad crónica es controvertido, especialmente en poblaciones donde no hay deficiencia en la exposición al selenio. La exposición a altas concentraciones del selenio podría aumentar el estrés oxidativo. El objetivo de este estudio fue investigar la asociación entre la exposición al selenio y marcadores de estrés oxidativo y su posible interacción con polimorfismos en genes candidatos en una muestra representativa de población general de Valladolid.

Métodos: Se realizó un estudio transversal en 1445 individuos procedentes del Estudio Hortega (1997-2002). Los niveles de selenio en plasma fueron medidos por ICPMS. Los niveles de biomarcadores de estrés oxidativo, incluyendo el ratio entre glutatión oxidado/reducido (GSSG/GSH), malondialdehído (MDA) y 8-oxo-7,8-dihidroguanina (8-oxo-dG), se midieron en orina mediante HPLC. 168 polimorfismos (SNPs) genotipados mediante la técnica de SNPlex pasaron los filtros de calidad y el test de Hardy-Weinberg. Se estimaron razones de medias geométricas ajustadas mediante modelos de regresión lineal donde el selenio se introdujo de forma no lineal (splines).

Resultados: La media geométrica de los niveles de plasma de selenio fue 84,76 µg/L. En modelos no lineales, las razones de medias geométricas ajustadas de los marcadores de estrés oxidativo comparando el percentil 80 (104,0 µg/L) con el 20 (69,0 µg/L) de la distribución de selenio en plasma fueron 0,65 (0,55-0,78) para GSSG/GSH, 0,88 (0,80-0,97) para MDA, y 1,05 (0,96-1,16) para 8-oxo-dG. A partir de ~110 µg/L de selenio, la dosis respuesta con GSSG/GSH y 8-oxo-dG fue monótona creciente. rs5182 (SOD2) y rs4880 (AGTR1) mostraron interacciones con el selenio a un p-valor < 3 × 10⁻⁴ (nivel de significación corregido por Bonferroni), con GSSG/GSH y MDA, respectivamente. Se identificaron genotipos asociados con mayores niveles de marcadores de estrés oxidativo a altos niveles de selenio.

Conclusiones: Nuestro estudio refleja la complejidad de la biología de selenio y apunta a la posibilidad de que concentraciones elevadas de exposición al selenio pueden aumentar el estrés oxidativo en algunos procesos biológicos. Es necesario confirmar nuestros resultados y evaluar la relevancia de posibles interacciones entre variación genética y selenio en otras poblaciones.

417. PAPEL DE LOS FACTORES PSICOLÓGICOS INDIVIDUALES Y CULTURALMENTE INFLUENCIABLES EN LOS SÍNTOMAS Y LA DISCAPACIDAD ASOCIADA A TRASTORNOS MUSCULOESQUELÉTICOS

S. Vargas-Prada, C. Serra, J.M. Martínez, K.T. Palmer, D. Coggon, G. Ntani, G. Delclos, F.G. Benavides

CiSAL-Universitat Pompeu Fabra; MRC Lifecourse Epidemiology Unit, University of Southampton.

Antecedentes/Objetivos: Evaluar la importancia de las creencias sobre la salud, la salud mental y la tendencia a somatizar como predictores de la incidencia y persistencia de dolor musculoesquelético, y determinar si estos factores influyen principalmente en el desarrollo y persistencia del dolor o sobre la discapacidad asociada.

Métodos: 1.105 enfermeras y administrativos fueron entrevistados al inicio del estudio sobre sus factores psicológicos individuales (salud mental y tendencia a somatizar) y culturalmente influenciados (creencias sobre la salud aplicables al dolor) y la presencia de dolor músculo-esquelético en el último mes y en el último año en seis zonas anatómicas diferentes. El dolor fue clasificado como discapacitante si se reportaban 1 o más actividades cotidianas difíciles o imposibles de realizar. A los 12 meses de seguimiento, se volvió a entrevistar a los participantes sobre la presencia de dolor en el último mes y la discapacidad asociada. Aquellos lugares anatómicos sin dolor y con dolor fueron incluidos en los análisis para el dolor incidente y dolor persistente, respectivamente. Se utilizaron modelos de regresión logística multinomial multinivel para explorar las asociaciones de los factores de riesgo basales con el dolor al seguimiento.

Resultados: 971 participantes (87,9%) completaron el seguimiento. El bajo estado de ánimo y la tendencia a somatizar predijeron la incidencia de dolor lumbar y la discapacidad asociada. El bajo estado de ánimo se asoció significativamente con la persistencia de dolor lumbar discapacitante (OR 1,7; IC95% 1,1-1,7). Las creencias negativas acerca del trabajo como causa de dolor fueron predictoras de la incidencia de dolor lumbar discapacitante (OR 3,3; IC95% 1,2-9,2). El desarrollo de dolor discapacitante en cualquier lugar anatómico se asoció con la mayoría de los factores de riesgo psicológicos examinados, y su persistencia fue predicha por las creencias negativas sobre el pronóstico del dolor (OR 1,5; IC95% 1,1-2,1). Las asociaciones con el desarrollo y la persistencia de dolor no discapacitante fueron más débiles.

Conclusiones: La influencia de los factores psicológicos establecidos es menor en la ocurrencia y la preocupación por los síntomas y mayor en la discapacidad que causan.

Financiación: FIS 070422.

590. HIPOTIROIDISMO CONGÉNITO EN ASTURIAS. TREINTA AÑOS DE CRIBADO

L. Pruneda González, E. García Fernández, M. Margolles Martins

SpainRDR, Oficina de Investigación Biosanitaria de Asturias; Consejería de Sanidad de Asturias.

Antecedentes/Objetivos: El hipotiroidismo congénito (HC) es la primera causa de discapacidad psíquica prevenible. El cribado neonatal es crucial para instaurar un tratamiento precoz y evitar complicaciones. En Asturias, el diagnóstico neonatal de HC comenzó en 1982 con una cobertura inferior al 50% que aumentó al 99,36% en 2012. Nuestro objetivo es detectar posibles falsos positivos (FP) y falsos negativos (FN) del cribado para conocer la calidad del mismo y estimar la prevalencia de HC.

Métodos: Estudio descriptivo de prevalencia, incidencia al nacimiento y calidad de cribado. La información procede del registro del CMBD (diagnósticos de HC en Asturias, CIE9MC: 243) de 1996-2012, del registro del Laboratorio de Detección Neonatal de Enfermedades Metabólicas de la Universidad de Oviedo de 1982-2012 y de las historias clínicas de los casos.

Resultados: Identificamos 130 casos posibles de HC (45% exclusivos de cribado, 27% solo de CMBD y 28% detectados en ambas fuentes). Tras la revisión de las historias clínicas descartamos el 11% del CMBD (había 10 nacidos antes del 82 que no eran HC). Con un 85% de historias clínicas de casos cribados+ consultadas, confirmamos 42 HC permanentes (53%), 33 transitorios (41%) —en general por prematuridad o alteraciones tiroideas maternas, 12% pendiente de reevaluación diagnóstica a la edad de 3 años— y 4 FP (4,7%). La incidencia de cribados+ fue de 1 de cada 2.618 nacimientos mientras que la de casos de HC permanente confirmados es de 1 de cada

5.923 nacimientos (diferencia debida a casos transitorios y a FP). Los datos procedentes del CMBD nos permitieron identificar un 9,6% de casos de HC que no se beneficiaron del cribado (72,7% mujeres) al haber nacido antes de su implantación (edad a 2012: 67 ± 17). Por otro lado, hay otro 9,6% de HC no cribados (50% mujeres) a los que, por edad, sí les correspondía -5 nacieron en otras comunidades y no tenemos datos de cribado y 6 nacieron en Asturias (se les midió nivel de TSH y otras pruebas diagnósticas en el hospital de nacimiento durante el periodo neonatal al presentar hipotonía y otras patologías que conllevan hipotiroidismo asociado, síndrome de Wiedeman-Beckwith). La elevación fue transitoria en 4 casos y permanente en otros 2. No detectamos ningún FN del cribado neonatal. La prevalencia estimada de HC es de 1,06 por 100.000 hab. (67% mujeres).

Conclusiones: Es preciso mejorar la codificación de HC en el CMBD (sobre todo en adultos) para aumentar la calidad del registro. Es importante realizar la confirmación diagnóstica tras el cribado para retirar el tratamiento a los FP. El cribado en Asturias tiene una buena sensibilidad por lo que ha ayudado a disminuir la prevalencia de deficiencia intelectual en nuestro entorno.

Financiación: FIS, expediente IR11/RDR-XX para 2012-2014.

593. CONSUMO INTENSIVO DE ALCOHOL Y LESIONES EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS: SEIS AÑOS DE SEGUIMIENTO

L. Moure-Rodríguez, C. Carbia, S. Doallo, E. López-Caneda, F. Caamaño, M. Corral, S. Rodríguez-Holguín, F. Cadaveira

Área de Saúde Pública, Universidade de Santiago de Compostela, CIBERESP; Área de Psicobiología, Universidade de Santiago de Compostela.

Antecedentes/Objetivos: El patrón de consumo de alcohol tradicional en España consiste en un consumo regular, asociado generalmente a eventos o celebraciones familiares. En los últimos años entre los jóvenes a nivel mundial se está practicando el llamado consumo intensivo agudo, que consiste en ingerir grandes cantidades de alcohol en poco tiempo alcanzando concentraciones en sangre de 0,8 g/l. El objetivo principal de este estudio es evaluar el efecto del consumo intensivo de alcohol sobre las lesiones relacionadas con esta droga.

Métodos: Se ha realizado un estudio de cohorte abierta entre universitarios en España ($n = 1.382$) con un seguimiento de seis años (noviembre 2005-mayo 2012). El consumo intensivo y las lesiones relacionadas con el alcohol se midieron mediante las preguntas 3 y 9 del cuestionario AUDIT administrado a cada uno de los participantes a las edades de 18, 20, 22 y 24 años. Para analizar los datos se utilizó la Regresión Logística Multinivel para medidas repetidas ajustando por frecuencia de consumo de alcohol (pregunta 1 del AUDIT) y consumo de cannabis.

Resultados: La tasa de respuesta al comienzo del estudio fue 99,6%. La tasa de incidencia de lesiones relacionadas con el alcohol fue de 3,2 por 100 estudiantes año⁻¹. Tras ajustar por consumo de alcohol y de cannabis, el modelo multivariante revela que la alta frecuencia de consumo intensivo fue un factor de riesgo para las lesiones relacionadas con el alcohol (Odds Ratio = 3,89 [IC95%: 2,16-6,99]). La fracción atribuible poblacional fue del 45,48% [IC95%: 24,91-57,77].

Conclusiones: El consumo intensivo de alcohol conduce a un aumento de las lesiones relacionadas con el alcohol. Esto muestra una nueva dimensión de las consecuencias de esta preocupación social que ya se ha relacionado con variedad de problemas sociales y de salud. Los resultados nos permiten sugerir que en torno a la mitad de las lesiones relacionadas con el alcohol podrían evitarse eliminando este patrón de consumo.

738. GECOAR: GESTIÓN DE LA COMORBILIDAD EN LA ARTRITIS

E. Loza, C. Lajas, J.L. Andreu, A. Balsa, I. González-Álvarez, O. Illera, J.A. Jover, I. Mateo, J. Orte

Sociedad Madrileña de Reumatología.

Antecedentes/Objetivos: Desarrollar recomendaciones para la detección y manejo de la comorbilidad en artritis reumatoide.

Métodos: Metodología RAND/UCLA. Revisión sistemática de la literatura. Grupo de discusión, recomendaciones específicas. Estudio Delphi.

Resultados: Se presentan 10 de 21 recomendaciones con su acuerdo medio Investigar comorbilidades y factores de riesgo de alta incidencia o mortalidad, especialmente aquellos que sean potencialmente evitables o que puedan interferir con la evaluación de la AR o su tratamiento (9,4) La optimización del uso de la anamnesis, el examen físico y la información electrónica como principales fuentes para identificar y confirmar la comorbilidad de la AR (9,3) Que se registren cuidadosamente todos los fármacos que el paciente toma, tengan o no que ver con su AR (9,4) Un control más estrecho de la enfermedad en presencia de manifestaciones extra-articulares, de acuerdo a lo recomendado en las principales guías clínicas (9,2) Que se apliquen, cuando sean necesarias y sin demora, las medidas preventivas de osteoporosis y fracturas en los pacientes con AR y elevado riesgo de fracturas (9,2) Tener especial cuidado en la valoración del dolor crónico y la depresión, por ejemplo descartando la existencia de fibromialgia asociada, cuando se evalúa y se decide un tratamiento en pacientes con AR (8,4) Implicar al reumatólogo en todas las fases de la planificación y toma de decisiones de la cirugía (ortopédica o general) en pacientes con AR (8,6) Definir en cada área de salud el nivel de responsabilidad en el manejo de la comorbilidad específica, adaptándose en cada caso al entorno y recursos disponibles, de acuerdo a las guías nacionales e internacionales para su manejo (9,0) Que se realice de forma rutinaria promoción de la salud en pacientes con AR (8,9) Que se incida sobre el mantenimiento de la higiene oral y que se sigan pautas de prevención en caso de una extracción dental o cirugía oral en los pacientes con AR (8,7).

Conclusiones: Se han establecido recomendaciones para: 1) saber qué comorbilidades deben ser investigadas; 2) cómo y cuándo se deben investigar comorbilidades y factores de riesgo; 3) cómo manejar comorbilidades específicas y promover la salud; 4) asegurar una atención integral a pacientes de AR con alguna comorbilidad Que se incida sobre el mantenimiento de la higiene oral y que se sigan pautas de prevención en caso de una extracción dental o cirugía oral en los pacientes con AR (8,7) El seguimiento de las recomendaciones de guías y consensos sobre la gestión del riesgo con el uso de fármacos antireumáticos, especialmente FAME sintéticos y biológicos, glucocorticoides y AINEs (9,6) Informar, y aconsejar cuando proceda, sobre el efecto de la AR y sus tratamientos en el embarazo y la fertilidad (9,8).

Financiación: Laboratorios Roche.

844. ANEMIAS DETECTADAS EN ANCIANOS ESTUDIADOS AMBULATORIAMENTE EN UN CENTRO DE SALUD URBANO

J. Casals Fransi, E. Kronfly Rubiano, M. Bonfill Gavalda, M. Comellas Villalba, Y. Rico García, M. Fernández Fernández

Institut Català de la Salut.

Antecedentes/Objetivos: En un estudio sobre fragilidad en ancianos visitados ambulatoriamente en un centro de salud urbano durante los años 2010-2011, se estudió el riesgo de malnutrición y diversos factores asociados, la anemia entre ellos. Describimos las características de las anemias (AN) detectadas en los ancianos es-

tudiados, según su clasificación morfológica, su etiopatogenia y su evolución clínica.

Métodos: Se diagnosticó AN con la disminución de hemoglobina (Hb), según sexo (Hb < 12 g/dl en mujeres [M] y Hb < 13 g/dl en hombres [H]); con el test Mini Nutritional Assessment (MNA) se estudió el riesgo de malnutrición (índice MNA < 23,5); se ha considerado un volumen corpuscular medio (VCM) del hematíe normal de 83-97 fl. para la clasificación morfológica, y 2 subgrupos de edad (< 80 y ≥ 80) para su estudio.

Resultados: Se detectaron 44 AN en los 271 pacientes estudiados, con una prevalencia global de AN = 16,2% (M = 13,4% [25/187]; H = 22,6% [19/84]). Prevalencias según: edad < 80 años = 14% (19/136), edad ≥ 80 años = 18,5% (25/135); riesgo de malnutrición (RM), con RM = 22,1% (21/95), sin RM = 13,1% (23/176). Frecuencias según VCM: 9 microcíticas, 30 normocíticas y 5 macrocíticas. Según etiopatogenia: 10 AN por enfermedad crónica (AEC), 8 por insuficiencia renal crónica (AEC-IRC), 7 ferropénicas (AF), 4 sangrados agudos (SA), 3 multicarenciales (AF + déficit de vit. B12), 2 talasemias, 1 por déficit de vit B12, 1 por hepatopatía, 1 por alcohol, 1 mixta (AF + AEC-IRC), 6 AN de origen desconocido (AOD). Ninguna AOD era microcítica. En su evolución clínica durante 1 año, 15 se resolvieron y 25 no (faltando datos en 4 [3 éxitus]). Las AN resueltas fueron: 5 AF, 4 AOD, 3 AEC, 2 SA, 1 mixta. El tratamiento más utilizado: sales ferrosas por vía oral (6/15).

Conclusiones: Elevada prevalencia de AN en ancianos. La prevalencia es mayor en el sexo masculino y aumenta con la edad y el riesgo de malnutrición. La mayoría de AN son normocíticas, donde predominan AEC y AEC-IRC; menos frecuentes son las microcíticas, donde predominan AF; las menos frecuentes son las macrocíticas, sin claro predominio de ninguna en especial. Son pocas las AN que se resuelven en AP, siendo en su mayoría AF y AOD.

Planificación y gestión sanitaria (Oral 10 minutos)

Jueves, 4 de septiembre de 2014. 09:30 a 11:00 h

Modera: Alberto Ruano Raviña

114. IMPACTO DE LAS NOTAS DE PRENSA EN LAS CITAS RECIBIDAS POR LOS ARTÍCULOS PUBLICADOS EN GACETA SANITARIA

A. Ruano-Ravina, C. Álvarez-Dardet, C. Borrell, F. Domínguez-Berjón, E. Fernández, A. García

Comité Editorial de Gaceta Sanitaria; Universitat de València.

Antecedentes/Objetivos: Hay pocos estudios que analicen los factores que influyen sobre el factor de impacto bibliométrico de una revista y las notas de prensa son uno de estos factores. Se presenta un análisis del impacto en las citas recibidas por los artículos objeto de una nota de prensa elaborada desde Gaceta Sanitaria.

Métodos: Se elaboró una base de datos con todos los artículos publicados en Gaceta Sanitaria entre 2007 y 2011. Para cada uno se registró el número de citas recibidas hasta el año 2012 (incluido) en la base de datos Web of Science. Para cada artículo se registró si había sido incluido o no en las notas de prensa elaboradas desde la revista. Desde 2007 hasta 2011 dos artículos de cada número han sido objeto de una nota de prensa por término medio, aunque en algún número sólo hubo una nota de prensa. Las notas de prensa fueron para artícu-

los originales y artículos breves, por lo que en este análisis se incluyen exclusivamente los artículos publicados bajo estos formatos. Se comparó la mediana de citaciones recibidas y los rangos intercuartílicos (RIC) entre los artículos originales breves y artículos originales objeto de nota de prensa frente a aquellos artículos originales sin nota de prensa. También se obtuvieron las citaciones y rangos intercuartílicos para las revisiones.

Resultados: En el periodo considerado, se publicaron en Gaceta Sanitaria un total de 286 originales (de los que el 19% eran originales breves, $n = 54$). De este total, 47 artículos (16% del total) fueron incluidos en las notas de prensa preparadas desde la revista (incluyendo 4 originales breves). El resto de trabajos publicados en el mismo periodo no fueron objeto de nota de prensa (189 originales y 50 originales breves). La mediana de citaciones de los artículos sin nota de prensa fue de 1 (RIC 0-3), mientras que para los artículos con nota de prensa fue de 3 (RIC 1-5). La prueba de comparación de medianas dio un valor de $p = 0,038$. Por otra parte, en el mismo periodo se publicaron en Gaceta 19 revisiones, que recibieron una mediana de 3 citas (RIC 1-6), siendo estos resultados muy similares a los obtenidos en el análisis para los artículos originales con nota de prensa ($p = 0,967$).

Conclusiones: Las notas de prensa elaboradas desde Gaceta se asocian al número de citas recibidas por los artículos originales y originales breves, siendo los resultados comparables a los que alcanzan las revisiones. Un ensayo clínico aleatorizado sería la manera ideal de comparar el verdadero impacto en las citaciones de la selección de un artículo original para una nota de prensa.

174. EVALUACIÓN DE LA TRANSFERENCIA DE ACTIVIDADES FORMATIVAS DE DIRECTIVOS DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DE EL SALVADOR

J.J. Mercader Casas, B. Isac Martínez, O.J. Mendoza García, E.M. Ildio Paulo, J.F. García Gutiérrez, M. Hernán García

Escuela Andaluza de Salud Pública.

Antecedentes/Objetivos: Las actividades formativas evaluadas forman parte del Proyecto Fortalecimiento de la capacidad de rectoría y apoyo al desarrollo de la red de servicios públicos del MINSAL de El Salvador. Su meta es impulsar la Reforma de la salud pública, desarrollando los recursos humanos y los cuadros directivos del sistema público. Está siendo realizado por la Escuela Andaluza de Salud Pública con financiación de la Agencia Andaluza de Cooperación y Desarrollo. El objetivo fijado es evaluar la transferencia de la actividad formativa realizada en 2013 en el marco de este proyecto. Por evaluación de la transferencia se entiende determinar el grado en que los participantes transfieren o aplican a su puesto de trabajo los conocimientos y habilidades adquiridos durante la formación.

Métodos: Para recabar la información se realizó una encuesta en línea entre el alumnado. Se elaboró un cuestionario electrónico de carácter anónimo con la herramienta LimeSurvey. Fue remitido a 229 personas con una tasa de respuesta del 62,45%.

Resultados: El perfil de la población encuestada se corresponde con personas de 43 años de media (rango entre 30 y 78) con igual proporción de ambos sexos. La medicina es la profesión de más del 80%, seguida por la enfermería (13,3%). El 93% ocupaban un puesto o cargo directivo. En cuanto a la utilidad de los contenidos generales del curso, los consideran en relación con su trabajo de mucha utilidad el 82% y de bastante utilidad el 18% restante. Al pedir que valoraran contenidos específicos del curso en función de su utilidad en el puesto de trabajo, destacan el análisis DAFO (considerado de mucha utilidad por el 83,2%), el análisis del entorno y la Identificación de problemas de calidad (ambos de mucha utilidad para el 82,5%). Preguntados en qué medida han podido aplicar en su trabajo los conoci-

mientos y habilidades adquiridos durante el curso, el 87,5% afirman que ha podido hacerlo mucho o bastante, un 9,8% lo ha hecho de forma moderada y sólo un 2,8% ha podido hacerlo poco. Los contenidos que más se han podido aplicar en el puesto de trabajo han sido el Análisis DAFO (mucho el 64,3% y bastante el 27,3%), la Identificación de problemas de calidad (mucho 61,5% y bastante 29,4%) y Técnicas de resolución de conflictos (mucho 60,8% y bastante 25,2%). El 44,75% ha encontrado obstáculos y/o dificultades para aplicar los conocimientos adquiridos en su puesto de trabajo. La principal dificultad ha sido la resistencia al cambio de los profesionales (24,5%), seguida de la falta de tiempo (6,3%).

Conclusiones: La positiva evaluación del impacto de esta formación refuerza la transferencia de la experiencia práctica entre sistemas sanitarios públicos.

177. COORDINACIÓN ENTRE NIVELES ASISTENCIALES EN DOS ENTORNOS SANITARIOS DE CATALUNYA

M.B. Aller, I. Vargas, M.L. Vázquez

Grupo de Investigación en Políticas de Salud y Servicios Sanitarios; Consorcio de Salud y Social de Catalunya; El GAIA (Grup d'Avaluació de la Integració Assistencial) integra investigadores del CSC, SSIBE, ICS, Parc de Salut Mar, PAMEM, FSSM, Grup SAGESSA, BSA.

Antecedentes/Objetivos: La coordinación asistencial se define como la concertación de todos los servicios relacionados con la atención del paciente, con independencia del lugar donde se reciban, de manera que se armonicen y se alcance un objetivo común sin conflictos. Su ausencia se asocia a la disminución de la calidad e ineficiencias en el uso de recursos. El objetivo es analizar la percepción de los profesionales sobre la coordinación entre niveles de atención en distintos entornos y los factores asociados.

Métodos: Estudio cualitativo descriptivo mediante entrevistas individuales semiestructuradas a una muestra teórica de profesionales de la atención primaria y especializada (34) en Catalunya; el tamaño se definió por saturación. Las dos áreas de estudio difirieron en su modelo de gestión de la atención primaria y especializada (compartida o separada) y los mecanismos de coordinación implementados. Se realizó un análisis temático, segmentado por área, con generación mixta de categorías.

Resultados: Los resultados preliminares sugieren que los profesionales de ambas áreas perciben una adecuada coordinación de la atención, descrita principalmente por la existencia de mecanismos de coordinación y comunicación entre profesionales, aunque también emergen problemas relacionados con el uso inadecuado de estos mecanismos (limitada transferencia de información por un insuficiente registro en la historia clínica), en la accesibilidad entre niveles (largos tiempos de espera en algunas especialidades) o en la coordinación administrativa (envío del paciente a un nivel inadecuado para obtener de autorizaciones –ambulancias, medicamentos). Emergen tres tipos de factores que inciden sobre la coordinación: a) Relativos a los profesionales: su actitud coordinarse y su relación personal. b) Organizativos: los mecanismos de coordinación, especialmente para la transferencia de información y el sistema experto. Su diseño e implantación al margen de los profesionales emergió como una barrera, así como la falta de tiempo para coordinarse. c) Contextuales: las reducciones presupuestarias en el contexto de la crisis económica emergieron como factor que empeora las condiciones laborales. La intensidad difiere según organización y nivel asistencial.

Conclusiones: Aunque por lo general los profesionales perciben una adecuada coordinación, también se identifican barreras a la coordinación, cuyo abordaje debería contribuir a la mejora de la calidad y eficiencia.

Financiación: Instituto de Salud Carlos III (PI10/00348).

233. LA CONTINUIDAD DE INFORMACIÓN Y GESTIÓN ENTRE NIVELES ASISTENCIALES DESDE LA PERCEPCIÓN DE LOS USUARIOS DE SERVICIOS DE SALUD

S. Waibel, M.B. Aller, I. Vargas, M.L. Vázquez

Grupo de Investigación en Políticas de Salud y Servicios Sanitarios; Consorcio de Salud y Social de Cataluña; GAIA (Grup d'Avaluació de la Integració Assistencial) integra investigadores del CSC, SSIBE, ICS, Parc de Salut Mar, PAMEM, FSSM, Grup SAGESSA, BSA.

Antecedentes/Objetivos: Cada vez más pacientes son atendidos por un número elevado de profesionales y proveedores, lo que supone un reto para la continuidad asistencial. La continuidad asistencial se define como la percepción del paciente de que hay una coherencia y unión de las experiencias en la atención a lo largo del tiempo. El objetivo es explorar la percepción de los usuarios de los servicios de salud sobre la continuidad de información y gestión en distintos entornos en Cataluña y sus factores asociados.

Métodos: Se realizó un estudio cualitativo descriptivo mediante entrevistas semi-estructuradas a una muestra teórica de usuarios de servicios de salud (49); alcanzada con la saturación. Las tres áreas de salud seleccionadas difirieron en su modelo de gestión de la atención primaria y secundaria (compartida o separada), ubicación (urbano, rural) y los mecanismos de coordinación implementados. Se llevó a cabo un análisis temático segmentado por área con generación mixta de categorías.

Resultados: Continuidad de información: En general, los usuarios perciben que los profesionales de la atención primaria y especializada comparten información sobre el diagnóstico, el tratamiento y las pruebas. Experimentan una mejor transferencia de información en las organizaciones con la historia clínica compartida y cuando perciben comunicación informal (teléfono o encuentros personales). Los usuarios consideran que los profesionales consultan su información clínica, aunque destacan que los suplentes hacen un uso insuficiente. Continuidad de gestión: Por lo general, perciben que las derivaciones a la atención especializada fueron adecuadas y oportunas cuando son derivados urgentemente. En el resto, perciben largos tiempos de espera y no ser derivados siempre que es necesario. Además, en algunos contextos, los usuarios experimentan recibir tratamientos inconsistentes y recomendaciones contradictorias de los profesionales de los dos niveles. Factores asociados: relativos a la organización (inestabilidad del personal, sobrecarga de los profesionales, mecanismos implementados) y a la actitud de los profesionales (falta de interés en curar al paciente y de comunicarse con otros médicos). Los usuarios perciben que algunas de estas barreras están agravadas por el actual contexto de la crisis económica.

Conclusiones: Los usuarios perciben una adecuada continuidad de información pero identifican varias barreras que dificultan la continuidad de gestión.

Financiación: Instituto de Salud Carlos III (PI10/00348).

357. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DEL BARÓMETRO SANITARIO 2013 COMO SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA UNA COMUNIDAD AUTÓNOMA. EL CASO DE CANTABRIA

O. Pérez González, M.S. Blanco Incera, D. Prieto Salceda, L.M. López López, R. Pesquera Cabezas, M. Paz Zulueta

Observatorio de Salud Pública de Cantabria, Fundación Marqués de Valdecilla; Escuela de Enfermería, Universidad de Cantabria.

Antecedentes/Objetivos: Obtener información de la percepción que tienen la ciudadanía del funcionamiento del sistema sanitario público y del impacto de algunas medidas vinculadas a las políticas

sanitarias, analizar el conocimiento y las actitudes de la mayoría de la ciudadanía ante problemas de salud y conocer el grado de penetración de las campañas de información.

Métodos: Estudio transversal. Entrevista domiciliar a residentes de 18 y más años. Muestreo polietápico, estratificado por conglomerados. Muestra diseñada: 288 (7.800 en España). Variables: funcionamiento del SS (%); satisfacción con el SS público (escala 1 a 10); elección y valoración de los distintos niveles de asistencia pública (%); medidas de control gasto (%).

Resultados: La sanidad es el ámbito de mayor interés para la sociedad cántabra (35,1%) y se muestra satisfecha con el sistema sanitario público (6,9/10). El 75% hace una valoración positiva del mismo. La ciudadanía prefiere Atención Primaria, hospitalización y urgencias del sistema público (63,9%, 63,2% y 64,6%). En las consultas de especialistas, la preferencia por las privadas ha aumentado y en 2012 se ha igualado a la preferencia pública (42,4% y 42,0%). El aspecto más valorado de los servicios públicos es la tecnología y los medios disponibles (64,9%). En la sanidad privada lo más valorado es la rapidez en la atención (68,8%). Un 39,3% de la población cree que no se están llevando a cabo acciones destinadas a mejorar las listas de espera o no sabe lo que ocurre con ellas (36,5%). El 74,0% cree que los responsables políticos deben tomar medidas que aseguren sostenibilidad de los servicios sanitarios, pero se muestra contraria a medidas que supongan un coste económico. Una medida con mayor nivel de acuerdo es que las personas paguen sus recetas según su nivel de renta (el 44,1% es favorable y el 39,6% desfavorable).

Conclusiones: El análisis del barómetro presenta un innegable potencial para avanzar en políticas de salud acordes a las necesidades reales de la diversidad de la población. Al mismo tiempo muestra que para mantener la coherencia con las políticas europeas y nacionales se hacen necesarios cambios importantes en la cultura de las instituciones públicas que favorezcan el análisis y la evaluación de la información. El avance para una política pública informada requiere del apoyo y el compromiso de las autoridades sanitarias con la transparencia de las instituciones y con la participación de la ciudadanía en la mejora de sus políticas de salud.

406. CONSENSO DE INDICADORES PARA EVALUAR LAS ARTROPLASTIAS DE RODILLA Y CADERA EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

V. Serra-Sutton, S. Trujillo, J. Sanabria, O. Martínez, M. Espallargues, J. Pons

Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS) y CIBERESP; Unidad Docente de Medicina Preventiva y Salud Pública Canarias; Centro Cochrane Barcelona.

Antecedentes/Objetivos: El proceso asistencial de las artroplastias abarca diversos niveles asistenciales y un equipo de profesionales multidisciplinar. El objetivo principal ha sido definir y consensuar indicadores para medir la calidad asistencial de estas intervenciones quirúrgicas a partir de una amplia participación de expertos.

Métodos: Se realizó una revisión exhaustiva de la literatura para la propuesta de un marco conceptual e identificación de indicadores incluyendo publicaciones en Pubmed/Medline en los 5 últimos años y las páginas web de experiencias relacionadas. Se aplicó el Health Consensus basado un sistema de valoración inspirado en el método Delphi y se solicitó participar a más de 500 expertos seleccionados por conveniencia en dos olas de consenso (vinculados a sociedades científicas y al ámbito de evaluación, gestión o atención sanitaria de las artroplastias procedentes de la literatura o a partir del efecto bola de nieve). Cada experto valoró 30 indica-

dores mediante 3 criterios (importancia, factibilidad y relevancia para los usuarios) con una escala de puntuación de 0 a 9. Se definió el consenso con un indicador cuando al menos el 75% de los expertos valoraban con una puntuación entre 7-9 la importancia y factibilidad.

Resultados: Se incluyeron 92 estudios que evaluaban principalmente la eficacia, efectividad y seguridad de las artroplastias, siendo los indicadores más frecuentes la calidad de vida, la función física y las complicaciones. Participaron un total de 44 y 237 expertos en la 1ª y 2ª ola de consenso respectivamente (tasa de respuesta del 55% y 40,5%). De los 30 indicadores valorados, se proponen 14 para evaluar el desempeño y comparar diferentes centros o regiones: 12 indicadores de resultado llegaron al umbral de consenso definido y 2 (mejora de la función física y la calidad de vida relacionada con la salud) se proponen por considerarse conceptualmente relevantes (miden la atención centrada en los pacientes), aunque no alcanzaron el consenso por menor factibilidad percibida de los expertos. Estos 14 indicadores pueden calcularse a partir de datos de sistemas de información sanitaria disponibles o en las bases de datos del equipo de investigación.

Conclusiones: El presente proyecto ha permitido proponer un grupo de indicadores de resultado para evaluar todo el proceso asistencial de las artroplastias teniendo en cuenta una visión multidisciplinar. Los resultados del consenso junto a la evidencia disponible en la literatura confieren validez y robustez a la propuesta de indicadores.

Financiación: FIS PI1100166.

413. EVALUACIÓN DE MODELOS COLABORATIVOS DE ATENCIÓN SOCIAL Y EN SALUD EN CATALUÑA

V. Serra-Sutton, C. Montané, M. Espallargues, J.M.V. Pons

Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya y CIBERESP; Sociòloga independente.

Antecedentes/Objetivos: En Cataluña se ponen en marcha de forma reciente experiencias piloto de colaboración entre servicios sociales básicos y servicios sanitarios, en el contexto de la creación de un nuevo plan interdepartamental. El objetivo ha sido describir la organización de estos modelos e identificar los beneficios esperados de esta forma de atención.

Métodos: Se trata de un estudio cualitativo de casos con la participación de 9 modelos colaborativos. Se envió un cuestionario a los líderes de cada iniciativa y se realizaron 18 grupos de discusión (con líderes institucionales y profesionales, siendo los perfiles académicos más frecuentes: trabajo social, enfermería, medicina familiar y comunitaria, educación social y psiquiatría--incluyendo equipos directivos y profesionales de primera línea). Cada grupo se grabó para su posterior análisis y fue moderado por una persona del equipo de investigación. Se realizó un vaciado de cada grupo y análisis del discurso para entender el fenómeno de estudio.

Resultados: La mayoría de modelos surgen para mejorar la eficiencia y la calidad asistencial por encargo institucional (departamentos de salud y bienestar social). Las experiencias son heterogéneas en relación a sus proveedores, población a la que se dirigen y herramientas de gestión utilizadas para promover el cambio organizativo. La mayoría parten de experiencias previas de atención colaborativa entre servicios sociales y sanitarios y se centran en ámbitos en los que se identifican más necesidades (p.e. cronicidad, dependencia, salud mental, infancia y adolescencia, maltrato). El liderazgo y la predisposición profesional son claves para el desarrollo y despliegue de los modelos, además de los con-

textos y experiencias colaborativas propias de los territorios. Como barreras destacan las reticencias a los cambios organizativos por parte de profesionales, la heterogeneidad de los proveedores a la hora de definir objetivos comunes o los sistemas de información. Los beneficios se viven más como mejora de proceso que como impacto de la atención, destacando una mayor seguridad y confort percibidos por los profesionales, una agilización y eficacia en los procesos, así como el fomento del bienestar y apoderamiento de los usuarios (y sus familias). En definitiva, se argumenta una forma más eficiente de identificar las necesidades de la persona y adecuación de los servicios ofrecidos.

Conclusiones: El presente proyecto ha permitido recoger la voz de los profesionales vinculados a experiencias de atención de modelos colaborativos que ha sido de mucha utilidad para la evaluación de estas experiencias innovadoras de colaboración entre el ámbito social y salud y para generar recomendaciones para su extensión en todo el territorio.

883. XUG-SOFTWARE-BIOESTADÍSTICA: UN METAPQUETE PARA BIOESTADÍSTICA

R. Rodríguez Gayoso, M.A. Rodríguez Muñíos, M.T. Seoane Pillado, X. Hervada Vidal

Oficina de Software Libre do Consorcio CIXUG, Galicia; Dirección Xeral de Innovación e Xestión da Saúde Pública, Consellería de Sanidade, Xunta de Galicia; Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística, Complejo Hospitalario Universitario A Coruña, Servizo Galego de Saúde.

Antecedentes/Objetivos: Un sistema de metapaquetes de Linux sirve para poder instalar fácilmente y de una sola vez, todo un conjunto de programas y sus dependencias funcionales sin la interacción del usuario. El objetivo de xug-software-bioestadística es el de ofrecer una colección de software epidemiológico y bioestadístico listo para su uso.

Métodos: El grupo de desarrollo de xug-software-bioestadística se ha formado a partir del equipo de trabajo de EpiLinux (Dirección Xeral de Innovación e Xestión da Saúde Pública y Unidade de Epidemiología Clínica del Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña) y de los profesionales de la Oficina de Software Libre del Consorcio CIXUG que desarrollan la versión de Linux OSXUG de las tres universidades gallegas. Se ha utilizado el sistema de creación de metapaquetes de OSXUG para implementar un metapaquete, llamado xug-software-bioestadística, en el que se ha incluido la recopilación de software para la realización de estudios epidemiológicos y bioestadísticos (RCommander, Epidat 4, Scilab, Octave, PSPP, EpiGrass, OpenEpi, EpiInfo...).

Resultados: El modelo de metapaquetes en el que se basa xug-software-bioestadística permite que cualquier usuario, con conocimientos mínimos, pueda personalizar su sistema y completarlo, en una instalación desasistida, con una colección de software que le permitirá realizar estudios epidemiológicos o bioestadísticos, independientemente del software que, previamente, tenga instalado. El procedimiento consiste en añadir el repositorio correspondiente con las instrucciones: `# echo "deb http://packages.cixug.es/ubuntu/precise main" >> /etc/apt/sources.list.d/soxug.list # wget -q -O- http://packages.cixug.es/so.xug/lists/xug-keyring.gpg | apt-key add - # apt-get update Y, después, la instalación del metapaquete # apt-get install xug-software-bioestadística.`

Conclusiones: El metapaquete xug-software-bioestadística es una opción cómoda y sencilla para incorporar en un sistema Linux, basado en Debian/Ubuntu, una completa colección de software, listo para su uso, que permite realizar estudios bioestadísticos, epidemiológicos y de salud en general.

Vigilancia de la salud pública. Cronicidad (Oral 5 minutos)

Jueves, 4 de septiembre de 2014. 09:30 a 11:00 h

Modera: *Manuela García de la Hera*

178. DESCRIPCIÓN DE LAS VISITAS DOMICILIARIAS DE ENFERMERÍA EN CASTILLA Y LEÓN (2013)

E.V. Vián González, M.L. Mateos Baruque, M. Gil Costa, J.E. Lozano Alonso, T. Vega Alonso

Servicio Territorial de Sanidad y Bienestar Social de Palencia, Sección de Epidemiología; Observatorio de Salud Pública, Dirección General de Salud Pública, Consejería de Sanidad.

Antecedentes/Objetivos: En Atención Primaria, además de la atención programada y de urgencia, se realizan visitas domiciliarias para cubrir las expectativas y las necesidades de una parte de la población. La atención domiciliaria son los cuidados que se prestan en el domicilio de pacientes que, debido al estado de salud o a la dificultad de movilidad, no se pueden desplazar al centro de salud. Los objetivos son la descripción de las características epidemiológicas de las visitas domiciliarias en Castilla y León durante 2013.

Métodos: Estudio observacional descriptivo realizado por el Registro de Enfermería de la Red Centinela Sanitaria de Castilla y León (2013). Participaron 102 enfermeros voluntariamente. La declaración fue semanal y confidencial. Se analizaron variables sociodemográficas, tipo y motivos de la visita domiciliaria, forma y tiempo de desplazamiento al domicilio y actividades realizadas. Se realizó análisis estadístico descriptivo.

Resultados: Se registraron 2976 visitas domiciliarias (61,7% mujeres y 38,3% hombres), con edad media de 82 años (DE \pm 12 años). El 79,1% de los pacientes vivía en zona rural, el 19,6% en zona urbana y el 1,4% en zona semiurbana. El tiempo medio necesario para desplazarse al domicilio fue de 9 minutos (DE \pm 6 minutos) y el tiempo de estancia media en el domicilio realizando el trabajo asistencial fue de 16 minutos (DE \pm 7 minutos). El tipo de visita domiciliaria fue programada en el 55,4%, a demanda en el 22,6%, derivada de una consulta médica en el 11,5% y urgente en el 10,5%. La demanda del servicio fue por programación previa (44,5%), por familiares (32,6%), derivada por el médico (17,4%) y telefónicamente por el paciente (6,7%). Los motivos más comunes para solicitar el servicio fueron: incapacidad física (70,4%), senilidad (38,6%) y enfermedad motivo de la consulta (12,4%). Las actividades realizadas más frecuentemente fueron: control de constantes (58,5%), educación para la salud (34,3%), curas (29,2%) y toma de muestras biológicas (18,6%). El personal de enfermería se desplazó al domicilio del paciente a pie en el 30,7%, con coche propio en el 64,7% y con un coche de la Administración en el 4,6%.

Conclusiones: El perfil de la persona que recibe visitas domiciliarias es mujer, con media de edad de 82 años e incapacidad física a la que se controla las constantes, se realiza educación para la salud, curas y toma de muestras biológicas, fundamentalmente.

298. ADOLESCENCIA, SALUD Y ATENCIÓN PRIMARIA. ESTUDIO RED CENTINELA SANITARIA DE CASTILLA Y LEÓN 2012

M. Gil Costa, A.T. Vega Alonso, J.E. Lozano Alonso, R.C. Scyl, L. Alonso Gil

Observatorio de Salud Pública, Consejería de Sanidad, Valladolid, Castilla y León; Facultad de Psicología, Universidad Pontificia de Salamanca.

Antecedentes/Objetivos: En la adolescencia emergen algunos problemas de salud, como por ejemplo los mentales que en ocasio-

nes se prolongan durante la etapa adulta. Por tratarse de una edad que frecuente poco la consulta de AP, resulta relevante el estudio y la vigilancia específica de alteraciones del estado de ánimo, debido a su prevalencia, y ser uno de los principales factores de riesgo de suicidio y a su repercusión sobre la estructura familiar y social.

Métodos: Estudio observacional descriptivo realizado por los médicos de familia y pediatras de la de la Red Centinela Sanitaria durante el año 2012, en la población de 12 a 19 años. Se incluyeron los problemas del estado de ánimo o del comportamiento, consulta relacionada con la salud sexual y reproductiva, incluyendo embarazo, o consulta por consumo de alcohol, tabaco o drogas, independientemente de cuál ha sido el motivo principal de consulta.

Resultados: Acudieron a las consultas de los 109 médicos de familia y 21 pediatras 10.839 adolescentes, de los cuales el 2,9% (315) presentaba alguno de los criterios de inclusión. Las mujeres representaron el 53,9% de todos los registros. Los casos en los varones se concentran en torno a los 14 años y en las mujeres en torno a los 17. Los principales motivos de consulta fueron los trastornos de déficit de atención e hiperactividad, los problemas relacionados con el entorno escolar y los relacionados con la salud sexual y reproductiva. Casi el 40% de los encuestados manifestaron tener antecedentes de problemas con su autoimagen, autoestima o autocontrol y el 3,8% refería tener problemas de identidad u orientación sexual. El impacto es más importante en el ámbito escolar (19,1%), que en el familiar o social (16,6% y 11,5% respectivamente). En los casos que mostraron una situación de riesgo en la valoración de la escala emocional (118), el 24,5% manifestaba haber pensado alguna vez en autolesionarse o en el suicidio.

Conclusiones: Los adolescentes con alteraciones psicoafectivas o sociales presentan un gran número de problemas de salud que en muchos casos no son detectados en la consulta de atención primaria. La búsqueda activa en la Red Centinela Sanitaria ha estimado su magnitud en casi el 3%. El impacto es moderado en la esfera social, escolar y familiar, pero no es desdeñable el riesgo de autolesiones y las ideas de suicidio.

893. A EVOLUÇÃO DA DIABETES EM PORTUGAL NA ÚLTIMA DÉCADA

J.M. Boavida, M. Ayala, L. Gardete

Programa Nacional para a Diabetes; Observatório Nacional da Diabetes.

Antecedentes/Objetivos: A epidemia de diabetes constitui uma ameaça de grande magnitude para as populações e os sistemas de saúde. Medir a sua incidência, prevalência, complicações, mortalidade e letalidade constitui a base para determinar a efectividade das medidas de controlo populacional. Em Portugal existe há muitos anos um programa nacional e foi recentemente criado um observatório da diabetes com o fim de sintetizar e interpretar os múltiplos aspectos relacionados com a frequência, o impacto e o controlo da doença. O objectivo desta comunicação é apresentar os mais recentes resultados deste trabalho.

Métodos: Foram utilizados os resultados do estudo PREVA-DIAB assim como as bases de dados da DGS, INSA, ACSS, GDH, INE, SIARS.

Resultados: Em 2012 a prevalência estimada de diabetes na população portuguesa de 20 aos 79 anos foi 12,9%, isto é, um milhão de portugueses neste grupo tem diabetes. O valor é muito superior nos homens (15,4%) que nas mulheres (10,6%). Quase metade dos casos prevalentes (44%) estão por diagnosticar. Por outro lado 26,8% da população tem hiperglicemia intermédia (alteração da

glicemia em jejum, tolerância diminuída à glucose ou ambas. Entre 2005 e 2012 a diabetes gestacional aumentou um 41,18%. Nas amputações dos membros inferiores observou-se uma evolução positiva com uma redução das amputações major e uma estabilização nas minor. No contexto europeu, Portugal tem uma elevada prevalência e mortalidade por diabetes. Nas últimas quatro décadas a mortalidade registada aumentou entre os maiores mas manteve-se estável nos menores de 65 anos. Entre 2000 e 2012, o nº de internamentos de diabéticos passou de 62.067 para 149.127. O nº de internamentos por diabetes como causa principal teve um incremento mais moderado (60%). Em 2012, 82% dos diabéticos diagnosticados tiveram uma consulta registada nos centros de saúde (M = 3,8 consultas/ano), destes: 80% com registo de HbA1c, (52% com HbA1c < 6,5% e 25% > 8%). 61% com registo de colesterol LDL, (5% < 100 mg/dl). 54% com microalbuminúria (22% > 30 (µg/mg). 58% com registo de observação do pé. 77% com registo da TA, (36% < 130/80 mmHg).

Conclusiones: A epidemia de diabetes tem-se agravado substancialmente durante a última década. Os dados sugerem que o significativo esforço realizado pelo sistema nacional de saúde tem contribuído para mitigar o seu impacto na morbi-mortalidade da população. No entanto a contínua redução dos recursos públicos representa uma ameaça para o precário equilíbrio conseguido.

842. SENSIBILIDAD Y VALOR PREDICTIVO POSITIVO DE LOS CÓDIGOS DE ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR DEL CMBD DE NAVARRA PARA IDENTIFICAR CASOS DE ICTUS HOSPITALARIOS

C. Moreno-Iribas, I. Delfrade, N. Egües, M.J. Urra, A. Agorreta, Y. Floristán, M. Guevara

Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra; Red de Investigación en Servicios de Salud en Enfermedades Crónicas; CIBER Epidemiología y Salud Pública; Biodonostia.

Antecedentes/Objetivos: Los registros poblacionales de ictus proporcionan datos validos sobre la incidencia porque aseguran una alta cobertura y una alta precisión en los diagnósticos siendo sin embargo su mantenimiento muy costoso. Algunos países están explorando la utilidad de las bases administrativas para monitorizar la incidencia de ictus a nivel poblacional. Es este estudio se analiza el valor predictivo positivo de los códigos de enfermedad cerebrovascular de la Clasificación Internacional de Enfermedades 9ª revisión Modificación Clínica (CIE-9-MC) para identificar pacientes con ictus en el CMBD de los hospitales públicos de Navarra.

Métodos: Se identificaron en el CMBD de los hospitales públicos de Navarra las altas hospitalarias con un diagnóstico principal de enfermedad cerebrovascular (CIE-9-MC) (códigos 430-438) registradas en 8.084 personas de la cohorte EPIC de Navarra entre el reclutamiento, 1993-1994 y el año 2008. Un grupo constituido por una enfermera y un médico epidemiólogo revisaron las historias clínicas para buscar información que verificase el ictus. En los casos complicados se contó con la colaboración de un neurólogo. Se estimó la sensibilidad y el valor predictivo positivo (VPP).

Resultados: Se identificaron 244 altas con un diagnóstico principal de enfermedad cerebrovascular entre los que se confirmaron 152 ictus (84,8% isquémicos). Los códigos con mayor proporción de ictus o mayor valor predictivo positivo fueron 430 (hemorragia subaracnoidea, 100%); 431 (hemorragia cerebral, 100%); 433.x1 (oclusión y estenosis de las arterias precerebrales con infarto cerebral, 100%); 434.x (oclusión de arterias cerebrales, 100%); 436 (accidente cerebrovascular agudo mal definido, 100%) y 434.x1 (oclusión y estenosis de las arterias cerebrales con infarto cerebral, 97%). Destacan con los VPP

más bajos, los códigos 435.x (isquemia cerebral transitoria, 4,8%) y 437.x (otra enfermedad cerebrovascular y enfermedad cerebrovascular mal definida, 3,8%).

Conclusiones: Para el periodo estudiado, 1993-2008, el algoritmo basado en los códigos 430, 431, 433.x1, 434.x, 434.x1 y 436 identifica al 96,7% de los ictus. Solamente el 2% de los categorizados como ictus mediante este algoritmo son falsos positivos. La calidad de la codificación de la enfermedad cerebrovascular es muy buena en el CMBD de los hospitales de Navarra.

808. BUSCA ATIVA DE NEFROPATIA DIABÉTICA NA COMUNIDADE

V. Medeiros A. Nunes, A.T. Lopes Sampaio, V.M. Cruz Leite, I.C. Araújo Brandão, S. Medeiros Freire

Universidade Federal do Rio Grande do Norte-UFRN; Universidade Potiguar-UnP.

Antecedentes/Objetivos: O Diabetes Mellitus é uma doença metabólica com elevados índices de mortalidade, insuficiência renal, amputação de membros inferiores, cegueira e doença cardiovascular, podendo acarretar em complicações micro e macrovasculares como a Nefropatia Diabética (ND), classificada como a segunda causa de diálise no mundo. O avanço da ND pode ser impulsionado por inúmeras causas, entretanto, a prevenção em conjunto com a educação tornam-se aliados contra sua evolução. O estudo teve como objetivo rastrear a presença de microalbuminúria (MA) em diabéticos acompanhados na estratégia saúde da família a fim de instituir a terapia apropriada e reverter ou impedir a evolução da ND nesses pacientes.

Métodos: Estudo realizado a partir de um projeto de intervenção, como parte integrante das atividades acadêmicas do estágio de medicina em saúde coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil. Na unidade de saúde são acompanhados 75 pacientes diabéticos; destes, 57 aceitaram participar do estudo onde foram explicados os objetivos e solicitadas coletas de amostras de urina em frascos descartáveis para as análises das dosagens. O estudo obedeceu aos preceitos éticos de acordo com a carta de anuência e autorização da secretaria municipal de saúde mediante documento assinado pela gestão local e do termo de consentimento livre e esclarecido, assinado pelos participantes. As amostras foram analisadas em laboratório de análises clínicas do município e do hospital universitário.

Resultados: Das 57 amostras estudadas, 24 (42,1%) revelaram MA e 4 (7%) proteinúria (> 300 mg alb/g cr). Dos 24 pacientes com MA, 18 (75%) eram mulheres, 7 (29,1%) tabagistas, 18 (75%) hipertensos, 12 (50%) dislipidêmicos; 6 (25%) relataram antecedentes familiares de ND. 2 (8,3%) relataram retinopatia diabética; média de idade 67,7 anos; média de tempo de diabetes foi 10,7 anos. 8 pacientes (33,3%) com MA já faziam uso de drogas do tipo inibidores da enzima de conversão da angiotensina ou bloqueadores do receptor da angiotensina, enquanto que 12 (50%) não fazia uso desses medicamentos. A média do valor de MA nos pacientes com microalbuminúria ou proteinúria foi de 80 mg alb/g cr.

Conclusiones: A alta prevalência da ND no estudo corrobora os dados da literatura, que são consistentes em apontar o método de pesquisa de MA como fundamental na prevenção, promovendo qualidade de vida a longo prazo e redução significativa do número de pacientes em terapia substitutiva renal. A partir desses resultados será instituída a terapêutica aos participantes na perspectiva da prevenção e redução do impacto das complicações micro e macrovasculares, fundamentando-se nas práticas baseadas em evidências.

809. DESARROLLO DE UN MODELO PREDICTIVO PARA LA ENFERMEDAD CORONARIA Y LA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR FATAL Y NO FATAL EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 RECIÉN DIAGNOSTICADA

F. González-Carril, J.A. Piniés, J.M. Arteagoitia, I. Irigoien, J.M. Altzibar, L. Echevarriarteun, J.L. Rodríguez-Murua, Red de Médicos Vigía del País Vasco-Osakidetza

Dirección de Salud Pública y Adicciones, Departamento de Salud, Gobierno Vasco; Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario de Cruces, Osakidetza; Dirección de Salud Pública y Adicciones, Departamento de Salud, Gobierno Vasco; Departamento de Ciencias de la Computación e Inteligencia Artificial, Facultad de Informática, Donostia, Universidad del País Vasco; Subdirección de Salud Pública, Gipuzkoa, Departamento de Salud, Gobierno Vasco; Subdirección de Salud Pública, Álava, Departamento de Salud, Gobierno Vasco; Subdirección de Salud Pública, Bizkaia, Departamento de Salud, Gobierno Vasco.

Antecedentes/Objetivos: Construir un modelo de predicción de enfermedad coronaria (EC) y enfermedad cardiovascular (ECV) en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2) recién diagnosticada en el País Vasco.

Métodos: Se realizó un estudio prospectivo de 10 años de duración en 777 pacientes de DM2 mayores de 24 años recién diagnosticados en la red centinela del País Vasco, registrándose factores de riesgo cardiovascular, eventos cardiovasculares y mortalidad. De los 659 pacientes sin ECV al inicio seleccionamos 605 con datos en todas las variables. Se estimaron mediante modelos de Cox los coeficientes de los factores predictores de riesgo de EC y ECV fatal y no fatal. Se validaron dos modelos (United Kingdom Prospective Diabetes Study risk engine (UKPDS-RE) y The Framingham Risk Score-Regicor Study (FRS-RS)) mediante pruebas de discriminación y calibración. Se realizó una validación interna de nuestro modelo.

Resultados: Para la predicción de EC a 5 años fueron significativos la edad, el ratio no HDL:HDL, la tensión arterial sistólica (TAS) y la HbA1c y para la predicción de ECV a 5 años los factores mencionados anteriormente, además del tabaquismo, construyéndose un modelo de riesgo para pacientes con DM2 recién diagnosticada en el País Vasco (BASCORE). El riesgo de EC fatal/no fatal aumentó 24% por cada aumento del 1% en la HbA1c y un 74% si el ratio no-HDL: HDL > 5. El riesgo de ECV fatal/no fatal aumentó un 19% por cada aumento del 1% en la HbA1c, un 2% por cada mmHg de PAS y un 19% por cada 1 unidad de aumento del ratio no-HDL:HDL, y se redujo en un 64% en no fumadores. UKPDS y FRS mostraron discriminación y calibración no adecuadas para predecir riesgo de EC. La discriminación interna y calibración del BASCORE fue aceptable prediciendo la EC y la ECV fatal/no fatal a 2 y 5 años.

Conclusiones: Este trabajo describe por primera vez un modelo de predicción de riesgo para EC y ECV fatal/no fatal a 5 años en pacientes con DM2 recién diagnosticada.

820. RIESGO DE CAÍDAS EN PERSONAS MAYORES DE 64 AÑOS

A.M. Míguez Santiyán, M. Miralles Espí, J. Pérez Panadés, A. López Maside, O. Zurriaga

Servicio de Medicina Preventiva, Hospital Dr. Peset; SG Epidemiología, Conselleria de Sanitat.

Antecedentes/Objetivos: Las caídas representan uno de las complicaciones más importantes dentro de la patología geriátrica y suponen un problema de salud pública que va en aumento por el proceso de envejecimiento poblacional. **Objetivos:** identificar a las personas con riesgo de sufrir caídas entre la población atendida por el personal de enfermería en atención primaria y describir las ca-

racterísticas de las caídas ocurridas en el último año y sus posibles factores causantes.

Métodos: Estudio transversal en 2013 con datos de la Red Centinela Sanitaria de la Comunitat Valenciana en personas mayores de 64 años atendidas por personal de enfermería. Se recogieron variables sociodemográficas del paciente, enfermedades concomitantes, factores posiblemente relacionados con caídas previas. Se valoró el riesgo de caídas mediante el test de Woolf y Akesson (TWA). La significación estadística de las diferencias fue evaluada por ji cuadrado y ANOVA. Se calcularon las odds ratio (OR) ajustadas y el correspondiente intervalo de confianza del 95% de los factores asociados al antecedente de caídas a partir de un análisis de regresión logística (RL) multivariante.

Resultados: Se registraron 1.697 personas mayores de 64 años, el 81% presentó alto riesgo de caídas (según TWA), mayor en mujeres (79%) que en hombres (62%) y aumenta con la edad. El 37,5% de las personas valoradas sufrió una caída en el último año. La valoración subjetiva del estado de salud general y del grado de movilidad fue significativamente peor entre las personas con alto riesgo de caídas. En el 64% de las caídas hay consecuencias: 77% contusiones o heridas y 21,5% fracturas. El 39% de los afectados tiene miedo de volver a caer y el 22% no quiere salir solo de casa. Por RL simple las mujeres presentaban mayor riesgo de caídas (OR = 1,59). Dada la clara interacción de algunas variables con el sexo se realizaron RL múltiples para cada sexo de forma independiente, observando en ambos sexos que el uso de dispositivos móviles tiene efecto significativo de riesgo, superior en hombres que en mujeres (OR = 2,62 vs 1,32) y las enfermedades respiratorias y la actividad física actúan significativamente como factores de protección y con valores similares. En hombres las enfermedades neuromentales tienen un gran efecto significativo sobre el riesgo de caídas (OR = 3,44) mientras que en mujeres las enfermedades neoplásicas y urológicas son las de mayor riesgo (OR = 1,77 y 1,44 respectivamente).

Conclusiones: La elevada proporción del riesgo de caídas en personas de edad avanzada, implica la necesidad de integrar la identificación de este riesgo en el proceso de atención de los profesionales de enfermería, con el fin de desarrollar intervenciones preventivas a partir de un abordaje multifactorial del problema.

741. INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO EN HOMBRES POR ZONA DE SALUD Y SU POSIBLE ASOCIACIÓN CON LOS TRAMOS DE APORTACIÓN A FARMACIA

M.L. Compés, M.P. Rodrigo, C. Feja, N. Álvarez, N. Enríquez, F. Arribas, G. García-Carpintero, M.C. Burriel, M. Valderrama

DG Salud Pública, Aragón; Universidad de Zaragoza.

Antecedentes/Objetivos: El infarto agudo de miocardio (IAM) es un problema de salud pública por su alta incidencia y mortalidad. Los factores de riesgo son el sexo, hipertensión, diabetes, hipercolesterolemia, tabaco. También está relacionado con los determinantes sociales y factores socioeconómicos. La Tarjeta Sanitaria nos permite estratificar a la población según nivel de renta. El tramo 3 (T3) está formado por las personas activas que tienen ingresos inferiores a 18000 euros. El objetivo del trabajo es conocer la incidencia de IAM en los hombres en Aragón, las diferencias por Zona Básica de Salud (ZBS) y su posible asociación a diferentes tramos de aportación farmacéutica de la Tarjeta Sanitaria.

Métodos: Para la realización del estudio se han seleccionado aquellas altas del CMBD de Aragón del año 2012 en las que aparecía en cualquier diagnóstico el código C19MC el 410*, y se ha considerado caso los pacientes varones residentes en Aragón que han generado al menos un alta. La población de estudio son los hombres residentes en Aragón, y la unidad de estudio es la ZBS. Se obtuvo para cada unidad de análisis la Razón de Morbilidad Estandarizada (REM), utilizando

como estándar la tasa del conjunto de Aragón en hombres. Las REM se ajustaron mediante un modelo GLMM bayesiano que recoge la heterogeneidad espacial. En cada ZBS se calculó el porcentaje de hombres de T3, utilizando la información disponible en tarjeta sanitaria, y se introdujo en el modelo discretizado en cuartiles. Se repitió el análisis en los hombres de 15 a 65 años.

Resultados: Se obtuvieron 1.863 altas que corresponden a 1.555 pacientes diferentes, 1.063 hombres y 492 mujeres. La tasa bruta en hombres por 10⁵ es de 157,9 IC95% (48,1-167,6). Aparecen zonas con exceso de riesgo en Arrabal, Rebolería y Las Fuentes Norte, y zonas con defecto de riesgo en la franja. Al introducir en el modelo el porcentaje de hombres de T3, no aparece asociación significativa, con riesgos de 0.9 a 1. De los 1.063 hombres con IAM, 385 tienen de 15 a 65 años. En ellos no se observan zonas con exceso o defecto de riesgo ni asociación significativa al introducir la el porcentaje de T3 de 15 a 65 discretizado en cuartiles.

Conclusiones: Hay diferencias geográficas en la distribución de los IAM en hombres por ZBS; el menor riesgo en las ZBS de la franja puede ser debido en parte a que los pacientes sean atendidos en hospitales no aragoneses. No hay asociación significativa entre las ZBS con mayor tasa de IAM en hombres y las ZBS con mayor porcentaje de T3. Al realizar el análisis en pacientes de 15 a 65 años no encontramos zonas con exceso o defecto de riesgo de IAM.

592. EVOLUCIÓN DE LAS TASAS DE INGRESOS HOSPITALARIOS POR COMPLICACIONES DE INFECCIONES RESPIRATORIAS Y URINARIAS EN EL PERIODO 2009-2012

M. Flores Dorado, R. Fernández Urrusuno, L.M. Rodríguez Benjumeda, A. Vilches Arena

Servicio de Farmacia, DAP Aljarafe-Sevilla Norte; Unidad de Epidemiología, DAP Aljarafe-Sevilla Norte; Unidad de Epidemiología, DAP Sevilla.

Antecedentes/Objetivos: Conocer la tasa de ingresos hospitalarios por complicaciones de infecciones respiratorias y urinarias habitualmente tratadas en Atención Primaria y analizar su evolución en los últimos años.

Métodos: Estudio descriptivo transversal en un Área de Salud (368.728 habitantes). Se analizaron los registros con diagnóstico principal de infección respiratoria o urinaria (códigos 480-486,490, 491, 493.20, 493.21, 494-496, 590, 595, 597 y 599.00) CIE-9-MC, en el periodo 2009-2012. El motivo de ingreso fue obtenido del Conjunto Mínimo Básico de Datos de la Dirección General de Asistencia Sanitaria. Los datos poblacionales para el cálculo de las tasas se recogieron del INE. Se calcularon las tasas promedio anuales y la razón de tasas (RR) con intervalo de confianza 95% (IC95%).

Resultados: La tasa de ingresos muestra fue de 2,8 ingresos/1.000 habitantes/año en 2009, pasando a un 2,4 en 2012 (RR 1,15; IC95% 1,05-1,26; p = 0,0016). Realizando el análisis por género, no hubo diferencias estadísticamente significativas en hombres y en mujeres, aunque sí se observó una disminución de las tasas, siendo más marcada en las mujeres (hombres: 3,46 vs 3,11 ingresos/1.000 habitantes/año; RR 1,11; IC95% 0,99-1,24; p = 0,074; mujeres: 2,14 vs 1,73 ingresos/1.000 habitantes/año; RR 1,23; IC95% 1,07-1,43; p = 0,052). Entre los menores de 15 años y entre 15-64 años, la disminución de la tasa fue significativa (< 15 años: 1,76 vs 1,01; RR 1,73; IC95% 1,29-2,32; p < 0,001; 15-64 años: 1,07 vs 0,81 ingresos/1.000 habitantes/año; RR 1,32; IC95% 1,10-1,58; p = 0,0027). Al contrario, no se observó una disminución significativa de las tasas en los mayores de 65 años (15,68 vs 14,68 ingresos/1000 habitantes/año en 2012; RR 1,09; IC95% 0,98-1,22; p = 0,1032). La evolución de la tasas de ingresos por infección respiratoria disminuyó de 2,01 a 1,83 (RR 1,09; IC95% 0,98-1,21; p < 0,0953) no significativa no observándose diferencias signifi-

cativas por género. Sí se observa disminución significativa entre los < 65 años. La tasa de ingresos por infecciones urinarias ha disminuido del 0,79 al 0,58 en 2012 (RR 1,35, IC95% 1,13-1,61; p < 0,001). Esta disminución fue significativa entre las mujeres, los menores de 15 y los mayores de 65 años.

Conclusiones: La tasa de ingresos hospitalarios por complicaciones de infecciones habitualmente tratadas en Atención Primaria ha disminuido ligeramente. La disminución se observa principalmente en mujeres, en menores de 65 años y más concretamente en mayores de 65 años con infección respiratoria y en mujeres con infección urinaria.

Financiación: FISS PI/10/01152 y SAS PI-0160-2010.

572. EVOLUCIÓN DE LA MORTALIDAD EN ESPAÑA Y EN LA CIUDAD DE MADRID EN EL ÚLTIMO DECENIO: CAMBIO DE TENDENCIA Y EMPEORAMIENTO RELATIVO DE LA SITUACIÓN DE LAS MUJERES

J.M. Díaz Olalla, G. Blasco Novalbos

Instituto de Salud Pública Madrid Salud.

Antecedentes/Objetivos: Se analiza la evolución de la mortalidad (riesgos y esperanza de vida) en España y en la ciudad de Madrid con la intención de monitorizar los cambios que se registran en su distribución por edades, sexos y causas.

Métodos: Se obtienen las esperanzas de vida de España y se calculan las de Madrid mediante tablas de mortalidad por edades simples a partir de datos del INE. Se elaboran Tasas de Mortalidad Ajustadas por Edad (TAM) con el mét. directo y población std europea 2012 con sus IC95% Las Tasas Específicas de Mortalidad por Edades (TEME) se calculan en 13 grupos de edad según la agrupación de datos del INE. Se observa el cambio de las frecuencias de defunciones de cada causa (Gran.g CIE10) sobre la totalidad de las mismas.

Resultados: En España en los últimos años la esperanza de vida al nacer tiende a detener el crecimiento estabilizándose alrededor de los 79,4 años en hombres y 85,1 años en mujeres (2012) En los hombres de la ciudad de Madrid se observa el mismo fenómeno aunque en cifras algo superiores 80,4 años. En mujeres se detecta una caída desde el año 2010 pasando de 86,3 a 86,1 años en 2012 La TAM general (por cien mil h.) en España en mujeres se incrementa entre 2010 (693,3, IC95% 690,1-696,5) y 2012 (697,3, IC95% 694,2-700,5) sin diferencias significativas. En hombres, se detecta un decremento en el mismo periodo con diferencias significativas En Madrid la TAM general en mujeres aumenta sin alcanzar márgenes de significación (2010: 588,7, IC95% 578,5-599,2 y 2012: 602,4, IC95% 592,3-612,7), en hombres entre 2010 y 2012 desciende de forma significativa Por edades las que más contribuyen al crecimiento detectado de mortalidad en las mujeres de Madrid son las más tempranas (de 2009 a 2012 incrementan su TEME en un 10% las < 15 años y en un 11% las de 15 a 29 años), siendo llamativos los aumentos en el último año, las causas que más han incrementado su peso específico sobre el total de defunciones son las enfermedades respiratorias crecieron un 1,5% su peso en el total, las del sistema nervioso 0,6% y las mentales 0,3%.

Conclusiones: Se detecta un cambio de comportamiento en las tendencias de la mortalidad en España y en la ciudad de Madrid en los últimos años. En Madrid ha descendido la esperanza de vida al nacer en las mujeres. En España y en Madrid la mortalidad general en los hombres tiende a estabilizarse mientras que la de las mujeres crece si bien aún no llega a alcanzar márgenes de significación estadística. En la ciudad de Madrid las edades que más contribuyen a ese incremento de la mortalidad general en mujeres son las más precoces y las causas que más incrementan su peso en el conjunto del fenómeno son las enfermedades respiratorias, del sistema nervioso y las mentales.

383. ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD: ATLAS DE MORBILIDAD POR ZONA BÁSICA DE SALUD DE ARAGÓN

M.P. Rodrigo, M.L. Compés, N. Álvarez, N. Enríquez, F. Arribas, G. García Carpintero, M.C. Burriel, M. Esteban, A. Canales

Dirección General de Salud Pública, Gobierno de Aragón; Dirección General de Planificación y Aseguramiento.

Antecedentes/Objetivos: Desde la Dirección General de Salud Pública del Gobierno de Aragón, se ha realizado el Atlas de Morbilidad por Zona Básica de Salud (ZBS). La fuente de información es la base de datos clínico-administrativa de atención primaria, OMI AP. El objetivo de este trabajo es valorar el estado de salud en Aragón e identificar las ZBS con mayor morbilidad a través de la recogida sistemática y análisis actualizado de los indicadores de salud elegidos.

Métodos: Se han seleccionado códigos CIAP relativos a estilos de vida (tabaco, alcohol, índice de masa corporal > 30) y estado de salud (bajo peso al nacimiento, asma infantil, dependencia, diabetes, dislipemia, HTA y tumores: pulmón, páncreas, mama, estómago, colorrectal, tiroides). Se ha calculado la prevalencia registrada a 31/12/2012 y para tumores, la incidencia registrada de 2010 a 2012, ambas brutas y ajustadas a población europea. Se han representado geográficamente en las 125 ZBS, las Razones Estandarizadas de Morbilidad (REM) en tres grupos según su significación, y en tumores, las Probabilidades de Riesgo a Posteriori (PRP), en tres grupos, tras aplicar el modelo de Besag, York y Mollié a las REM suavizadas. Para cada indicador, se han elaborado tres Niveles de Morbilidad (M.) para las ZBS según la significación de las REM o el valor de las PRP: 1: M. baja, 2: M. intermedia, 2: M. alta. Finalmente, cada ZBS tiene un Nivel de M. global que resulta de la media de los valores obtenidos para cada indicador. El análisis se ha llevado a cabo para el total de la población y por sexo. La población de referencia para los cálculos fue la disponible en tarjeta sanitaria del año de estudio.

Resultados: Para el total de la población, 5 ZBS tienen M. Alta, 5 M. Baja y 115 M. Intermedia. En hombres, 7 ZBS tienen M. Alta y 7 M. Baja y en mujeres 1 ZBS tiene M. Alta y 3 M. Baja. El indicador con mayor variabilidad entre ZBS es Abuso Crónico de Alcohol y con menor variabilidad es cáncer colorrectal, en el total y en hombres. En mujeres el indicador con mayor variabilidad es bajo peso al nacimiento y con menor variabilidad es cáncer de pulmón.

Conclusiones: Existe morbilidad variable entre ZBS en el total de la población y en hombres. Las mujeres tienen un comportamiento más similar entre las ZBS. El Sistema de Información de Atención Primaria, OMI AP es una herramienta útil que proporciona datos oportunos en el tiempo, del estado de salud de la población. Aporta información relativa a toda la población, no es una muestra de la misma.

349. EXCESOS DE MORTALIDAD EN ESPAÑA DURANTE FEBRERO-MARZO 2012: POSIBLES FACTORES ASOCIADOS

I. León-Gómez, C. Delgado, S. Jiménez-Jorge, V.M. Flores, S. Mateo, A. Larrauri

Centro Nacional de Epidemiología, CIBERESP, ISCIII.

Antecedentes/Objetivos: El sistema de monitorización de la mortalidad diaria en España (MoMo) y el programa Europeo EuroMoMo detectaron un exceso de mortalidad en España en febrero y marzo de 2012. El objetivo de este trabajo es comparar la información proporcionada por ambos sistemas y considerar posibles factores que pudieron estar relacionados con el exceso mencionado.

Métodos: Los datos de mortalidad diaria por todas las causas se obtuvieron del Instituto Nacional de Estadística (años 2005-20011 para calcular las defunciones esperadas) y del Ministerio de Justicia, (año 2012 de 2004 registros civiles informatizados). La información sobre la actividad gripal se obtuvo del Sistema de Vigilancia de la Gripe en España y la información climatológica de la Agencia Estatal de Meteorología. En MoMo se calculó la mortalidad esperada eliminando la

tendencia con regresión lineal y la estacionalidad con medias móviles históricas. Adaptando el método CUSUM se estimó el número de días por encima del umbral de alerta. En EuroMoMo se utilizó regresión de Poisson ajustando por tendencia y estacionalidad y como umbral de alerta cuando la mortalidad observada supera a la esperada por encima de 2 desviaciones estándar. Para detectar los periodos de exceso se comparó la mortalidad observada con la esperada. Se realizó el análisis para el total de la población y por grupos de edad.

Resultados: En el periodo comprendido entre el 1 febrero y el 18 de marzo de 2012 (semanas 5-12) en MoMo se detectó un exceso global de 8110 defunciones (razón de mortalidad (RM): 1,22; IC95%: 1,21-1,23) que se concentró en la población mayor de 74 años (90% respecto al total) y que afectó por igual a hombres y mujeres. En EuroMoMo se observó cómo la mortalidad en mayores de 64 años estuvo por encima del umbral de alerta durante un periodo similar al detectado por MoMo (semanas 5-11. RM: 1,32; IC95%: 1,31; 1,34). La onda epidémica gripal se produjo de forma tardía en la temporada 2011-12 (semanas 4-9), con un pico máximo de actividad en las dos últimas semanas de febrero y una limitada concordancia entre el virus circulante mayoritario A(H3N2) y la cepa vacunal. En los primeros diez días de febrero se produjo en España una ola de frío, que situó al primer trimestre del 2012 como el tercero más frío del siglo.

Conclusiones: Se sugiere que el exceso de mortalidad observado en España en el invierno de 2012 pudo estar relacionado con un incremento tardío de la actividad gripal, asociado al virus A(H3N2) que no circulaba en España desde antes de la pandemia de 2009, pudiendo existir un efecto añadido de las bajas temperaturas. Los sistemas de vigilancia de la mortalidad general diaria ayudan a la detección de problemas sanitarios, facilitando la toma de medidas en salud pública.

187. DENUNCIAS: UNA HERRAMIENTA ÚTIL EN LA INFORMACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

M.P. Oliver Jiménez, J.A. García Navarro, E.B. Hernández Hernández, J.C. Escudero Sánchez, V. García Murcia, M.N. Moreno García, J.G. Cano Montoro

Centro de Salud Pública de Orihuela.

Antecedentes/Objetivos: Entre las funciones del Centro de Salud Pública de Orihuela (CSPO) se incluyen procedimientos para la vigilancia y la detección de posibles problemas de salud de la población. En el CSPO se recibe por distintas vías, denuncias en materia de seguridad alimentaria, tabaco y consumo. El objetivo de este trabajo es determinar si las denuncias presentadas por los ciudadanos constituyen una herramienta válida que permita recuperar información epidemiológica y establecer acciones de mejora en la vigilancia y la prevención.

Métodos: Estudio descriptivo observacional y retrospectivo. La muestra del estudio son las denuncias que han se han gestionado en el CSP durante los años 2011, 2012 y 2013. Se tramitaron siguiendo el Procedimiento P13-ASA- Gestión de denuncias de la Dirección General de Salud Pública (DGSP) y el P-13-CSP del CSPO. Se registraron y clasificaron en función a los hechos denunciados en tres categorías: seguridad alimentaria, tabaco y otras materias. En cuanto a su origen se han agrupado en cuatro grupos: desconocido, DGSP-CSP (externa), no alimentaria y particular. Si el CSP es competente se siguió el procedimiento y en el caso contrario se comunicó al organismo que procedía. La fuente de datos utilizada es la aplicación informática ISSA y el análisis se ha llevado a cabo mediante SPSS 15.0.

Resultados: De las 161 reclamaciones recibidas, en función de los hechos un 73,91% seguridad alimentaria, 13,66% tabaco y 12,42% a otras materias. En cuanto a la distribución por año, el porcentaje en seguridad alimentaria 72,31% (2011), 66,67% (2012) y 83,33% (2013). Las de tabaco han disminuido 59,09% (2011), 36,36% (2012) y 4,55% (2013). Más de la mitad fueron interpuestas por particulares 51,55%. Las medidas adoptadas fueron: archivo 53,42%, aplicación de accio-

nes correctoras 19,25%, inhibición 8,70%, sancionadas 16,77% y otras especiales (suspensiones de actividad) 1,86%. Estos resultados contrastan con la vigilancia programada a establecimientos alimentarios donde la eficacia de las medidas es menor: sanciones 2,24%, 4,40% y 4,58% y medidas especiales 0,15%, 0,08% y 0,04% en 2011, 2012 y 2013, respectivamente.

Conclusiones: 1. Las denuncias sí son una herramienta útil para el diagnóstico y evaluación del estado sanitario de los establecimientos alimentarios. 2. Estas reclamaciones actuaciones en seguridad alimentaria (sanciones, decomisos, suspensión actividad) y pueden ser criterio de sospecha de una toxiinfección o alerta alimentaria. 3. La publicación y difusión de la Ley del tabaco supuso el inicio de las denuncias que ha ido disminuyendo, lo que evidencia el impacto mediático que puede tener una ley en la sociedad.

376. INDICADORES PARA LA EVALUACIÓN DE LOS MODELOS DE ATENCIÓN A LA CRONICIDAD EN CATALUÑA: ANÁLISIS DE DESEMPEÑO Y BENCHMARKING

N. Robles, C. Tebé, L. Rajmil, C. Colls, V. Serra-Sutton, J. Escarrabill, M. Espallargues

Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya; Hospital Clínic de Barcelona; REDISSEC; CIBERESP.

Antecedentes/Objetivos: El Proyecto de Evaluación de la Atención a la Cronicidad en Cataluña se encuentra actualmente en su tercera y última fase. En las anteriores etapas el proyecto identificó, siguiendo un marco teórico establecido, un total de 9 modelos de atención a la cronicidad de carácter integrado, y se consensuaron un total de 18 indicadores de calidad asistencial que se usarán para la evaluación. El objetivo de la tercera fase fue implementar los indicadores para evaluar el impacto territorial y sobre el sistema sanitario de los modelos mediante el análisis del desempeño y la comparación de resultados entre áreas (benchmarking).

Métodos: Estudio evaluativo de áreas pequeñas, utilizando las Áreas Básicas de Salud (ABS) de Catalunya como unidad de análisis. Se dispone para los años 2011, 2012 y 2013 de 10 indicadores ajustados de resultados intermedios y finales. Los indicadores han sido implementados mediante modelos de ajuste del riesgo en las fuentes de información disponibles (principalmente CMBD). Se han comparado aquellos territorios (ABS) con y sin modelos de atención a la cronicidad de carácter integrado. Para su descripción y análisis del desempeño se han cartografiado las razones de casos observados y esperados para cada ABS. Para el análisis de benchmarking se presentan las razones de casos observados y esperados con gráficos de embudo para identificar aquellas áreas con un mayor número de casos observados respecto los esperados. Se construyó un intervalo de confianza al 95% y al 99,8% para definir las zonas de exclusión.

Resultados: Los análisis llevados a cabo hasta ahora se han centrado en algunos de los indicadores hospitalarios como reingresos hospitalarios, hospitalizaciones urgentes o estancias hospitalarias, de forma general y para enfermedades concretas como ICC, EPOC y diabetes. El análisis preliminar ha permitido identificar áreas con valores significativamente diferentes de los esperados en indicadores como las hospitalizaciones urgentes, aunque estas áreas no se corresponden exclusivamente con las áreas que tienen modelos de atención de carácter integrado.

Conclusiones: El análisis de áreas pequeñas con indicadores de calidad asistencial permite la evaluación territorial, incorporando los diferentes niveles y dispositivos asistenciales de los modelos, con el fin de conocer su impacto en el conjunto del sistema sanitario y en la salud de la población. El análisis completo de los indicadores permitirá corroborar o refutar la hipótesis de que se espera mejores resultados evolutivos en aquellas áreas con modelos de mayor integración de niveles y servicios asistenciales.

454. ESTRATEGIA DE ASIGNACIÓN PARA UN ENSAYO CLÍNICO CONTROLADO SOBRE DIABETES EN ATENCIÓN PRIMARIA

P. Roura, D. Álamo, N. Sala, J.P. Millet, D. Comet, E. Julià, P. Amil, C. Boix, A. González

Institut Català de la Salut, Gerència Territorial Catalunya Central; Departament de Salut, Programa Pacient Expert Catalunya®.

Antecedentes/Objetivos: Con ocasión del desarrollo e implantación de un ensayo clínico controlado (ECC) multicéntrico para evaluar una edición del Programa Pacient Expert Catalunya® en pacientes con diabetes tipo 2 (DM2), se presenta la estrategia de asignación y los resultados de la comparación basal. El grupo intervención participa en una sesión grupal semanal durante nueve semanas y el grupo control participa respondiendo las mismas encuestas que el grupo intervención. La aleatorización modificaba la dinámica de funcionamiento del PPE-Cat® (que incluye una reunión de presentación en la cual los sujetos expresan su adhesión voluntaria) y se valoró que podía menoscabar la participación de los asignados a la rama control y hacer que se perdiese el enmascaramiento ya que los pacientes podrían saber quién participaba en una u otra rama.

Métodos: Para cada centro participante, se solicitó el listado completo en formato digital, de todos los pacientes diagnosticados de DM2. Se aleatorizaron 75 sujetos para ser citados a la primera reunión de presentación del PPE-Cat® DM2 en el marco del ensayo. Sin conocer el día ni la hora en que estaban previstas las sesiones del grupo intervención, a los que aceptaban participar en el ensayo, se les pedía que expresaran su preferencia para acudir a las sesiones del programa (de lunes a viernes, mañanas y tardes). Se les indicaba que participarían en el grupo intervención los sujetos cuya disponibilidad horaria coincidiera con la programación de las sesiones del PPE-Cat®. Los sujetos sin disponibilidad horaria coincidente serían citados únicamente en la inclusión y en el seguimiento para responder las encuestas.

Resultados: Hasta febrero de 2014 se ha analizado la información basal de 107 sujetos de 5 centros, el 20% del total, (59 del grupo intervención y 48 controles) y se obtiene la homogeneidad basal para las variables sociodemográficas edad, sexo, máximo nivel de estudios alcanzado y situación laboral, para conocimiento de la enfermedad y para calidad de vida ($p > 0'05$).

Conclusiones: Pese a la previsible asunción de sesgos que comporta el punto de partida (acudir o no a una cita para la presentación del curso de PPE-Cat® DM2 organizada como ECC, expresar una disponibilidad horaria y, en función de ésta, quedar asignado a uno o a otro grupo) se ha comprobado que el grupo intervención y el grupo control son homogéneos en la inclusión para las variables relevantes del ensayo. Estos resultados confirman que la estrategia de aleatorización escogida es adecuada y que es factible realizar ECC con intervenciones educativas y de promoción de la salud.

Financiación: Colegio oficial de Enfermería de Barcelona, Premio de investigación 2012, 2655/12.

887. DEPRESIÓN COMO PREDICTOR DE MAL CONTROL DE HIPERTENSIÓN

M. Urtasun Lanza, A.L. Rubinstein, V.E. Irazola, F.M. Daray

Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria; Universidad de Buenos Aires.

Antecedentes/Objetivos: En Latino América, se reportó que entre el 12% y 41% de hipertensos están mal controlados. En el 2011, la prevalencia a lo largo de la vida de depresión fue de 11% para los países de renta media baja. La depresión disminuye la motivación y energía para el autocuidado e impacta adversamente en la colaboración con los médicos. Uno de los instrumentos usados para diagnosticar depresión y evaluar su severidad es el PHQ-9. Obje-

tivos: 1) Calibrar el PHQ-9 para determinar los puntos de corte más apropiados para los diferentes grados de severidad de la depresión en Argentina. 2) Explorar la asociación entre depresión y mal control de hipertensión en adultos entre 35 y 74 años de Argentina, Chile y Uruguay.

Métodos: Fase 1. Se evaluaron las propiedades psicométricas del PHQ-9 para diagnóstico de depresión mayor contra la entrevista psiquiátrica MINI y para la evaluación de la severidad de la depresión contra el cuestionario BDI-II. Se midió sensibilidad, especificidad, VPP y VPN para cada punto de corte. El PHQ-9 fue auto-administrado y un profesional de salud aplicó la entrevista MINI y el BDI-II. Fase 2. Análisis secundario de los datos de la línea de base del estudio poblacional CESCAS I. Se realizó un análisis descriptivo y mediante regresión logística se construyeron modelos de ajuste de la asociación en estudio.

Resultados: Fase 1: se incluyeron 169 pacientes. Consistencia interna del PHQ9, evaluada con índice alfa de Cronbach = 0,87. El punto de corte ≥ 8 para diagnóstico de depresión mayor mostró una Sen = 88,24%, Esp = 86,57, VPP = 90,91% y VPN = 82,86%. Dep. leve: corte ≥ 6 mostró Sen = 91,45% y Esp = 90,38%, VPP = 89,89% y VPN = 70,09%. Dep. moderada: corte ≥ 9 mostró Sen = 95,29%, Esp = 80,95%, VPP = 83,51% y VPN = 94,44%. Dep. severa: corte ≥ 15 mostró Sen = 82,35%; Esp = 88,98%, VPP = 76,36% y VPN = 92,11%. Fase 2: Un 40,8% de los 7.524 sujetos estudiados eran hipertensos, el 60,9% eran conscientes de su condición y de ellos un 77,4% se trataban. El 56,4% de los tratados estaba mal controlado. Un 22,2% presentaron síntomas depresivos y un 14,6% depresión mayor. Si bien la relación cruda entre síntomas depresivos y mal control de hipertensión mostró una asociación inversa (OR: 0,78; $p = 0,023$) cuando se ajustó el modelo por sexo, ciudad y edad esta asociación perdió su significancia estadística.

Conclusiones: El PHQ-9 mostró unas adecuadas propiedades psicométricas y de discriminación de severidad en Argentina. En la muestra de estudio no se pudo evidenciar asociación entre depresión y mal control de hipertensión. Sería recomendable estudiar en futuros estudios la hiperfrecuentación de servicios de salud, ya que podría estar mediando dicha asociación.

Financiación: nHLBI.

Actividades preventivas I (Oral 5 minutos)

Jueves, 4 de septiembre de 2014. 09:30 a 11:00 h

Moderadora: Encarna Gascón Pérez

499. PREVENÇÃO DE QUEDAS EM ADULTOS EM INTERNAMENTO HOSPITALAR: AVALIAÇÃO DA EFICÁCIA DA FORMAÇÃO DE ENFERMEIROS

C.S. Marques, J.C. Gomes, L.S. Mónico, F. Rodrigues, H.M. Carreira

Instituto Politécnico de Leiria; Universidade de Coimbra; Universidade do Porto; Universidad de Extremadura.

Antecedentes/Objetivos: A segurança nas instituições de saúde assume cada vez mais importância. A ocorrência de quedas dos utentes traz consequências médicas e económicas, aumentando a dependência destes, o período de internamento, o desconforto e a desconfiança em relação à qualidade do serviço. Esta investigação tem como objetivo avaliar a eficácia da formação de enfermeiros na prevenção e monitorização de quedas de adultos em internamento hospitalar. Formulámos três hipóteses: H1 – a frequência da avaliação do risco de queda aumenta após a ação de formação; H2 – o número

de quedas e H3 – o grau de severidade das quedas dos doentes diminui após a ação de formação.

Métodos: A primeira fase de recolha dos dados (pré-teste) de 65 processos clínicos de adultos internados no período de um mês num serviço de internamento de um hospital, com vista à determinação da prevalência de quedas e à avaliação do risco de queda, sem queda e após queda (na Escala de Morse) desses utentes. A segunda fase (intervenção) consistiu na implementação de uma ação de formação a 27 enfermeiros desse serviço, sobre prevenção e monitorização de quedas em doentes; a formação adotou um carácter demonstrativo, interrogativo e ativo, sendo ministrada no mês seguinte à fase de pré-teste, num total de 20 horas. Após a formação voltou-se a recolher durante um mês os dados sobre a avaliação do risco de quedas e sua prevalência em 71 processos clínicos de internamentos ocorridos nesse período (pós-teste).

Resultados: Após o período de formação verificou-se um aumento de 28% nas avaliações do risco de queda e de 6,7% após queda dos utentes. A avaliação do risco sem existência de queda também aumentou significativamente (53,7%). Para além da diminuição de 50% no número de quedas após a formação, o grau de severidade das mesmas desceu para o nível mais baixo (nível I, por contraponto a 10% de quedas de nível III e 20% de quedas de nível II no período pré-formação).

Conclusiones: A avaliação do risco de quedas passou a integrar significativamente mais a prática clínica dos enfermeiros após a formação, registando-se uma diminuição para metade do número de quedas dos utentes, bem como o decréscimo na gravidade das mesmas. Com esta investigação pretendemos dar um contributo no preenchimento da meta nº 6 dos Padrões de Acreditação da Joint Commission International para Hospitais: a redução do risco de lesões resultantes de quedas em doentes. Sugerimos que as instituições de saúde invistam na formação/sensibilização dos enfermeiros acerca da prevenção e monitorização das quedas, tendo como meta a excelência na prestação de cuidados.

118. ENSAYO DE INTERVENCIÓN COMUNITARIA PARA INCREMENTAR LA COBERTURA DE LA VACUNA ANTIGRI PAL ESTACIONAL

R. Santamaría Zuazúa, P. Sancho Uriarte, V. de Castro, N. Muniozguren, A. Paskual, T. Arteagoitia, C. Esparta

Unidad de Vigilancia Epidemiológica, Delegación Territorial de Bizkaia, Departamento de Salud; Servicio Vasco de Salud Osakidetza; Dirección de Salud Pública y Adicciones, Departamento de Salud.

Antecedentes/Objetivos: En la Comunidad Autónoma del País Vasco (CAPV), las coberturas de la vacuna antigripal en los mayores de 64 años han sido inferiores al 75%, y tras la pandemia de 2009 se observó un descenso. En 2012 el Departamento de Salud y el Servicio Vasco de Salud, Osakidetza diseñaron, implementaron y evaluaron una intervención comunitaria en dos municipios de la Comarca Interior (Bizkaia). El objetivo de la intervención era incrementar las coberturas de la vacuna antigripal en los mayores de 64 años mediante una sesión formativa que mejorara los conocimientos relativos a dicha vacuna.

Métodos: Ensayo de intervención comunitaria. La población de referencia fueron los mayores de 64 años de la Comarca Sanitaria de Interior (Bizkaia). Se realizó un muestreo por conglomerados; la unidad de muestreo fue la Unidad de Atención Primaria. Se constituyeron un grupo intervención y un grupo control. La intervención en los mayores de 64 años consistió en la difusión de un video seguido de un turno de preguntas y la representación de una obra de teatro. Se valoró la intervención mediante un cuestionario al finalizar la sesión. En los centros de salud de los municipios intervenidos se realizó una sesión formativa a los profesionales sanitarios. Se compararon de las

actitudes pre- y post-intervención de los mayores de 64 años y sus coberturas vacunales de 2011 y 2012.

Resultados: El 90% de los hombres y el 68% de las mujeres mayores de 64 años afirmó haberse vacunado frente a la gripe en las últimas temporadas; el motivo principal para vacunarse fue "ser grupo de riesgo y querer proteger su salud" (37%). El 81% de los asistentes afirmó que la jornada había aclarado sus dudas. Entre los que manifestaron su intención de vacunación en 2012, el 84% afirmó que pensaba vacunarse; entre los que declararon no haberse vacunado en 2011, el 47% manifestaron su intención de vacunarse en 2012. Las coberturas en 2012 del grupo intervenido y del control, sin embargo, fueron similares, y no se observaron diferencias significativas en ambos grupos.

Conclusiones: La intervención en los mayores de 64 años, pese a ser valorada positivamente por los asistentes, no consiguió incrementar de forma significativa sus coberturas vacunales en 2012. Tras el análisis de los resultados, para futuras intervenciones se recomienda: la participación de algún miembro de la población diana y realizar las intervenciones en las cercanías del centro de salud para evitar que el efecto de la intervención se pierda con el paso del tiempo.

131. RESULTADOS DE LA CAMPAÑA DE VACUNACIÓN DE LA GRIPE 2013/2014. HOSPITAL "LA PEDRERA", DÉNIA

R. Llorca Llorca, R. Manrique Blázquez

Hospital La Pedrera.

Antecedentes/Objetivos: Los pacientes atendidos en un HACLE tienen una alta necesidad de recibir protección frente a la gripe dada la comorbilidad que presentan. Para aumentar la protección deben incluirse también los cuidadores y el personal sanitario.

Métodos: Estudio descriptivo de incidencia de pacientes vacunados de la Gripe en la Campaña de vacunación 2013/14 en el Hospital "La Pedrera". Utilización del Registro de Vacunación de la Unidad de Medicina Preventiva.

Resultados: Se ha obtenido un incremento de la vacunación de la gripe del 8% respecto al año anterior. 203 personas vacunadas entre pacientes, familiares y personal sanitario. Los pacientes vacunados (71) han experimentado un incremento del 14% respecto a la anterior campaña. Se ha conseguido una vacunación del personal sanitario del 24%, alcanzando en el grupo de facultativos el 60% de vacunados.

Conclusiones: Tras la finalización de la campaña de la gripe 2013/14, los objetivos de maximización de la vacunación se han alcanzado al conseguir aumentar la vacunación. Los familiares y cuidadores se han mostrado muy concienciados en esta necesidad. El personal sanitario también se está sensibilizando en su vacunación para la protección de los pacientes.

281. INCORPORACIÓN DE PROFESIONALES DE PROTECCIÓN DE LA SALUD A UN PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE LA MALNUTRICIÓN EN CENTROS GERIÁTRICOS MEDIANTE LA ACTIVIDAD FÍSICA Y LA ALIMENTACIÓN

J.M. de Miquel Sagnier, E. Roure Cuspinera, J. Serra Farró, L. March Ortiz, J.M. Oliva Solé, O. Ruiz Gómez

Agència de Salut Pública de Catalunya.

Antecedentes/Objetivos: La promoción del envejecimiento activo se enmarca en la estrategia PAAS (Pla Integral per a la promoció de la salut mitjançant l'activitat física i l'alimentació saludable, 2007) Objetivos Disminuir el riesgo de malnutrición en mayores institucionalizados Incorporación de acciones de promoción entre los equipos de protección de la salud.

Métodos: Diseño y validación de un cuestionario para detectar la adecuación de la dieta y el nivel de actividad física. Crear un circuito en coordinación con los servicios regionales de salud coincidiendo con el calendario de inspecciones. Se ha realizado un estudio piloto en 6 residencias geriátricas de dos municipios de Barcelona. Se ha evaluado la adecuación de la oferta y el control de aspectos relacionados con la alimentación y la actividad física a las Recomendaciones del Departamento de Salud. En caso necesario, se facilitan opciones de mejora.

Resultados: El total de residentes fue de 406 (32,6% hombres). El 100% realizaban control de peso al ingreso; 33% mensualmente, 16% trimestralmente; 33% semestralmente y un 16% de forma anual. El 50% disponían de dietista propio y 50% externalizado. El 100% de los centros disponían de adaptación dietético-terapéutica y el 66% de programación estacional de los menús. El 83% de los centros registraban la ingesta cotidiana. En 3 de las residencias, el 100% de los residentes consumían 3 o más fármacos al día. En relación a la actividad física, el 83% de los centros disponían de protocolos o política de centro; en el 33% de los casos, disponía de recomendaciones específicas para residentes autónomos; el 50% de los centros presentaban algún programa de formación de profesionales y en el 100% se disponía de espacios y recursos específicos Realizar una práctica de promoción de la salud coincidiendo con una actividad inspectora no ha supuesto ningún problema. Actuar como proveedor de salud suaviza el trabajo del inspector. Favorece además el diálogo directo de los centros con la administración.

Conclusiones: Los resultados obtenidos son poco concretos probablemente por falta de especificidad del instrumento de medida Se ha observado una sintonía entre condiciones generales (estructura e higiene) y las condiciones del control de alimentación y actividad física Recomendaciones Rediseñar el cuestionario en el sentido establecido en las conclusiones Mejorar la formación de los profesionales en relación a temas de envejecimiento activo y saludable.

690. ENCUESTA SOBRE LA PROMOCIÓN DE LA VACUNACIÓN ANTIGRIPE EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE BARCELONA

O. Pares-Badell, L. Espinosa, M. Casamitjana

Consorci Sanitari de Barcelona.

Antecedentes/Objetivos: En el año 2012 la cobertura vacunal de la gripe estacional en la población > 60 años de la ciudad de Barcelona fue del 48,8%, con una tendencia decreciente desde el año 2009. Los Equipos de Atención Primaria (EAP) tienen un papel crucial en la vacunación de su población de referencia. Las diferencias en la implementación y promoción de la campaña de vacunación de la gripe estacional en los equipos podrían explicar diferencias en dichas coberturas. El objetivo de este estudio fue conocer cómo se implementa las actividades de promoción de la campaña de vacunación en los diferentes equipos de Barcelona en el año 2013.

Métodos: Se realizó una encuesta electrónica transversal sobre la campaña de vacunación de la gripe estacional 2013-2014 dirigida a los directores de los 67 Equipos de Atención Primaria de Barcelona. La encuesta incluía preguntas relacionadas con la divulgación de la campaña dirigida a los pacientes, actividades de formación y sensibilización de los profesionales sanitarios y facilitación del acceso de la población a la campaña. Se relacionaron los resultados de la encuesta con las coberturas vacunales de la campaña 2013-2014 y campañas anteriores.

Resultados: Un 49% (32) de los Equipos de Atención Primaria de Barcelona respondieron la encuesta. Todos los Equipos de Atención Primaria realizaron actividades de divulgación de la campaña, con una mediana de 2,6 actividades por equipo. Las actividades de divul-

gación más utilizadas fueron programación de visitas específicas y trípticos y pósters. Un 97% de los equipos llevaron a cabo actividades de formación profesional —2,5 actividades de media—, incluyendo distribución de materiales (97% de los equipos), difusión de las coberturas (94%) o sesiones clínicas (59%). Los equipos que ejecutaron las tres actividades obtienen coberturas vacunales mejores (49,0%) que aquellos que realizaron dos o menos (46,0%). Los Equipos de Atención Primaria realizaron una media de 1,7 medidas para aumentar la accesibilidad a la vacunación antigripal. Un 70% de los equipos vacunó a domicilio, un 40% amplió el horario del centro, un 33% ofreció horario libre de vacunación y un 20% vacunó en centros externos. Realizar más de dos medidas de accesibilidad se relacionó con coberturas medias mayores al 55%, respecto a coberturas menores del 50% en los equipos que realizan dos o menos actividades. Las actividades que se relacionaron con mejores coberturas fueron ofrecer horario de vacunación libre y la vacunación en centros externos (centros de día, residencias, locales sociales, etc.).

Conclusiones: Todos los Equipos de Atención Primaria encuestados realizaron acciones de promoción de la campaña de vacunación antigripal. Los equipos que realizaron más actividades obtuvieron coberturas vacunales mayores.

734. ANÁLISIS DE VARIABILIDAD DE LA PARTICIPACIÓN EN 10 AÑOS DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE MAMA (PPCM)

A. Hernández Jiménez, H.R. Martínez, J. González Español, G. Martín Bataller, D. Erades Martínez

Centro de Salud Pública de Benidorm, Consejería de Sanidad de la Comunidad Valenciana.

Antecedentes/Objetivos: En el Departamento Marina Baixa de la Comunidad Valenciana hemos observado importantes diferencias en algunos indicadores de evaluación del PPCM según municipios. Este estudio pretende describir el PPCM en el departamento, y analizar algunos indicadores y su relación con factores demográficos.

Métodos: Se recogieron datos poblacionales del departamento a través del Instituto Nacional de Estadística, del Instituto Valenciano de Estadística, y registros locales SISAN/SIP 2006-13 y SIGMA 2004-13. Se analizaron: Población empadronada, población con tarjeta sanitaria, población extranjera, número mujeres participantes, tasa participación, tasa detección, diagnósticos casos in-situ, diagnósticos estadios 0-1, VPP+ de la mamografía, y todas estas variables según su distribución en las 7 zonas básicas de salud (ZBS) del departamento, entre los años 2004 y 2013.

Resultados: La tasa de participación global fue del 85,58%, con un rango según ZBS del 76,37% al 91,6%. Tasa de detección acumulada media (por 1.000 hab.) 12,9, (rango ZBS 9,42-16,14), diagnósticos estadios 0-1 33,75% (76,92-20,19%), diagnósticos in-situ 15,17% (6,67-19,04%). Los valores máximos y mínimos en los indicadores del programa se encuentran en la ZBS 1 y 5: ZBS 1 participación 76,37%, diagnóstico de casos in-situ 6,67%; ZBS 5 participación 91,6%, diagnóstico de casos in-situ 19,04%. La población extranjera (principalmente europea) de la ZBS 1 corresponde al 56,5% y a la ZBS 5 del 26,9%. En ambas ZBS la tasa de detección global es similar: 16,11% en ZBS 5 y 16,14% en ZBS 1.

Conclusiones: En un mismo departamento de salud existen importantes diferencias en las características de su población. En el PPCM la proporción de población extranjera es un determinante importante para la participación, y a mayor población extranjera hemos observado menores tasas de participación y de diagnóstico en estadios precoces. Conocer estos determinantes puede ayudar a tomar medidas adecuadas para disminuir su efecto en los resultados, y mejorar la efectividad del PPCM.

878. RECOMENDACIONES EN EL CUIDADO HOSPITALARIO Y DOMICILIARIO DEL CORDÓN UMBILICAL

A. Silva Barajas, A. Martín López, A. Paz Serrano, E. Muñoz Rey, M. García Contreras, G. Ordóñez León, J. Valencia Martín

Hospital Universitario de Móstoles.

Antecedentes/Objetivos: Hay gran heterogeneidad en las recomendaciones sobre cuidados del cordón umbilical (CU), y su déficit se asocia con infecciones en el neonato. Tras aparición de un brote de onfalitis en nuestro centro, consideramos revisar la evidencia científica al respecto y las prácticas habituales en la hospitalización y al alta, para optimizar el cuidado y evitar nuevos casos.

Métodos: Se realizó una revisión bibliográfica no sistemática de la literatura publicada en bases de EMBASE y Medline, con términos MeSH: care, cord, antiseptic, newborn, neonatal. Se seleccionaron las recomendaciones con mayor nivel de evidencia. Tras la revisión, se investigaron las prácticas habituales de cuidados del CU, entrevistando a enfermeras de paritorios, neonatología y pediatría de nuestro centro sobre: Frecuencia de curas, higiene de manos (HM), material utilizado, uso de antiséptico, técnica de limpieza del CU, baño y cambio de pañal en el niño y recomendaciones al alta.

Resultados: Según las evidencias disponibles, en el clampaje del CU tras el parto se recomienda: HM previa, uso de guantes, instrumental y paños estériles. Favorecer contacto precoz piel con piel con la madre para la adquisición de flora saprofita. Mantener el CU siempre limpio, seco y alejado del pañal. En hospitalización, HM antes de manipular el CU, usar guantes limpios, comprobar el clampaje correcto. Limpieza de CU: Usar gasa estéril con agua o suero y jabón neutro sin aditivos, limpiar desde la zona distal hasta la base del muñón, con suave tracción de la pinza y secar con una gasa limpia; se limpiará 1 vez al día y si se ensucia con orina o heces. Durante el baño mantener el CU fuera del agua y limpiarlo al final del mismo. El uso de antisépticos no aporta beneficio adicional respecto a mantenerlo limpio y seco, y puede retrasar su caída, aunque en situaciones de riesgo (brote, falta de asepsia), su uso puede reducir los casos de onfalitis. En tal caso, el antiséptico recomendado es la clorhexidina alcohólica al 0,5%, aunque no hay consenso de su uso en prematuros, se aplicará tras la higiene y dejando secar al aire. Al alta formación a padres. Áreas de mejora en la práctica habitual detectadas: Falta de HM antes de manipular el CU, mojar el CU durante el baño, secar el CU con la misma toalla que se seca el cuerpo, limpiar el CU desde la base hacia el extremo distal y cubrir el CU con el pañal.

Conclusiones: Para evitar casos de onfalitis es suficiente un adecuado cuidado higiénico del cordón (higiene de manos, clampaje estéril, lavado con agua y jabón, mantenerlo limpio y seco); el uso de antiséptico se reserva para situaciones de mayor riesgo. Recomendamos realizar evaluación y formación sobre el cuidado del CU durante la hospitalización y al alta.

204. PREFERENCIAS HACIA LA PrEP EN HOMBRES QUE TIENEN SEXO CON HOMBRES ESPAÑOLES RECLUTADOS POR INTERNET

A. García, L. Ferrer, P. Fernández-Dávila, C. Folch, J. Casabona

Centre d'Estudis Epidemiològics sobre les ITS i SIDA de Catalunya (CEEISCAT)/ICO/Agència de Salut Pública de Catalunya; CIBERESP; Stop Sida; Universitat Autònoma de Barcelona.

Antecedentes/Objetivos: Según datos derivados de ensayos clínicos, la Profilaxis Pre-Exposición (PrEP) puede ser una buena estrategia preventiva del VIH en hombres que tienen sexo con hombres (HSH). Sin embargo, se necesita más información para evaluar su efectividad y viabilidad. Objetivo: examinar preferencias de uso de la PrEP en HSH que utilizan páginas web gays en España.

Métodos: De julio-noviembre de 2013 se distribuyó una encuesta online a través de distintas páginas web gays españolas. La muestra incluyó 641 hombres VIH-negativos, ≥ 18 años que reportaron tener sexo con hombres en el último año. La intención de uso de la PrEP se definió a través de una variable de tres categorías (sí/no/no lo sé). Se preguntó a los participantes sobre escenarios hipotéticos para examinar bajo qué condiciones estarían más dispuestos a utilizar la PrEP.

Resultados: La edad media de los participantes fue de 34,3 años, el 87,2% eran de origen español y el 66,3% se identificaron como gay/homosexual. Un 22,5% de los participantes conocían la PrEP, siendo Internet la fuente de información más frecuente (60,4%). En conjunto, un 59,5% tenían intención de utilizar la PrEP y un 25,7% no lo sabía. El 54,7% de los HSH estarían dispuestos a usar la PrEP si esta fuera $\leq 80\%$ eficaz. Los participantes estarían más dispuestos a utilizar la PrEP sólo durante los periodos de alto riesgo sexual (65,6%) que los fines de semana (5,2%), a tomar una dosis de PrEP antes de un encuentro sexual (71,4%) que una píldora diaria (39,3%) o si se prescribiera una inyección mensual (74,1%) que > 1 píldora diaria (57,2%). Un 46,1% de los HSH estuvieron de acuerdo/totalmente de acuerdo en utilizar la PrEP a pesar de sus efectos secundarios y un 79% en desacuerdo/totalmente en desacuerdo en pagar por ella. La fuente de suministro preferente de la PrEP sería un profesional sanitario (90,9%) o farmacéutico (84,5%). Un 19,3% de HSH disminuiría el uso del condón en combinación con la PrEP.

Conclusiones: La eficacia potencial de la PrEP, sus regímenes de uso y las fuentes de suministro afectan el nivel de interés hacia la PrEP como medida preventiva. Debido a la complejidad de los factores implicados en la aceptabilidad del método será importante seguir explorando los determinantes de intención de uso para poder mejorar las recomendaciones, así como la posible compensación de riesgo asociada a este uso.

355. ESTRATEGIA CLÍNICA PARA USO ADECUADO DE CATÉTERES CENTRALES EN CIRUGÍA COLORRECTAL

C. Escassi Pérez, F. García Gutiérrez, E. Román Casares, I. Fuentes Legaz, M.J. Pérez Lozano, D. Gómez Rubio, T. Salas Casado

UGC Salud Pública, Prevención y Promoción de la Salud, Hospital de Valme; UGC Enfermedades Digestivas.

Antecedentes/Objetivos: La bacteriemia asociada a CVC es una de las infecciones relacionadas con dispositivos más frecuentes en las UCI españolas. La puesta en marcha de una estrategia clínica global en la que se adecue tanto la indicación, como la duración del dispositivo, como el manejo y los cuidados del catéter ha sido muy positiva en Unidades de nuestro hospital como UCI adulto y neonatal. Son muy pocos los estudios realizados en otras Unidades. **Objetivos:** Conocer situación actual de las infecciones relacionadas con catéteres venosos centrales y establecer áreas de mejora en cirugía colorrectal.

Métodos: Estudio de incidencia de 6 meses de duración (enero-junio) en el que se incluyen todos los pacientes intervenidos de cirugía de colon y recto tanto programados como urgentes. Período de estudio 2011-2013.

Resultados: Del total de pacientes intervenidos (360) más del 75% eran portadores de un catéter venoso central. Durante los 3 años de estudio la incidencia de pacientes que presentaron infección relacionada con catéter superaron los 4 episodios por cada 1.000 días de catéter (superior a lo que se referencia en Proyecto bacteriemia 0), registrándose en el año 2013 más del doble (14%) de lo que se considera óptimo.

Conclusiones: La bacteriemia asociada a CVC sigue siendo una de las infecciones relacionadas con dispositivos más frecuentes en Unidades que son de cuidados críticos. El abordaje multifactorial utilizando herramientas formativas, de comunicación y retroalimentación de la monitorización de los datos a todos los profesionales implicados debe ser una prioridad para el año 2014, ya que ha sido muy positivo en aquellas Unidades cuando se han realizado.

773. VACUNA CONJUGADA NEUMOCOCO 13 VALENTE EN UNA UNIDAD DE VACUNACIÓN

G. Alemán Vega, B. Martín Águeda, I. Cuevas Casado, J.R. Villagrasa Ferrer

Servicio de Medicina Preventiva, Hospital Universitario La Princesa.

Antecedentes/Objetivos: La enfermedad neumocócica invasiva (ENI) es un gran problema de salud, especialmente para la población inmunodeprimida. Entre las estrategias para prevenir las ENIs se encuentra la vacunación. En la actualidad, se dispone de una vacuna conjugada 13 valente (VNC13) que genera una respuesta inmune más potente y duradera que la polisacárida (VNP23). Recientemente, han participado 16 sociedades científicas en la elaboración de un Consenso sobre las indicaciones de las vacunas antineumocócicas. Su utilización está justificada en pacientes inmunodeficientes y con patología de base: sujetos con asplenia, fístulas de LCR, implante cocleares, inmunodeprimidos, con patología crónica o comorbilidades. Nuestro objetivo es conocer las características de los pacientes que reciben la VNC13 en una unidad de vacunación de un hospital general y su relación con las indicaciones del Consenso.

Métodos: Estudio descriptivo en el que registran los pacientes remitidos y las vacunas (VNC13) administradas en la unidad de vacunación de un hospital terciario durante 6 meses (de septiembre 2013 a marzo 2014). Se estudian las siguientes variables: edad, sexo, servicio, indicación de la vacuna, contraindicaciones y efectos adversos graves. Se comparan los datos con las recomendaciones del Consenso de las Sociedades para detectar posibles deficiencias de cobertura. La pauta de vacunación es de una dosis y en los pacientes con trasplante células hematopoyéticas tres dosis.

Resultados: Durante los seis meses se administraron 210 dosis de VNC13 en 168 pacientes. A 42 pacientes de trasplante de médula ósea (TMO) se les administró 3 dosis y al resto una dosis. El 58,08% eran mujeres y la edad media fue 57,78 años. Los servicios que indican la vacuna de forma más frecuente son Reumatología (32,9%), Hematología (23,4%), Neumología (22,8%), Nefrología (12%), Cirugía General (2,4%), Medicina Interna (1,8%) y Digestivo (1,8%). Los motivos más frecuentes fueron: enfermedad reumatológica inflamatoria (32,3%), EPOC (21,6%), TMO (20,4%), dializados (12%), asplenia (4,8%) y enfermedad inflamatoria intestinal (1,8%). No se registraron contraindicaciones a la vacunación ni efectos adversos graves.

Conclusiones: En la Unidad vemos una buena aceptación de la vacunación por los pacientes. No se han detectado contraindicaciones ni efectos adversos graves. Durante este período, se han derivado de forma progresiva pacientes que cumplían los criterios de las recomendaciones del Consenso. No llegan a la Unidad pacientes con algunas de las indicaciones incluidas en el Consenso (como implantes cocleares, hepatopatías, tratamiento quimioterápico, VIH) por lo que tendremos que elaborar una estrategia de información en los Servicios que tratan estos pacientes.

253. APROXIMACIÓN A LOS FUMADORES CON PATOLOGÍA MENTAL DE NUESTRO DISTRITO (C. LINEAL-MADRID)

L. Marco Cuenca, B. Álvarez Sánchez, A. González Espejo, M.M. Esteban y Peña, P. Rodríguez Álvarez, S. Gerechter Fernández

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

Antecedentes/Objetivos: Diversos estudios muestran la convergencia entre consumo de tabaco y patología mental, duplicándose la prevalencia, presentando mayor grado de dependencia, más dificultad en la cesación y más posibilidades de enfermedades asociadas. Los trabajos al respecto reflejan que es especialmente acusada en esquizofrenia y trastorno bipolar. Esto nos lleva a plantear la

necesidad de realizar actuaciones específicas en esta población, como este estudio que tiene por objetivo caracterizar en cuanto a consumo de tabaco los usuarios del Centro de Salud Mental, de nuestro distrito.

Métodos: Estudio observacional descriptivo. En 2012 administramos 240 cuestionarios (p. diana = 1.910) por personal sanitario, a usuarios del centro de salud mental. Recogimos variables del protocolo de deshabituación tabáquica del ayto de Madrid (edad, sexo, ocupación, nivel de estudios, diagnóstico psiquiátrico, historia de tabaquismo, cooximetría e intencionalidad de abandono), se añadió el test de Fagerström (valoración de dependencia al tabaco) y registro de cooximetría. Se consideraron fumadores los que consumen al menos un cigarrillo al día. Elaboración de estadísticos descriptivos: medias, porcentajes y de asociación χ^2 , t. Student. Los datos se procesaron con SPSS 17.

Resultados: Mujeres 58%, hombres 41,3% 38,8% fumadores (20,7% de la población de Madrid lo es en 2013), ex fumadores 25% (población general de Madrid 2013, 24,2%). 38% de los no fumadores eran universitarios, frente a un 25% de los fumadores; en estos los estudios primarios fueron del 29%. Ansiedad y depresión (33%), son las patologías más frecuentes en ambos grupos ($p > 0,05$). La media de consumo en número de cigarrillos fue de 19, en trastorno bipolar 27 y 25 en esquizofrenia ($p > 0,05$). El 70% de los fumadores presentaban dependencia moderada/alta (test de Fagerström), $p < 0,05$, en esquizofrenia. Los niveles de cooximetría fueron significativamente más altos ($p < 0,01$) por ocupación (desempleados y jubilados) y por patología (esquizofrenia). El 30% recibió consejo para abandono del consumo: proviniendo de la familia 12,5%, médico 12,1% y psiquiatra 2,9%.

Conclusiones: El consumo de tabaco en esta población duplica la general de la ciudad, coincidiendo en las cifras de exfumadores. Los pacientes con mayor consumo son los de patología bipolar o esquizofrenia, siendo los que presentaron mayor nivel de dependencia y de cooximetría. Se plantea como muy recomendable la intervención desde nuestro entorno en este colectivo por su alta prevalencia, factibilidad de deshabituación y escaso consejo desde psiquiatría.

124. AISLAMIENTO EN PACIENTES COLONIZADOS POR GMR (HOSPITAL HACLE "LA PEDRERA")

R. Llorca Llorca, R. Manrique Blázquez

Hospital La Pedrera.

Antecedentes/Objetivos: Debido a sus comorbilidades, los pacientes atendidos en un Hospital HACLE son una importante población diana para los gérmenes multirresistentes (GMR). Ello justifica la necesidad de una correcta aplicación de las medidas de aislamiento, en prevención de su transmisión.

Métodos: Estudio prospectivo de seguimiento de pacientes con aislamiento y de resultados microbiológicos positivos para GMR realizado en el Hospital "La Pedrera" durante el año 2013.

Resultados: Los pacientes colonizados por GMR son en su mayoría procedentes de otros hospitales (DI = 1,75% estanc.), siendo menores los de origen nosocomial (DI = 0,75% estanc.). Ambos orígenes con tendencia descendente durante el año. Durante todo el año 2013 ha predominado la *K. pneumoniae* Blee (DI = 2,3% estanc). El aislamiento de contacto ha sido el más utilizado debido al tipo de colonizaciones detectado.

Conclusiones: En la tendencia descendente de la colonización nosocomial por GMR ha contribuido la aplicación de medidas de vigilancia/seguimiento y las diferentes intervenciones como aislamientos y tratamientos descolonizadores. Además ha influido también la mejor aplicación del protocolo de terapia antibiótica empírica. No se han presentado casos secundarios de transmisión.

91. SATISFACCIÓN DE LAS USUARIAS DE UN PROGRAMA DE PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE MAMA

G. Arroyo, M.A. Menargues, N. Orgiles, R. Huesca, A. Úbeda, E. Vidal, A. Sanchis, S. Mejías, F. Albertos

Centro de Salud Pública de Elda.

Antecedentes/Objetivos: El conocimiento y la comprensión del nivel de satisfacción de las usuarias constituyen un factor fundamental en la gestión y desarrollo de las Unidades de Prevención de Cáncer de Mama (UPCM) debido a la relación que guardan con el éxito en la obtención de resultados de calidad. El objetivo de nuestro estudio es conocer la satisfacción de las usuarias de la UPCM de Elda.

Métodos: Se realizó un estudio observacional y transversal en el tiempo, en el que los sujetos a estudio son las mujeres de entre 45 y 69 años atendidas en la UPCM de Elda. La muestra se ha obtenido por muestreo aleatorio simple con mujeres de todos los municipios del departamento. El tamaño muestral necesario se ha calculado asumiendo un error del 0,05 y una precisión de + 0,05. El instrumento que se ha utilizado es un cuestionario de satisfacción adaptado a nuestro medio. El cuestionario consta de 23 preguntas de respuestas cerradas sobre el servicio recibido, tiempos de espera, percepción de la atención recibida, sensación subjetiva respecto a la prueba, accesibilidad, medios de transporte, información sobre el programa.

Resultados: El 84% de las mujeres referían tener conocimiento previo del Programa cuando fueron citadas por primera vez, siendo la vía más frecuente de la información el médico de cabecera con un 31% seguido de los amigos y familiares con un 23%. El 100% de las encuestadas consideran que la realización periódica de mamografía es "Muy beneficiosa/Beneficiosa para su salud" siendo "Muy beneficiosa" para el 87,6%. Solo el 14% de las usuarias refirieron bastante o mucha intranquilidad al recibir la comunicación de la cita. El 63% la refiere como "molesta sin llegar a ser dolorosa". El 89% consideran que el tiempo que paso entre la carta de citación y la realización de la mamografía como adecuado. El 61% refieren que en la unidad fueron puntuales El 98% están satisfechas o muy satisfechas de la información recibida sobre las pruebas realizadas. Al 97% de las encuestadas, la experiencia en su conjunto de la realización de la mamografía le pareció "Satisfactoria" o "Muy Satisfactoria".

Conclusiones: El grado de satisfacción global es muy alto, similar a los obtenidos por otros programas de similares características. El alto porcentaje de conocimiento justifica entre otros factores la elevada participación de la UPCM de Elda que en el año 2012 fue del 87,45%. La mayoría de las mujeres no sienten temor ni intranquilidad cuando reciben la cita, sin embargo el porcentaje que sí lo tienen coincide con aquellas que refieren no haber visto el folleto que se envía junto a la carta con la citación, cuyo fin es explicar cómo se hace la mamografía con el objetivo de que acudan a la unidad con mayor tranquilidad.

43. RECOMENDACIONES PARA EL CONTROL DE LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES PRESCRITAS POR LOS FACULTATIVOS

D. Blasco Asensio

Unidad de Epidemiología, Centro de Salud Pública de Benicarló, DGSP, Comunidad Valenciana.

Antecedentes/Objetivos: La sospecha o diagnóstico de las enfermedades transmisibles se realiza a nivel asistencial. La oportunidad de establecer medidas de control adecuadas debería estar integrada dentro del acto asistencial. El objetivo de este estudio es conocer las

Recomendaciones para el Control de Enfermedades Transmisibles (RCET) que realizan los facultativos de un Departamento de Salud ante este tipo de patología.

Métodos: Estudio descriptivo (2009-2013) en un Departamento de Salud. Selección de las siguientes Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO): Tuberculosis (TBC), Enfermedades de transmisión sexual (ETS) (Sífilis y Gonorrea), Enfermedades Vacunables (VAC) (Parotiditis y Tosferina) y Hepatitis A (VHA). Se analizan los registros de los profesionales sanitarios relacionados con la EDO (en la aplicación SIA-ABUCASIS), desde el diagnóstico de sospecha y hasta la totalidad de registros relacionados con dicha EDO. Criterio de inclusión: Existencia de episodios asistenciales registrados de la EDO. Criterios de exclusión: Ausencia de registros, casos ya declarados o tratados fuera de nuestro ámbito territorial. Variables analizadas: Sexo, edad, procedencia de la declaración, número de episodios asistenciales, RCET registradas (definidas previamente para cada EDO de acuerdo a la bibliografía), clasificándolas en: Ausentes (ningún tipo de recomendación), incompletas (alguna recomendación) o completas (cuando las RCET incluyen recomendaciones para el caso y también adopción de medidas a los contactos).

Resultados: Se recogieron 196 EDO, de los que se excluyeron 26 ($n = 170$). TBC: 55, ETS: 35, VAC: 35, VHA: 21. La declaración procedía en un 72,9% de Atención Primaria. Edad media de los casos 21,5 años (DE 19,64), el 61% hombres. Se generaron una media de 5,1 visitas asistenciales por cada EDO (9,7 para TBC, 4,2 para VHA, 2,9 para ETS y 1,9 para VAC). Para el total de las EDO analizadas, se realizaron RCET en el 43,5%, considerándose completas en el 14,7% e Incompletas 28,8%. Desglosado por EDO: TBC con RCET 42,8% (17,8% completas), ETS con RCET 43,1% (15,5% completas), VAC con RCET 34,2% (0% completas) y VHA con RCET 61,9% (28,6% completas).

Conclusiones: En nuestro estudio, las RCET no quedan reflejadas en el acto asistencial de la mayoría de EDO analizadas. Destaca el mayor porcentaje de RCET realizado en la VHA, y las escasas RCET en enfermedades vacunables. Cabría analizar los motivos por los que no se prescriben con más frecuencia RCET desde el nivel asistencial, y proveer de herramientas prácticas al nivel asistencial para facilitar la implementación de RCET.

34. VACUNACIÓN ANTINEUMOCÓCICA TRECEVALENTE EN ADULTOS PERTENECIENTES A GRUPOS DE RIESGO

A. Álvarez Martín, T. Pedrosa Roca, C. Vilches Peña, C. García Martínez, E. Bascuñana Mora, R. Giménez Jiménez, A. Salvador Mínguez, F. Puzo Ardanuy

Salud Pública de Benicarló.

Antecedentes/Objetivos: Describir las características de la población adulta, pertenecientes a grupos de riesgo establecidos, que fueron vacunados de neumococo 13, tras la instrucción de la Dirección General de Salud Pública de la Comunitat Valenciana, sobre la utilización de vacuna antineumocócica conjugada trecevalente en personas de 18 o más años.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo, transversal, donde se recogieron las variables de edad, sexo, grupo de riesgo, centro sanitario, a partir de las fichas de prescripción, recepcionadas por el Centro de Salud Pública de Benicarló, pertenecientes al área de salud de Vinaròs desde el 4 septiembre 2013 hasta el 17 febrero de 2014.

Resultados: Se recepcionaron 230 fichas de vacunación de neumococo trecevalente, de las cuales el 57% eran de sexo masculino y el 43% de sexo femenino. En el 78% de las fichas fueron realizadas por el Servicio de Medicina Preventiva del Hospital de Vinaròs, (que reciben las interconsultas, de los distintos Servicios del Hospital y de Atención Primaria) y en el 21,3% por Atención Primaria Los grupos de riesgo más frecuentes fueron: Inmunodeficiencias de células B o T (30%), insuficiencia renal crónica avanzada (estadio 3 o

superior), síndrome nefrótico, diálisis (27,3%) y leucemia, linfoma, enfermedad de Hodgkin (15,6%) En cuanto al grupo de edad, el 60% era mayor de 60 años, siendo el grupo de riesgo más frecuente el de insuficiencia renal crónica avanzada, síndrome nefrótico, diálisis y en el 18,6% tenían entre 51 a 60 años con el grupo de riesgo más frecuente inmunodeficiencias B o T Las fichas realizadas por el Servicio de Medicina Preventiva, el grupo de riesgo más frecuente fue Inmunodeficiencias de células B o T (37%) y en Atención Primaria, la Insuficiencia renal crónica avanzada, diálisis. (61%). En hombres, el grupo de riesgo más frecuente fue Insuficiencia renal crónica avanzada, diálisis (31,29%) y en las mujeres la Inmunodeficiencias de células B o T (40,4%).

Conclusiones: Se ha observado que el número de fichas realizadas son menores en Centros de Atención primaria, respecto al Servicio de Medicina Preventiva, puede ser debido a la derivación de los pacientes por los médicos de Atención Primaria al Servicio de Medicina Preventiva, o porque se realicen menos peticiones, sea cual sea la razón se decide aumentar la información en dichos Centros de Atención Primaria. Siendo los pacientes en diálisis un grupo de riesgo establecido para la vacunación de neumococo 13 y al no haber recibido ninguna petición del Centro de diálisis de Vinaròs, contactaremos con ellos para determinar si son conocedores de la instrucción sobre la utilización de vacuna antineumocócica conjugada trecevalente.

101. EVOLUCIÓN DEL PERFIL DE VIAJES INTERNACIONALES EN UN CENTRO DE VACUNACIÓN INTERNACIONAL

R. Casas Fischer, C. Muñoz Simón, B. Herrero Cembellín, B. Sahagún Salcedo

Servicio Territorial de Sanidad de Ávila, Consejería de Sanidad, Junta de Castilla y León.

Antecedentes/Objetivos: Los viajes internacionales crecen cada año de un 3 a 6%. En 2012 se superó un billón de viajeros. Los españoles viajan en este orden a Europa, Latinoamérica, África, Asia y Norteamérica. Nuestro objetivo es determinar la evolución de las características de los viajeros y los viajes en un centro de vacunación internacional (CVI) provincial.

Métodos: Se explota la aplicación para viajes internacionales VIVA, desarrollada por la Consejería de Sanidad de Castilla y León. Se analizan de 2010 a 2013 las variables edad, sexo, domicilio, nacionalidad, destino(s), duración y motivo del viaje, profilaxis antipalúdica. Se compara el valor absoluto (n) y relativo (%) de cada variable del año 2010 con el promedio del periodo 2011-2013. Se comparan porcentajes con la prueba χ^2 , usando EPIDAT 3.1.

Resultados: El número de viajeros se incrementó un 38%. En todas las variables hubo incrementos del 3% al 8%, salvo en viajes por adopciones, cooperación y turismo organizado, que disminuyen. Los aumentos significativos son duración del viaje (+35 días), viajes a Europa (+3%), viajes por motivos laborales (+5,94%), viajeros de otras provincias (+7,5%) y con patologías de base (+9,13%). Disminuyen los viajes a Latinoamérica (-7%), a destinos con recomendación de QPF antipalúdica (-10%), y por adopciones (-4%).

Conclusiones: Aumentan los viajes a Europa y África (sobre todo por motivos laborales), la duración media y los viajes no organizados. La menor indicación de QPF antipalúdica se debe a que los itinerarios se consultan por zonas con riesgo real y no por países. El perfil del viajero es similar a otros CVI, aunque en el nuestro prevalecen viajes a Latinoamérica. Una limitación es que no todos los viajeros realizan la consulta en un CVI. Se recomienda a la totalidad de viajeros la consulta en un CVI y publicar los resultados de éstos para conocer mejor el perfil de viajeros.

221. LA VACUNACIÓN ANTIGRIPIAL EN HOSPITALES DE TERCER NIVEL DE LA COMUNIDAD VALENCIANA EN 2008-2013

F.J. Gómez-Romero, M.R. Zurriaga-Carda, A.M. Alguacil-Ramos, R. Martín-Ivorra, E. Pastor-Villalba, A. Portero-Alonso, J.A. Lluch-Rodrigo

Servicio de Medicina Preventiva, Hospital General Universitario de Elche; Servicio de Salud Infantil y de la Mujer, Dirección General de Salud Pública, Conselleria de Sanitat.

Antecedentes/Objetivos: La vacunación antigripal en la Comunitat Valenciana (CV) tiene como objetivo evitar posibles complicaciones por gripe en personas de los grupos de riesgo (patología crónica cardiorrespiratoria, patología endocrino-metabólica, asma, etc., así como los profesionales sanitarios-PS). Los PS de los hospitales de referencia pertenecen a los grupos de riesgo y las coberturas de vacunación en los mismos son tradicionalmente bajas a pesar de las recomendaciones institucionales y de las sociedades científicas. El objetivo de este estudio es conocer la evolución de la vacunación antigripal en los 8 hospitales de 3er nivel de la CV desde 2008 a 2013.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de las vacunas antigripales declaradas en el Registro de Vacunas Nominal en los 8 hospitales de 3er nivel de la CV (H. General Universitario de Castellón, de Alicante, de Elche, Consorcio Hospital General de Valencia, H. Clínico de Valencia, H. San Juan de Alicante, H. Universitario y Politécnico la Fe y H. Dr. Peset) de 2008-13. Las variables analizadas han sido: grupo de riesgo, edad, sexo, hospital, año de vacunación y adherencia a la vacuna antigripal con relación a la temporada anterior.

Resultados: El número de vacunas de gripe (excepto gripe pandémica) administradas fue de 44,411. El 59,3% de los vacunados fueron mujeres. Por grupo de edad, el 48,5% tenía entre 45-64 años, el 32,3% 15-44 años y el 16,8% eran mayores de 64. Por grupos de riesgo, el 50,9% eran PS, seguidos de personas con patología endocrino-metabólica e inmunodeprimidos (17,9%) y con patología crónica cardiorrespiratoria (11,7%). De los 22.641 PS vacunados de gripe, el 33,4% tenía 55-64 años y el 28,7% entre 45-54. El 68,7% de los PS fueron mujeres y el ratio mujer/hombre fue mayor a 2 salvo en > 64 años (0,6). La adherencia a la vacuna con relación a la temporada anterior fue del 59% en 2009 y 2011; sin embargo, en 2010 y 2012 fue apenas del 45 y 49,7%. La cobertura de vacunación en PS en la temporada 13-14 fue del 16,5% (rango: 7,5-24,9%) si bien se han incluido como población a vacunar a PS de At. Primaria del departamento por lo que la cobertura está infravalorada.

Conclusiones: La gripe es la vacuna de uso más habitual en los hospitales de 3er nivel de la CV. La mayoría de los vacunados frente a la gripe son PS y entre estos, las mujeres en todos los grupos de edad salvo en mayores de 64 años. La adherencia a la vacunación con relación a la temporada anterior en los años analizados apenas llega a la mitad. Las coberturas de vacunación en PS a pesar de estar infravaloradas en este estudio son muy bajas.

223. EVOLUCIÓN DE LA VACUNACIÓN ANTIGRIPIAL EN LOS HOSPITALES DE MEDIA Y LARGA ESTANCIA DE LA COMUNIDAD VALENCIANA. 2008-2013

F.J. Gómez-Romero, M.R. Zurriaga-Carda, R. Martín-Ivorra, A.M. Alguacil-Ramos, A. Portero-Alonso, E. Pastor-Villalba, J.A. Lluch-Rodrigo

Servicio de Medicina Preventiva, Hospital General Universitario de Elche; Servicio de Salud Infantil y de la Mujer, Dirección General de Salud Pública, Conselleria de Sanitat.

Antecedentes/Objetivos: El programa de vacunación antigripal se desarrolla en la Comunitat Valenciana (CV) desde finales de los 80 y tiene como objetivo la vacunación antigripal de las personas

pertenecientes a grupos de riesgo. Los hospitales de media y larga estancia (HACLES) son centros donde la vacunación antigripal está altamente recomendada por el tipo de pacientes ingresados en los mismos y sus patologías. El objetivo del estudio es conocer la evolución de la vacunación antigripal en los HACLES de la CV desde 2008 a 2013.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de las vacunas antigripales declaradas en el Registro de Vacunas Nominal desde los cinco HACLES de la CV y el hospital de la Malvarrosa desde 2008 a 2013. Las variables analizadas son: grupo de riesgo, edad, sexo, hospital, año de vacunación y adherencia a la vacuna.

Resultados: El número de vacunas de gripe (excepto la gripe pandémica) administradas en los años estudiados han sido 3.366 (56,6% del total de vacunas administradas en los HACLES. El 56,5% de los vacunados de gripe fueron mujeres. Por grupo de edad, el 42,7% tenían entre 45 y 64 años y el 37,7% eran mayores de 64 años. Por grupos de riesgo, el 35,7% fueron profesionales sociosanitarios, seguidos de personas con patología crónica cardiorrespiratoria (27,6%). Dentro del personal sociosanitario la adherencia a la vacunación con relación a la temporada anterior fue del 66% en 2009 y del 68% en 2013, sin embargo, en los años 2010 y 2011 fue de apenas el 51%. La cobertura de vacunación en trabajadores sociosanitarios en la temporada 2013-14 fue del 15,7% en los 6 hospitales (rango: 10,7-22,1%).

Conclusiones: La gripe es la vacuna de uso más habitual en los HACLES de la Comunitat Valenciana. Los grupos de edad con mayor número de vacunados de la gripe son los de mayores de 45 años mientras que los trabajadores sociosanitarios fue el grupo de riesgo más vacunado. Las coberturas de vacunación en profesionales sociosanitarios son muy bajas y la adherencia a la vacunación antigripal varía según temporadas.

890. VARIABILIDAD DE LAS COBERTURAS VACUNALES FRENTE AL PAPILOMA VIRUS EN LAS ÁREAS DE SALUD DE ÁVILA

R. Casas Fischer, B. Herrero Cembellín, C. Muñoz Simón, B. Sahagún Salcedo

Sección de Epidemiología del Servicio Territorial de Sanidad, Ávila.

Antecedentes/Objetivos: En España se decidió en 2007 incluir en los calendarios vacunales infantiles la vacuna del papiloma virus para niñas adolescentes, recomendando una pauta de 3 dosis. En Castilla y León esta vacuna se introdujo a partir de 2008, de forma voluntaria y gratuita, para niñas de 14 años de edad, siguiéndose una estrategia de captación escolar.

Métodos: Se analizan para el periodo 2009-2013 los datos provinciales de vacunación de papiloma virus recogidos en el registro de vacunación (REVA) desarrollado por la Consejería de Sanidad de Castilla y León. La estrategia de captación es escolar. Se calculan las coberturas de cada año de las 22 áreas de salud de la provincia de Ávila y 1 centro autorizado. Se realiza un estudio descriptivo de las diferencias de estas variables en el tiempo y entre las diferentes áreas, calculando la mediana, los promedios y la desviación estándar (DE) por años y por áreas. Para los cálculos se usa el programa EXCEL del paquete Office 2007.

Resultados: La cobertura promedia global del periodo 2009-2013 es de 89,49% (DE 10,4; mediana 86; rango 55, 6-100%). La cobertura del periodo completo por áreas varía entre el 72 y 100% (DE 8,01). La cobertura de todas las áreas por años varía entre el 87,5% y 95,53% (DE 3,04). El rango de la desviación estándar de la serie temporal por áreas es 0-12,9 y el de las áreas por periodos anuales 6-10. El año de mayor dispersión en las coberturas fue 2010 y el de menor dispersión, el 2013.

Conclusiones: La cobertura provincial supera la de casi todos los países que han sido estudiados. Se mantienen en el rango superior en relación a otras provincias de CyL. Por áreas, la dispersión es muy aleatoria, no siguiendo ningún criterio de ubicación geográfica del centro, ni de clasificación en área rural/urbana. Aparentemente hay más dispersión en centros con mayor fluctuación de la población (centros limítrofes con otras provincias). Con el tiempo las coberturas resultan paulatinamente más elevadas y más homogéneas, lo cual apunta hacia una mejora de las coberturas y del sistema de registros. Para discernir entre los factores responsables de la variabilidad de resultados, habría que ajustar por más variables y profundizar en el estudio.

28. ANÁLISIS DE LOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN DEL CÁNCER COLORRECTAL MEDIANTE PRUEBA DE DETECCIÓN DE SANGRE OCULTA EN HECES

C. Vilaplana Prieto

Universidad de Murcia.

Antecedentes/Objetivos: El Ministerio de Sanidad ha anunciado la incorporación de la prueba de detección de sangre en heces (PSH) dentro de la Cartera Básica de Servicios a partir del año 2014. El cáncer colorrectal es el tercero más frecuente entre hombres y el segundo entre mujeres, siendo la tasa de mortalidad estandarizada por cáncer de colon en el año 2010 de 35,2 frente a 30,4 en la UE-15 (Eurostat, Health Statistics). Aunque la detección temprana del tumor aumenta las probabilidades de supervivencia, hasta el momento sólo ocho Comunidades han implantado programas de detección precoz mediante PSH.

Métodos: Se utilizan datos del módulo de adultos de la Encuesta Nacional de Salud 2011-12, (21.007 observaciones). Entre los encuestados, sólo el 6,78% se ha realizado una PSH, habiendo transcurrido menos de 2 años para el 54,95% de los casos. Los principales motivos argumentados para la realización de la PSH son: problema de salud (53,19%), recomendación médica (22,58%) y carta/llamada del centro de salud (13,12%). Se estiman modelos probit para la probabilidad de haberse realizado una PSH, el tiempo transcurrido y el motivo por el que se realizó. Se utilizan como variables explicativas: edad, sexo, nacionalidad, tamaño del municipio, enfermedades diagnosticadas, última consulta de atención primaria y residir en una Comunidad que haya iniciado programas de cribado poblacional de detección de cáncer colorrectal. Se distingue entre Comunidades que iniciaron antes de 2011 (CA-con: Canarias, Cantabria, Castilla-León, Cataluña, C. Valenciana, Murcia, País Vasco, Rioja) y Comunidades que no habían iniciado ningún plan antes de esa fecha (CA-sin).

Resultados: La probabilidad de haber realizado la PSH es 49,11% superior en CA-con respecto a CA-sin, y para la cohorte 50-69 años, la probabilidad en las CA-con es un 47,83% superior. A pesar de ello, en las CA-con la probabilidad de realizar PSH disminuye 34,95% al comparar capitales de provincia con municipios de menos de 20.000 habitantes, y disminuye 64,48% al comparar personas con nacionalidad española o sin ella. Entre aquellos que se han realizado una PSH, la probabilidad de que hayan transcurrido menos de dos años es 23,90% superior en las CA-con respecto a las CA-sin. El análisis de los motivos por los que se realizó la prueba revela diferencias entre Comunidades: mayor probabilidad de "consejo médico" entre CA-sin (0,3257 vs 0,2025), pero mayor probabilidad de "haber recibido una llamada o carta del centro de salud" en CA-con (0,2272 vs 0,0189).

Conclusiones: El objetivo fijado por el Ministerio es alcanzar una tasa de cobertura del 50% entre la población de 50-69 años en el año 2015. Los resultados muestran que las Comunidades que han implantado programas de prevención han recibido una respuesta significativa por parte de la población.

MESA ESPONTÁNEA

Herramientas de cohesión y participación comunitaria en la formación en medicina preventiva y salud pública

Jueves, 4 de septiembre de 2014. 09:30 a 11:00 h

Moderan: Pedro Gullón Tosío y Pello Latasa Zamalloa

848. CURSO DE INMERSIÓN EN SALUD PÚBLICA COMO HERRAMIENTA DE FORMACIÓN Y COHESIÓN ENTRE RESIDENTES

L. Reques Sastre, P. Latasa Zamalloa, C.C. Gil-Borrelli, P. Gullón Tosío, C. Iniesta Mármol, E. Ojeda Ruiz

Escuela Nacional de Sanidad, Instituto de Salud Carlos III; Hospital Universitario Fundación Alcorcón; Hospital General Universitario Gregorio Marañón; Hospital Universitario La Paz; Hospital Universitario Severo Ochoa.

Antecedentes/Objetivos: La Unidad Docente de Madrid venía ofreciendo cursos de inmersión a la especialidad de Medicina Preventiva y Salud Pública para residentes entre los años 2006 y 2010. En el año 2013 los cursos se retomaron incluyendo a los residentes en su organización y desarrollo. En la nueva edición se plantearon como objetivos: (1) adquirir una visión general de la especialidad y (2) crear sinergias entre los compañeros de diferentes años.

Métodos: Se organizó un curso de 15 horas desarrollado en 3 días. Los contenidos se basaron en una encuesta previa para conocer los temas de interés. Las materias se impartieron en forma de charlas y talleres abarcando dichos temas, divididos en los siguientes bloques: introducción, plan formativo de la especialidad, rotaciones externas y perspectivas de futuro. Todas las sesiones fueron impartidas por residentes, siguiendo metodologías participativas. Tras la realización del curso, se pasaron cuestionarios de satisfacción con 14 ítems en escala tipo Likert de 5 categorías, explorando las dimensiones de organización, desarrollo del curso y capacidad de los ponentes. Se añadió un ítem final referente a la satisfacción global.

Resultados: El curso se realizó acorde a lo previsto. La valoración de los ponentes fue muy positiva, y los resultados de las encuestas de satisfacción arrojaron un resultado positivo o muy positivo en el 94,7% de los encuestados. Los aspectos organizativos, de desarrollo del curso y capacidad de los ponentes obtuvieron la misma valoración. Únicamente el ítem referente a la duración de las sesiones fue valorado de manera regular por el 31,6% de los participantes. Como puntos fuertes se destacaron la motivación, entusiasmo y cercanía de los ponentes, así como el desarrollo dinámico y participativo de las sesiones. Se propusieron como sugerencias dar más información previa, ajustar los tiempos y generar más espacios de participación entre los asistentes.

Conclusiones: En vista a la buena acogida del curso y el entusiasmo por parte de asistentes y ponentes, consideramos que es una herramienta muy útil que debería potenciarse y generalizarse a otras Unidades Docentes así como a otros colectivos interesados en realizar un acercamiento a la Salud Pública. Asimismo, es una oportunidad para conocerse, crear comunidad y sinergias entre los especialistas en formación.

853. PROYECTO INCIDO: REGISTRO DE INCIDENCIAS EN DOCENCIA EN LA FORMACIÓN DE MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA

P. Gullón Tosio, C. Velasco Muñoz, C.C. Gil-Borrelli, P. Latasa Zamalloa, C. Iniesta Mármol, E. Ojeda Ruiz, S. Barreales, J.A. Aguilar

Escuela Nacional de Sanidad, Instituto de Salud Carlos III; Hospital Clínic de Barcelona, Hospital Universitari; Hospital General Universitario Gregorio Marañón; Hospital Universitario Fundación Alcorcón; Hospital Universitario La Paz; Hospital Universitario Severo Ochoa; Hospital Universitario de Burgos; ARES MPSP-Asociación de Residentes de Medicina Preventiva y Salud Pública.

Antecedentes/Objetivos: El proyecto INCIDO (Registro de Incidencias en Docencia) nace con la idea de crear una plataforma online en la que, de forma sencilla, registrar todas aquellas incidencias y problemas que puedan ocurrir en el periodo formativo de los residentes de Medicina Preventiva y Salud Pública. Los objetivos que nos planteamos con el proyecto son: (1) Crear un registro donde recoger los problemas que los residentes de Medicina Preventiva y Salud Pública tengan en relación a su formación. (2) Crear una herramienta de comunicación entre los residentes y los representantes de la Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Preventiva y Salud Pública.

Métodos: Inspirado en la metodología de seguridad del paciente, la vocación de INCIDO es generar procesos de mejora en la formación. INCIDO recoge información acerca de quién es el afectado (el Residente que lo rellena u otro), la CCAA y UD donde ocurre la incidencia, el ámbito en el que ha tenido lugar, una descripción de la incidencia y su gravedad. Cada incidente registrado será investigado y si es necesario, llevado a la Comisión Nacional de la Especialidad. Además todo el proceso se llevará a cabo con el nivel de confidencialidad que el residente desee, expresado a través del formulario.

Resultados: Hasta el momento de envío de este resumen, se han recibido 7 notificaciones de incidencias. Se han producido en el ámbito de la relación del tutor con el residente, en la gestión de las rotaciones y en los módulos de atención continuada. Todas ellas han sido clasificadas con una gravedad grave o muy grave. Las incidencias han sido recogidas en 2 Unidades Docentes. Debido a la gravedad de las incidencias recogidas, se trasladarán a la Comisión Nacional de la Especialidad a través de los representantes de residentes.

Conclusiones: La herramienta INCIDO es adecuada para recoger las incidencias que ocurren en la formación de los residentes de Medicina Preventiva y Salud Pública. Los canales de comunicación y herramientas de cohesión entre los residentes son un elemento necesario para poder comunicar y solucionar aquellos problemas que ocurren durante la formación. Ésta es la primera herramienta que se crea de comunicación directa entre los Residentes y la Comisión Nacional de la Especialidad.

854. REIVINDICAD: RESIDENTES IMPLICADOS EN LA VIGILANCIA DE INDICADORES DE CALIDAD EN LA DOCENCIA

C.C. Gil-Borrelli, P. Latasa, L. Reques Sastre, L. Prieto Castillo, S. Barreales, E. Ojeda Ruiz, C. Iniesta Mármol, P. Gullón Tosio

Hospital General Universitario Gregorio Marañón; Hospital Universitario Fundación Alcorcón; Escuela Nacional de Salud, Instituto de Salud Carlos III; Hospital Clínic de Barcelona, Hospital Universitari; Hospital Universitario Severo Ochoa; Asociación de Residentes de Medicina Preventiva y Salud Pública ARES MPSP.

Antecedentes/Objetivos: El proyecto REIVINDICAD (Residentes Implicados en la Vigilancia de Indicadores de Calidad en la Docencia) nace de la idea de crear una estrategia colaborativa on-line en

la que los residentes se impliquen de forma sencilla en la evaluación de las rotaciones que realizan y compartan esta información con sus compañeros. Se plantean como objetivos principales del proyecto: (1) Monitorizar la calidad en la docencia de los distintos dispositivos de rotación de los residentes de Medicina Preventiva y Salud Pública de España y (2) Facilitar la elección informada de los itinerarios formativos.

Métodos: El desarrollo de cada una de sus fases ha requerido un método específico. Fase 1: diseño del cuestionario partiendo de la Encuesta de Satisfacción de Residentes del MSSSI y adaptándolo al ámbito de la Medicina Preventiva y Salud Pública, mediante un panel de expertos constituido por residentes de los últimos años de diferentes Unidades Docentes. Fase 2: pilotaje de la encuesta en el encuentro de residentes de ARES (Septiembre, 2013). Fase 3: procesamiento descriptivo de los datos. Fase 4: publicación de resultados preliminares. Fase 5: una vez que cada residente termine su rotación, podrá evaluarla en la página web de ARES mediante cuestionario on-line, para que los siguientes residentes puedan elegir dispositivo de rotación en función de la calidad docente percibida por otros compañeros. La duración del proyecto estará supeditada a su utilidad y sostenibilidad.

Resultados: El panel de expertos encontró como indicadores más relevantes para la evaluación de la calidad de las rotaciones: planificación y consecución de objetivos específicos, supervisión, delegación de responsabilidades, recursos y ambiente laboral del dispositivo, valoración personal, estímulo y apoyo recibido, así como la productividad de la rotación. El pilotaje valoró el cuestionario como adecuado, pertinente y viable. Los resultados pueden ser consultados a través de la web de ARES de forma agregada para cada dispositivo de rotación respecto a los últimos 3 años o 6 últimos residentes, aportando una visión representativa y manteniendo la anonimidad de las evaluaciones.

Conclusiones: Es importante tener una elección informada del dispositivo de rotación y por el momento no existen herramientas que lo faciliten. Cuantas más rotaciones sean evaluadas, mayor capacidad de elección informada podremos tener los residentes a la hora de elegir nuestro itinerario formativo.

857. REPRESENTA. CREANDO REDES DE REPRESENTANTES DE RESIDENTES EN MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA

C. Iniesta Mármol, P. Gullón Tosio, E. Ojeda Ruiz, S. Barreales, C.C. Gil-Borrelli

Hospital Universitario La Paz; Escuela Nacional de Sanidad, Instituto de Salud Carlos III; Hospital Universitario Severo Ochoa; Hospital Clínic de Barcelona, Hospital Universitari; Hospital General Universitario Gregorio Marañón; ARES MPSP-Asociación de Residentes de Medicina Preventiva y Salud Pública.

Antecedentes/Objetivos: Las particularidades del itinerario formativo de la residencia en Medicina Preventiva y Salud Pública (MPyDP) suponen un hándicap en la comunicación tanto entre los residentes como entre éstos y sus tutores y Unidades Docentes (UD). El proyecto REPRESENTA surge con ánimo de subsanar dichas dificultades, intentando conocer la existencia de representantes de residentes de las diferentes UD y favorecer (1) la comunicación horizontal entre los residentes, tanto dentro de su UD como fuera de ella, así como (2) la comunicación vertical de los residentes con sus UD.

Métodos: Se contactó por email con residentes de todas las UD, a quienes se informó del proyecto. Se preguntó si existían representantes de residentes dichas UD, en cuyo caso se recogió el nombre y una forma de contacto de cada uno. Se preguntó por la organización y la función desempeñada por dichos representantes dentro de sus UD.

Resultados: Se elaboró una tabla con la información recogida. De las 21 UD existentes, distribuidas en 13 Comunidades Autónomas

(CCAA), se han identificado 26 representantes. Mientras que en algunas UD existe más de un representante (UDs de Canarias, Castilla y León, Andalucía, Hospital del Mar, Bellvitge, Madrid y Murcia) no se identificaron cargos de representación en las UD de Navarra, Extremadura y en ninguna de la Comunidad Valenciana. La función de los representantes se limita ejercer su cargo dentro de sus UD. Existe gran variabilidad en los mecanismos de elección de representantes, así como en la frecuencia de las reuniones de éstos con sus UD.

Conclusiones: Existen deficiencias y desigualdades en los mecanismos de representación de los residentes de MPYSP en función de su UD o CA. Es necesario establecer una red de contacto entre todos aquellos residentes que ejercen una labor de representación, favoreciendo su cooperación para identificar procesos de mejora en la participación y representación de los residentes y temas de interés común. Debe impulsarse la creación cargos de representación en las CCAA donde no los hay.

880. EURONET-MRPH, RED EUROPEA DE MÉDICOS RESIDENTES DE SALUD PÚBLICA

I. Cuevas Casado, M.R. Zurriaga-Carda, S. Mayorgas, A. González-Antelo, C. Velasco, P. de Beltrán-Gutiérrez

Hospital Universitario de la Princesa; Hospital General Universitario de Elche; Hospital Universitario La Paz; Hospital Vall d'Hebron; Hospital Clínic de Barcelona.

Antecedentes/Objetivos: Euronet-MRPH es la organización que une las asociaciones nacionales de residentes de Medicina Preventiva y Salud Pública de distintos países de la UE. Nació como un espacio de colaboración entre residentes europeos para intercambio de conocimientos y temas de interés relacionados con su formación como especialistas. Desde entonces no han cesado de adherirse al proyecto otros países con el fin de crear un punto de encuentro para intercambiar experiencias, facilitar la movilidad de residentes mediante la organización de rotaciones en el extranjero, desarrollar estudios científicos y actividades en común y aportar mutuamente ideas y oportunidades para completar y enriquecer su formación, fortaleciendo así el papel de los profesionales de la salud pública en Europa. Gestionada por y para residentes, actualmente representa a más de mil de ellos y sigue en continuo crecimiento. Para asegurar la continuidad de la federación, Euronet-MRPH procura atraer nuevos miembros y distribuye de forma rotatoria los cargos y funciones por países. En este año 2014, España ostenta con entusiasmo la presidencia.

Métodos: Los integrantes de los comités de Euronet-MRPH trabajan y mantienen un fluido contacto por medio de las tecnologías de la información y la comunicación. Además, se organizan encuentros en distintas ciudades de los países miembros, donde se ponen en común tanto los logros como las dificultades encontradas, con el fin de fijar objetivos.

Resultados: Destaca el progresivo acercamiento de Euronet-MRPH con otras organizaciones e instituciones de renombre, como EUPHA o EPHA, a la vez que se aportan ideas para seguir avanzando en ello, especialmente en lo que se refiere a dar una mayor visibilidad a la federación. Sin duda el mayor éxito de Euronet-MRPH es el fomento de la movilidad de residentes, creando y actualizando su base de datos de dispositivos docentes y en su función de intermediario. Ya son varios los residentes que han recurrido a Euronet-MRPH para concretar rotaciones, con resultados más que satisfactorios tanto para el residente como para el centro docente de acogida.

Conclusiones: Iniciativas como Euronet-MRPH (que intenta no sólo salvar las diferencias de distinta índole entre países, sino aprovecharlas para integrarlas en pro de la excelencia profesional) contribuyen a afianzar y realzar el papel globalizador y conciliador de la Salud Pública y la Medicina Preventiva. Para más información, la página web de Euronet-MRPH es: <http://euronetmrph.org/>.

COMUNICACIONES ORALES

Crisis económica y salud pública I (Oral 10 minutos)

Jueves, 4 de septiembre de 2014. 11:30 a 13:30 h

Modera: Daniel La Parra Casado

69. IMPACTO DE LA CRISIS ECONÓMICA INICIADA EN 2008 EN LA SALUD INFANTIL EN ESPAÑA

L. Rajmil

Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries (AQuAS).

Antecedentes/Objetivos: Analizar los cambios en los determinantes sociales y su potencial impacto en salud, calidad de vida, y uso de servicios sanitarios en la población infantil española desde el inicio de la crisis.

Métodos: Se han analizado datos del Instituto Nacional de Estadística, de organizaciones no gubernamentales, y la Encuesta Nacional de Salud 2006 y 2011/12 para comparar los indicadores de condiciones de vida, salud, calidad de vida y utilización de servicios antes-después de iniciada la crisis. Las variables de salud y de uso de servicios se han analizado según la clase social y la desocupación familiar. Se ajustaron modelos de regresión lineal o logística, según la variable dependiente, incluyendo términos de interacción para analizar la potencial influencia del período de estudio en los resultados.

Resultados: El riesgo de pobreza en niños aumentó del 19% al 24% y en niñas del 18% al 28% entre 2007 y 2011, mientras que en la población general pasó del 18% al 19%, respectivamente. El desempleo en los jóvenes menores de 24 años aumentó del 29% en 2008 al 55% en 2012. Se triplicó el número de familias con menores que acuden a los servicios de protección alternativos y se constató una disminución de las dotaciones presupuestarias gubernamentales para hacer frente a necesidades básicas como alimentación y vivienda. Algunos indicadores de salud han mejorado para el promedio de la población infantil, por ejemplo la salud percibida como excelente/muy buena (88,7%; intervalo de confianza del 95% [IC95%]: 87,8-89,7 en 2006 vs 93,1%; 92,3-93,9 en 2012), y la calidad de vida (escala 0-100), que mostró una puntuación mayor (mejor) en 2012 para el promedio de la población infantil (85,2; IC95%: 84,8-85,6 en 2006 vs 87,8; IC95%: 87,4-88,3 en 2012). Sin embargo se observaron desigualdades en calidad de vida en las familias desocupadas de clase social más desfavorecida (B: -3,5; IC95%: -6,9/-0,15 para la interacción clase social desfavorecida y desocupación). La probabilidad de visitar al dentista disminuyó en 2012 en las familias cuya persona de referencia estaba desocupada (*odds ratio* de visita: 0,94; IC95% 0,90-0,98 para la interacción del período de estudio y desocupación familiar).

Conclusiones: Las desigualdades sociales en salud y el riesgo de pobreza y exclusión social han empeorado con la crisis en mayor medida en la población infantil que en el resto de población general. Es importante monitorizar la salud infantil y llevar a cabo estudios específicos sobre el impacto de la crisis en población vulnerable. De acuerdo con las experiencias de crisis previas y aunque no se esperaba encontrar un efecto significativo inmediato, los resultados confirman el potencial impacto negativo en la salud de las futuras generaciones si no se toman medidas urgentes para mitigar los efectos de la crisis.

123. EVOLUCIÓN DEL NÚMERO DE SUICIDIOS ASOCIADOS CON LA RECESIÓN ECONÓMICA EN CATALUÑA DURANTE EL PERIODO 2000-2011

M. Marzo, C. Saurina, M. Sáez

Grupo de Investigación en Estadística, Econometría y Salud (GRECS), Universidad de Girona; GRECS, CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP); GRECS, CIBERESP.

Antecedentes/Objetivos: Aunque la evidencia de los efectos de la crisis económica en el número de suicidios no está bien determinada, existen distintos artículos que indican que el incremento del número de suicidios puede estar asociado con el aumento del desempleo, consecuencia de la crisis económica que en nuestro país empezó en el primer trimestre de 2009. Nuestro objetivo es el de analizar la evolución del número de suicidios en Cataluña durante el periodo 2000-2011 de una manera global, segmentando por sexo y analizando por separado para cada sexo según sean o no población activa, en municipios mayores y menores de 10.000 habitantes; sin incorporar e incorporando la tasa de paro.

Métodos: Ajustamos modelos para los 94 municipios con más de 10.000 habitantes que representan un 77% del total de la población y modelos para el resto de municipios con menor número de habitantes. La introducción de la tasa de paro en los modelos pretende recoger la posible relación entre el número de suicidios, la crisis y el desempleo. Especificamos modelos mixtos en los que la variable dependiente es la tasa cruda de mortalidad por suicidio, permitiendo controlar la heterogeneidad a nivel de municipio y la variabilidad no explicada a nivel espacio-temporal. Dado el excesivo número de ceros en las variables respuesta, utilizamos modelos apropiados (ZIP).

Resultados: Los resultados obtenidos muestran que, únicamente se observa un aumento significativo a partir del año 2009 en el número de suicidios (además, $p < 0,10$), en el caso de los municipios con más de 10.000 habitantes para las mujeres con edades comprendidas entre 16 a 65 años. Para los demás casos, aunque se observa un aumento en el número de suicidios, éste no es estadísticamente significativo. Para los municipios con un número inferior a los 10.000 habitantes no se observa ningún incremento en el número de suicidios a partir de 2009 y en los casos que se observa alguna variación en ningún caso es significativa. La tasa de paro no es significativa en ninguno de los modelos, lo que indica que no se ha podido establecer ninguna relación con el número de suicidios.

Conclusiones: Sólo encontramos evidencias de un aumento significativo en el número de suicidios en mujeres de 16 a 65 años residentes en municipios mayores de 10000 habitantes. En la interpretación de estos resultados planteamos dos hipótesis: 1) Las mujeres, en edad laboral activa y de un ámbito urbano, son más vulnerables en tiempos de crisis; 2) Los aumentos no se pueden asociar a la crisis económica.

279. INDICADORES PARA VIGILAR LA EVOLUCIÓN DE LA CRISIS ECONÓMICA Y SUS EFECTOS EN LA SALUD Y EN LAS DESIGUALDADES EN SALUD

G. Pérez, M. Rodríguez-Sanz, F. Domínguez-Berjón, E. Cabeza, C. Borrell

Agència de Salut Pública de Barcelona; Consejería de Sanidad, Comunidad de Madrid; Conselleria de Salut, Família i Benestar Social, Illes Balears.

Antecedentes/Objetivos: En la actual crisis económica, el Gobierno de España ha instaurado políticas de austeridad basadas en recortes que tendrán efecto en la salud de la población a corto y largo plazo además de aumentar las desigualdades en salud. Para monitorizar el efecto de la crisis económica en la salud y en las desigualdades en

salud y poder actuar en consecuencia, se requiere obtener y vigilar de forma rutinaria indicadores de salud y de los determinantes de la salud. El objetivo es presentar una propuesta de indicadores de salud y sus determinantes que permitan describir y vigilar los efectos de la crisis económica en la salud y en las desigualdades en salud en España.

Métodos: Diseño: Se utiliza el marco conceptual de los determinantes de las desigualdades en salud propuesto por la Comisión para reducir las desigualdades sociales en salud en España Fuentes de información: Instituto Nacional de Estadística; Junta Electoral; Instituto de Mayores y Servicios Sociales; Consejo del Poder Judicial; Barómetro Social de España; Ministerios de Sanidad, de Interior y de Fomento; Eurostat; European System of Integrated Social Protection Statistics, Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos; Transparency International España Criterios de selección de los indicadores: 1) publicados en sitios web; 2) elaborados por instituciones responsables de actualizarlos periódicamente; 3) comparables a lo largo del tiempo; 4) desagregados por Comunidades Autónomas y otras variables como edad, sexo u otros ejes de desigualdad; 5) que se basen en evidencia publicada sobre el efecto de la crisis.

Resultados: Se han identificado como indicadores de determinantes los de tradición política ($n = 4$), transparencia ($n = 2$), mercado de trabajo ($n = 7$), pobreza ($n = 6$), Estado del Bienestar (sanidad, educación, servicios sociales) ($n = 13$), condiciones de empleo ($n = 1$), trabajo reproductivo ($n = 1$), situación económica ($n = 2$), calidad de la vivienda ($n = 4$), valores ($n = 1$) participación en la comunidad ($n = 1$), servicios sanitarios ($n = 4$), estrés psicosocial ($n = 2$). De salud: 1) mortalidad por suicidio, alcohol, drogas y lesiones por accidentes de tráfico; 2) tuberculosis, brotes por enfermedades inmunoprevenibles y VIH-Sida; 3) mala salud mental, malnutrición infantil y consumo de alcohol, tabaco y drogas; 4) fecundidad adolescente y mortalidad perinatal.

Conclusiones: Los indicadores propuestos permiten avanzar en la vigilancia del efecto de la crisis económica en la salud y en las desigualdades en salud en España. Pueden ser útiles para priorizar intervenciones y monitorizarlas.

319. EVOLUCIÓN DE LA MORTALIDAD POR SUICIDIOS EN ESPAÑA ANTES Y DURANTE LA CRISIS ECONÓMICA (2002-2012)

I. Ruiz-Pérez, M. Rodríguez-Barranco, I. Ricci-Cabello, A. Rojas-García, O.J. Mendoza-García, Y. Fornieles-García

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

Antecedentes/Objetivos: El impacto de las crisis económicas en la salud ha sido estudiado en diferentes países. No obstante, todavía permanece sin resolver el efecto que estas crisis económicas sobre la mortalidad por suicidio. Los objetivos de este estudio son analizar la relación epidemiológica entre la crisis y la mortalidad debida al suicidio y analizar el posible efecto "double dip".

Métodos: Los datos sobre los suicidios fueron extraídos del registro de "Defunciones según causa de muerte", proporcionados por el Instituto Nacional de Estadística.

Resultados: Durante el año 2012 la tasa estandarizada de suicidios en España fue de 6,35 casos por 100.000 habitantes, siendo 3,5 veces superior en varones (10,1 casos/100.000 habitantes) que en mujeres (2,9 casos/100.000 habitantes). Al analizar la evolución temporal observamos que hay dos periodos diferenciados en los que la tasa de suicidios aumenta notablemente: al comienzo de la crisis (años 2008-2009) y al final del periodo estudio (2012). Aunque este efecto "double-dip" ocurre tanto en hombres y mujeres y en todos

los grupos de edad, los incrementos son más pronunciados en los varones de 50-64 años, en los que la tasa aumenta un 17% y 18% respecto a la del 2007 durante los años 2008-2009, y un 19% en el 2012 (diferencias estadísticamente significativas en todos los casos). Este patrón se repite también en la mayoría de Comunidades Autónomas. Cabe destacar a la Comunidad de Madrid, en la que a pesar de ligeros incrementos durante los años 2008 y 2011, la tasa de suicidios disminuyó fuertemente a lo largo de la serie en ambos sexos, situándose desde los 8,0 casos por 100.000 habitantes en 2004 hasta los 2,3 en 2012.

Conclusiones: Los resultados muestran como la crisis económica ha tenido un impacto inmediato en las tasas de suicidios, encontrando diferencias significativas en 2008 y 2009 y en 2012 en hombres de entre 50 y 64 años, aunque no en mujeres. El efecto "double dip" tiene como consecuencia una bajada en las tasas en 2010 para volver a subir en 2012, coincidiendo estos resultados con los obtenidos en otros países de la Eurozona afectados por la crisis. Por Comunidad Autónoma, Madrid tiene las tasas más bajas de suicidio. Por el contrario, Andalucía tiene una de las tasas más altas, siendo a su vez una comunidad altamente afectada por el desempleo. El suicidio parece ser solo la punta del iceberg de los problemas de salud mental que pueden ocasionar las crisis económicas, por tanto, es necesario identificar las políticas y estrategias que puedan minimizar el impacto de estas crisis económicas, tanto la actual como las futuras.

Financiación: Consejería de Salud y Bienestar Social, Junta de Andalucía.

548. FRECUENTACIÓN HOSPITALARIA POR INTENTOS DE SUICIDIO EN ASTURIAS, 1996-2013

P. Margolles García, M. Margolles Martins, I. Donate Suárez

UNED; Consejería de Sanidad.

Antecedentes/Objetivos: El comportamiento suicida es cualquier acción que pudiera llevar a una persona a morir. Aunque una parte importante está asociada a enfermedad mental, la ausencia de soporte, de vida y redes sociales satisfactorias y la ausencia de expectativas en los proyectos vitales se convierten en claves ante situaciones de crisis económica como la que nos afecta. Intentamos conocer cuál es la magnitud de este problema en el contexto de crisis social y económica.

Métodos: Estudio descriptivo a partir de los datos del CMBD de la CA de Asturias. Se extrajeron todas las altas del período 1996-2013 con códigos de alta que incluyesen E950-E959 de la CIE9-MC (n = 5.004). Se analizan las variables año, edad, sexo, tipo de suicidio y lugar de residencia (municipio, área sanitaria, código postal). Se describen sus valores y se comparan las variables entre sí con el programa SPSS y para las distribuciones espaciales se usa GVSig. En el análisis de tendencia se usa la regresión joint point.

Resultados: Hubo en 18 años un total de 5.005 altas por tentativas de suicidio con hospitalización (tasa de 463 casos/100.000h, tasa media anual de 25,7). Han sido más frecuentes las tentativas en mujeres (tasa de 476) que en hombres (tasa de 449). En Asturias hay de promedio 153 tentativas en mujeres y 125 en hombres anualmente. La distribución espacial de casos muestra una mayor frecuencia de eventos en lugares de mayor privación como zonas en declive industrial y barrios obreros de ciudades. Esto se observa mediante el análisis de código postal y concejo. Se detecta un incremento desde 2007 pero muy manifiesto desde 2009 en ambos sexos, con mayor pendiente en mujeres. Por edades, se observa una mayor frecuencia en personas de 20-44 años de edad tanto en frecuencia absoluta como relativa. Se detectan cerca de 300 casos en menores de 20 años de edad. Desde 2009 se ha incrementado en un 80% los casos, especialmente en personas entre 20-64 años. El tipo de intento más frecuente es mediante

barbitúricos y otros psicofármacos (70%), por instrumentos cortantes y punzantes (11%), intento de suicidio por precipitación (5%), etc. En mujeres es más frecuente el uso de psicofármacos o ahogamiento. Fallecen en el hospital un 3% del total de ingresos (3,7% de hombres y 1,6% de mujeres).

Conclusiones: Los resultados son coherentes con una hipótesis de correlación de incremento de casos con las épocas más agudas de la crisis, con el tipo de personas afectadas por la misma así como los lugares en los que habitan que son los más castigados por esta. Los autores consideran que se debe monitorizar este tipo de conductas por el alto impacto en resultados para la población y para poder explicitar los daños para la salud que generan determinadas políticas económicas.

553. EL SUICIDIO EN ASTURIAS, 1999-2012

P. Margolles García, M. Margolles Martins

UNED; Consejería de Sanidad.

Antecedentes/Objetivos: El suicidio es el acto de quitarse deliberadamente la propia vida. Aunque una parte importante está asociada a enfermedad mental, la ausencia de soporte social, vida social insatisfactoria y la ausencia de expectativas en los proyectos vitales se convierten en claves ante situaciones de crisis económica. Intentamos conocer cuál es la magnitud del suicidio consumado en una CA en crisis social y económica y que suele tener una de las tasas más altas de España.

Métodos: Estudio descriptivo a partir de los datos de mortalidad de la CA de Asturias facilitada por el INE y Registro de Mortalidad de Asturias. Se extrajeron todos los fallecimientos por suicidio en un período de 14 años. Se calculan frecuencias totales y ajustadas por edad por sexo, Áreas Sanitarias, concejo, edad, y su evolución y sus causas más frecuentes. Se comparan las variables entre sí con el programa SPSS v15 y para las distribuciones GIS se usa GVSig. En la evolución se usa el programa Joint Point regression.

Resultados: Se detectaron en 14 años 1.818 casos de suicidio en Asturias (tasa: 169 casos/100.000h, tasa media anual de 12). Han sido más frecuentes en hombres (tasa de 250) que en mujeres (tasa de 78) (cociente de masculinidad de 3,23). Hay un promedio de 89 suicidios en hombres y 31 en mujeres anualmente. La distribución espacial de casos muestra una mayor frecuencia en lugares de mayor privación rural, en primer lugar, y después en zonas en declive industrial y barrios obreros de ciudades. Esto se observa mediante el análisis de código postal, concejo. En el aspecto evolutivo, se detecta una estabilización en los últimos años tras la caída de los precedentes, pero no se observan incrementos globales al contrario que para los intentos. Si, se observa un descenso en los suicidios de personas mayores e incremento en edades medias. Por edades, se observa una mayor frecuencia en personas mayores (tercera edad) que tienen las tasas más elevadas. En edades jóvenes hay muy pocos casos. El tipo de suicidio más frecuente en Asturias es el ahorcamiento (46% propio de edades elevadas) y las precipitaciones (30%). Hay distinto patrón de acto de suicidio por sexo con razones de masculinidad diferentes para cada uno de ellos. Las mujeres lo hacen mediante envenenamiento o precipitación y ahogamiento. Los hombres con uso de armas de fuego, elementos cortantes, ahorcamiento, colisión, etc.

Conclusiones: Los resultados no parecen tan coherentes con una hipótesis de correlación de incremento de casos con las épocas más agudas de la crisis, aunque quizá sí con los cambios en el tipo de personas afectadas así como los lugares en los que habitan. Los autores consideran que se debe monitorizar este tipo de resultados de salud para poder explicitar los daños para la salud producidos por el malestar que pudieran estar asociado a determinadas políticas económicas y sociales.

603. IMPACTO DE LA CRISIS EN LA SALUD MENTAL Y SUS DESIGUALDADES EN EL PAÍS VASCO (1997-2013)

S. Esnaola, A. Bacigalupe, U. Martín

Departamento de Salud, Gobierno Vasco; Departamento de Sociología 2, UPV/EHU.

Antecedentes/Objetivos: Diversos estudios muestran el impacto de la crisis económica actual sobre la salud poblacional. Sin embargo, son menos aquéllos que han puesto el acento sobre los efectos en las desigualdades en salud y en los factores intermedios que, como el aumento del desempleo, pueden explicar dicho impacto. Esta comunicación pretende analizar los cambios en la salud mental y sus desigualdades antes y después del inicio de la crisis económica de 2008 en la población vasca, y determinar el potencial papel del desempleo en dicha evolución.

Métodos: Estudio transversal de tendencia temporal de la población de 16 a 64 años del País Vasco, basado en las ediciones de Encuestas de Salud del País Vasco de 1997, 2002, 2007 y 2013 (n = 20.305). La variable resultado fue la mala salud mental, construida a partir de la escala MHI-5 (puntuaciones inferiores a 52). Como variable independiente se utilizó la clase social basada en la ocupación. Se calcularon las prevalencias estandarizadas de mala salud mental para cada año y sexo. El cambio en la salud mental entre cada periodo —bruto, ajustado por desempleo y por clase social— se estimó mediante la razón de prevalencia incremental (RPI), calculada con el modelo de regresión log-binomial. El cambio en las desigualdades en la mala salud mental se midió mediante el índice relativo de desigualdad (IRD). Los análisis se estratificaron por sexo.

Resultados: En los hombres, tras un periodo de mejora observado desde 1997, a partir de 2007 la mala salud mental aumentó significativamente (RPI2013/2007 = 1,45 [IC95% 1,27-1,66]). Tras ajustar por desempleo, el empeoramiento de la salud mental entre 2007 y 2013 fue menos evidente, aunque continuó siendo significativo; el ajuste añadido por clase social no modificó el efecto. En las mujeres, el deterioro iniciado en 2002 se intensificó a partir de 2007 (RPI2013/2007 = 1,19 [IC95% 1,09-1,30]); el ajuste por desempleo y por clase social no modificó la tendencia observada. De 2007 a 2013 se produjo un aumento de las desigualdades por clase social en la salud mental entre los hombres (IRD2013/IRD2007 = 1,90 [IC95% 1,03-3,50]) que en parte se explicó por el aumento del desempleo. En las mujeres, las desigualdades por clase social no aumentaron en el periodo.

Conclusiones: Los resultados sugieren que la crisis ha provocado un deterioro de la salud mental de la población vasca, especialmente entre los hombres, en los que además han aumentado las desigualdades por clase social. Factores de género pueden explicar que el desempleo haya mostrado ser un importante factor explicativo de la evolución de la salud mental tras el inicio de la crisis sólo en hombres.

696. RIESGO DE SUICIDIO EN LAS PERSONAS AFECTADAS POR UN PROCESO DE DESAHUCIO EN GRANADA

I. Mateo Rodríguez, M. Bernal Solano, A. Daponte Codina, H. Robles, J.L. Mata, I. González, M.C. Fernández Santaella, J. Vila

Escuela Andaluza de Salud Pública; Facultad de Psicología, Universidad de Granada.

Antecedentes/Objetivos: Previos estudios han mostrado asociaciones entre contextos de privación material y social y/o efectos estresores en la mortalidad por suicidio. La particular relación entre los actuales procesos de desahucio en España y el riesgo de suicidio apenas ha sido explorada. Se ha realizado un estudio sobre el riesgo de suicidio entre el colectivo de personas afectadas por procesos de desahucio en Granada.

Métodos: Estudio transversal realizado a personas adultas afectadas por el proceso de pérdida de la vivienda habitual y asistentes a asambleas organizadas por la Plataforma de Stop-Desahucios de Granada. Se diseñó un cuestionario para ser administrado por personal entrevistador entrenado que incluye la escala de riesgo de suicidio de la Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.). Se presentarán análisis de 164 sujetos según variables sociodemográficas y fase del proceso, en relación a riesgo de suicidio.

Resultados: La muestra contiene 95 mujeres y 69 hombres siendo la media de edad entre ambos similar (42,92 y 41,36 años respectivamente). Según la escala de riesgo de suicidio, el 17,4% de la muestra presenta riesgo alto siendo la prevalencia de ideas de suicidio en el último mes de 32,3%. Además, un 13,4% ha planeado cómo suicidarse y un 5,7% ha intentado suicidarse también en el último mes. Las mujeres presentan mayores prevalencias que los hombres tanto en ideas como intentos. En el caso de intentos, obtienen tasas hasta casi seis veces más altas, con un 8,8% frente a un 1,5% en hombres. Las ideas de suicidio durante el último mes aumentan con la edad, pasando de 15% entre personas de 25 a 34 años a un 38,9% en las de 55 años o más. El grupo de edad donde los intentos han sido más frecuentes es en el de 55 años o más (11,1%) y menos frecuentes en el de 35 a 44 años (3,4%). En cuanto a la etapa del proceso, a medida que este avanza, pasando de tener serias dificultades o retraso en el pago, a encontrarse en pleno proceso de juicio, aumentan tanto las ideas (27,1% a 38,3%) como los intentos (1,2% a 10%) en el último mes.

Conclusiones: Los resultados preliminares sugieren que estar en proceso de desahucio aumenta el riesgo de suicidio. Y que este riesgo es especialmente importante para mujeres y en las fases más avanzadas del proceso. Los resultados obtenidos serán comparados con los publicados en previos estudios realizados en España sobre suicidio y analizados utilizando el marco del enfoque de género. Se propondrán medidas para la actuación temprana desde los servicios sanitarios dirigida a diferentes personas en riesgo.

427. SALUD MENTAL Y ESTILOS DE VIDA DE LAS PERSONAS JÓVENES ANTES Y DESPUÉS DE LA CRISIS

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

Universidad de Valencia, Facultad de Enfermería y Podología, Departamento de Enfermería; CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP); Agència de Salut Pública de Barcelona; Escuela Andaluza de Salud Pública.

Antecedentes/Objetivos: El impacto de la crisis económica y en particular del desempleo (uno de los indicadores más sensibles como consecuencia de la misma) en la salud, ha sido estudiado en las personas adultas. Pero en cambio, existen pocos estudios que se centren en el impacto del desempleo en la salud y estilos de vida de las personas jóvenes. El objetivo de este estudio es determinar la evolución en el tiempo del impacto del desempleo en la salud mental y estilos de las personas jóvenes, valorando si existen diferencias según género.

Métodos: Los datos proceden de la ENS de 2006 y de 2011-12. Se ha elegido estos dos periodos de tiempo, para disponer de datos antes y después de la crisis económica que inició en el 2009. Se ha incluido para el análisis a personas jóvenes de 18 a 25 años, en total 1.955 jóvenes, el 50,4% son hombres y el 49,6% son mujeres. Las variables resultado son: a) mala salud mental (GHQ-12), b) consumo de medicamentos en las 2 últimas semanas, c) consumo de bebidas alcohólicas en las 2 últimas semanas y d) consumo de tabaco en la actualidad. La variable explicativa, es encontrarse en situación de desempleo. Se han ajustado modelos de regresión logística, segmentados por sexo, para cada uno de los periodos considerados (2006 y 2011-12) con el

cálculo de las ORa (IC95%) ajustadas por estado civil y clase social ocupacional. El análisis de estos datos se enmarca dentro del Subprograma Crisis-Ciberesp.

Resultados: El incremento del desempleo en el periodo de estudio (2006 y 2011-12) ha sido mayor en hombres que en mujeres, pasando de un 15% a un 42,5%, y de un 23% a un 33,6% en hombres y mujeres, respectivamente. Se observan diferencias según género en el impacto del desempleo en la salud mental y estilos de vida. En los hombres, después de la crisis económica (2011-12) el desempleo aumenta la probabilidad de mala salud mental (ORa = 2,34), pero en las mujeres no se encuentra una asociación. En las mujeres, antes y después del inicio de la crisis, el estar desempleada aumenta la probabilidad de consumo de bebidas alcohólicas, (ORa = 1,46 en 2006 y ORa = 1,75 en 2011-12), y en los hombres sólo antes del inicio de la crisis (ORa = 1,63). En ambos sexos el desempleo no se asocia con el consumo de medicamentos y tabaco.

Conclusiones: La crisis económica ha tenido un impacto negativo en la salud mental de los hombres jóvenes, pero no en las mujeres. Hecho que se puede explicar, por el mayor incremento de las tasas de desempleo en hombres a lo largo del periodo a estudiado. En hombres y mujeres el desempleo favorece estilos de vida desfavorables (consumo de bebidas alcohólicas).

333. LA SALUD DE LAS PERSONAS AFECTADAS POR UN PROCESO DE DESAHUCIO EN GRANADA

J. Bolívar, I. Mateo, M. Bernal, A. Daponte, C. Escudero, C. Sánchez-Cantalejo, I. González, H. Robles, Grupo de Investigación sobre Salud y Procesos de Desahucio de Granada

Escuela Andaluza de Salud Pública; Facultad de Psicología, Universidad de Granada.

Antecedentes/Objetivos: La escasa literatura existente indica que un proceso de desahucio puede conllevar diferentes efectos en salud, y en diferente grado, a corto plazo. El objetivo es analizar el impacto en la salud de las personas del proceso de pérdida de la vivienda habitual en la provincia de Granada.

Métodos: Estudio transversal realizado a personas adultas afectadas por el proceso de pérdida de la vivienda habitual y asistentes a asambleas semanales (N: 7) organizadas por la Plataforma de personas afectadas por la Hipoteca (Stop-Desahucios) de Granada y su área metropolitana. El período de estudio comprende de abril de 2013 a septiembre de 2014. Se diseñó un cuestionario para ser administrado por personal entrevistador entrenado. Contiene variables de salud física y psicológica, consumo de fármacos, hábitos relacionados con la salud, uso de servicios sanitarios, y caracterización de los hogares. El proyecto está actualmente en fase de recogida de datos. Se realizarán análisis según la fase del proceso, en relación a la salud percibida, el consumo de medicamentos, hábitos relacionados con la salud y uso de servicios sanitarios en hombres y mujeres, y se comparará con la salud poblacional a nivel andaluz.

Resultados: Hasta el momento hay encuestadas 95 mujeres (57,9%) y 69 hombres (42,1%). Los análisis preliminares muestran una media de edad de 42,9 y 41,4 años respectivamente. El 39% está en pleno proceso judicial. El 84% de las mujeres y el 58% de los hombres informan una salud percibida regular o mala, siendo estas diferencias según sexo significativas ($p < 0,005$). El 35,2% y el 20,6% respectivamente han constatado desde el inicio del proceso de desahucio, y atribuible al mismo, un aumento en el consumo de psicofármacos, y el 46,2% y el 28,4% en el consumo de otros medicamentos ($p < 0,02$). El 85,1% de ellas y el 83,8% de ellos indican un aumento de los episodios de ansiedad, depresión o estrés. Asimismo han constatado un empeoramiento en el sueño (85,1% de

las mujeres y el 79,1% de los hombres) con diferencias no significativas según sexo, y de las enfermedades crónicas (50% y 28,8% respectivamente) ($p < 0,01$). Ellas expresaron en mayor porcentaje la necesidad de haber asistido a un psicólogo/a en el último año y no haberlo hecho (72,6% vs 58,0%, $p < 0,05$). El principal motivo para ambos sexos fue el no poder permitírselo por problemas económicos.

Conclusiones: Los resultados preliminares apuntan a un empeoramiento percibido de la salud física y psicológica de estas personas desde el inicio del proceso de desahucio, especialmente en el caso de las mujeres.

845. IMPACTO DEL DESEMPLEO SOBRE LA MORTALIDAD GENERAL: COMPARATIVA EN LAS COHORTES POBLACIONALES DE ANDALUCÍA Y ASTURIAS

F.J. Viciano, J. Librero, J.C. Alonso Lorenzo, B. González López-Valcárcel, R. Hernández Mejía, D. Ramiro Fariña

Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía; FISABIO/REDISSEC; Universidad de Oviedo; Universidad de Las Palmas GC; Universidad de Oviedo; CSIC.

Antecedentes/Objetivos: Cuantificar, para Andalucía y Asturias, el efecto del desempleo en mayores de 40 años sobre el riesgo de muerte a largo plazo.

Métodos: En Andalucía se ha utilizado la información de la Base de Datos Longitudinal de Población, fuente desarrollada por el Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía, mediante la integración de censos, variaciones padronales y MNP. En el caso de Asturias un convenio de colaboración INE- Universidad de Oviedo ha permitido crear un fichero estadístico con las defunciones del MNP enlazadas con el censo de 2001. Con estas fuentes se ha diseñado un estudio longitudinal de cohortes, con población de partida la entrevistada en el censo de 2001 en viviendas familiares de entre 40 a 64 años cumplidos. El inicio del seguimiento fue 1-11-2001 y su finalización el 31-12-2008. Durante este periodo se comprobó el estado vital y residencial de las más de 2.360.000 personas entrevistadas mediante el enlace con las variaciones padronales y los boletines de defunción. La información se ha modelizado por regresión de Cox, con variable dependiente las duraciones de los seguimientos hasta defunción o censura, como variable de exposición la situación ocupacional la semana previa a la entrevista y como variables de ajuste: edad, sexo, región de residencia y nivel educativo declarado.

Resultados: La cohorte generó, en los 7 años de seguimiento, más de 86.000 defunciones y cerca de 16.300.000 personas-año de exposición. El "haber estado desempleado la semana anterior a la entrevista", incrementa, con respecto a los ocupados, el riesgo de morir (Hazard Ratio ajustado) en 1,09 veces (IC 1,02 a 1,15) en mujeres y 1,6 veces (IC 1,53 a 1,67) en hombres. Este sobriesgo se incrementa 1,22 (IC 1,13 a 1,31) veces si se reside en Asturias. Es decir un varón desempleado en la fecha censal en Asturias tiene un sobriesgo, en los siguientes 7 años, 1,9 veces superior al de un ocupado de su región en la misma fecha, lo que equivalente a una década de envejecimiento individual. En los modelos ensayados no se ha detectado amortiguación temporal del efecto del desempleo sobre la mortalidad en los años más retirados de la fecha censal.

Conclusiones: El efecto estimado del desempleo sobre la mortalidad, a largo plazo, es más intenso de lo hasta ahora descrito. Esto nos lleva a sospechar que el impacto en salud de una alta destrucción de empleo, como en la crisis actual, puede ser más grave de lo estimado hasta ahora.

Estilos de vida en poblaciones vulnerables (Oral 10 minutos)

Jueves, 4 de septiembre de 2014. 11:30 a 13:30 h

Moderadora: Manuela García de la Hera

669. HÁBITOS DE VIDA RELACIONADOS CON LA SALUD EN POBLACIÓN MAYOR DE 50 AÑOS EN ARAGÓN

C. Rodríguez-Blázquez, M.J. Forjaz, J. Almazán, J. Damián, C. Ruiz, J.M. Castellote, M. Comín, J. de Pedro-Cuesta

Instituto de Salud Carlos III; Universidad de Zaragoza.

Antecedentes/Objetivos: Las relaciones entre hábitos de vida relacionados con la salud (HVRS) y discapacidad pueden ser bidireccionales y conceptualmente complejas. En este sentido, Salvador-Carulla et al (2013) han propuesto una taxonomía de seis HVRS básicos: ejercicio, dieta, vitalidad y estrés, sueño, cognición y uso de sustancias. El objetivo de este estudio es identificar de entre las variables recogidas en una encuesta sobre discapacidad en mayores aquellas de valor en HVRS siguiendo la taxonomía propuesta y describir las HVRS en la población mayor.

Métodos: Muestra de 1.723 personas ≥ 50 años positivos a cribado de discapacidad (WHODAS 12) en Aragón. Se revisaron los contenidos de las secciones relativas a examen físico, consumo de tabaco y alcohol y actividad física, y de la lista de comprobación de la CIF para analizar su adecuación a la citada taxonomía.

Resultados: La dieta no se evaluó específicamente, aunque se analizó el índice de masa corporal (IMC). Para la dimensión vitalidad y estrés, se contó con la escala de depresión Euro-D, con dos cuestiones sobre pérdida de interés y anhedonia. El dominio sueño estaba reflejado en el ítem "insomnio" de la escala Euro-D y en el código b134 (sueño) de la CIF. La dimensión cognición se evaluó con el MEC y las funciones mentales (b140-b189) de la CIF. Para las variables relacionadas con el alcohol y tabaco se contó con 7 ítems. La actividad física se evaluó mediante la escala de la universidad de Yale (YPAS). La edad media fue de 68,8 años (DT = 11,38), con un 56,6% de mujeres. Según el WHODAS 2.0-36, el 51,5% presentaba discapacidad leve y el 26,0% moderada. El 27,3% refería ≥ 2 diagnósticos de enfermedades crónicas. Los participantes dedicaron una media de 4,62 horas/semana a la actividad física, con un gasto energético medio de 452,74 kJ/día (DT = 961,53) según la escala YPAS. El 42,4% presentaba sobrepeso (IMC 25-30) y un 33,4% presentaba obesidad (IMC > 30). El 29,6% mostró síntomas de depresión según la escala Euro-D. El 33,7% refirió problemas de insomnio (Euro-D) y el 52,6% refirió problemas de sueño según la CIF. El 9,5% de la muestra mostró déficits cognitivos. El 88,7% manifestó ser no fumador, y un 66,3% no consumió alcohol en los últimos 12 meses.

Conclusiones: La información disponible en el estudio cubre la mayor parte de los ítems propuestos a excepción del de dieta. Las altas prevalencias crudas de las categorías de HVRS en la muestra parecen ser suficientes para abordar el estudio de las relaciones entre HVRS y discapacidad.

Financiación: Instituto de Salud Carlos III (EPI 1637/06; EPI 1530/07; FIS PI06/1098; PI07/90206), CIBERNED, Diputación de Zaragoza y Fundación Farasdués.

122. DETERMINANTES DE LAS CONDUCTAS SEXUALES DE RIESGO EN JÓVENES DE CATALUÑA

J.L. Álvarez, C. Folch, L. Ferrer, J. Casabona, G. Jóvenes e Internet

Centre d'Estudis Epidemiològics sobre les Infeccions de Transmissió Sexual i Sida de Catalunya (CEEISCAT), Agència de Salut Pública de Catalunya (ASPC), Institut Català d'Oncologia (ICO); Universitat Pompeu Fabra (UPF); UAB; CIBERESP.

Antecedentes/Objetivos: Describir la conducta sexual y otros indicadores de salud sexual y reproductiva en jóvenes de 16 a 24 años en Cataluña e identificar posibles factores asociados a las conductas sexuales de riesgo.

Métodos: Estudio transversal en jóvenes catalanes de 16 a 24 años (n = 800) mediante una encuesta online a partir de un panel de población, estratificando por edad, sexo y provincia. Se identificaron los factores asociados al no uso del preservativo en la última relación sexual (RS) mediante modelos de regresión logística multivariantes para ambos sexos.

Resultados: El 51,3% de los participantes eran chicas (edad media = 20,8, DE: 2,3) y el 49,7% chicos (edad media = 20,7, DE: 2,1), la mayoría estudiantes (66,8%), y de origen español (92,4%). El 76% de los chicos y el 83,3% de las chicas refirieron haber tenido RS alguna vez en la vida (p = 0,015), sin observarse diferencias con respecto a la edad media del inicio de la actividad sexual (16,7 en chicos y 16,5 en chicas), ni en el uso del preservativo en la primera RS (85,2% y 86,1% respectivamente). El 75,6% de los chicos y el 58,4% de las chicas refirieron haberlo usado en la última RS heterosexual de los últimos 12 meses (p < 0,001), y entre los que habían tenido parejas ocasionales (39,7% y 22,5% para chicos y chicas, respectivamente, p < 0,001), el uso consistente del preservativo fue del 68,8% en chicos y 70,3% en chicas (p = 0,842). Tener > 20 años y no haber usado el preservativo en la primera RS mostraron una asociación significativa con no haber usado el preservativo en la última RS, tanto para chicos (OR = 2,29 y 2,50, respectivamente), como para chicas (OR = 1,76 y 3,25, respectivamente). Tener familia propia (pareja y/o hijos) (OR = 2,20) y haber contactado parejas sexuales por Internet (OR = 2,29) mostraron también una asociación con esta conducta sexual de riesgo entre los chicos. Por otro lado, las chicas que se habían realizado la prueba del VIH alguna vez (OR = 3,80) y las que habían usado la anticoncepción de emergencia 3 o + veces en el último año (OR = 3,50) tenían más probabilidad de no haber usado el preservativo en la última RS.

Conclusiones: Se observa un uso elevado del preservativo en la primera RS, pero un uso inconsistente en el tiempo. Es necesario poner en marcha intervenciones de educación afectiva y sexual a temprana edad y mantenerlas en el tiempo. Considerando en su diseño la evolución de las diferencias en las conductas por género, así como incorporar nuevos métodos de contacto como las redes sociales en Internet.

321. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DEL USO PROBLEMÁTICO DE INTERNET EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS: PROYECTO UNIHOS

T. Fernández Villa, J.M. Cancela Carral, M. Delgado Rodríguez, J. Llorca Díaz, A.J. Molina de la Torre, R. Olmedo Requena, L.F. Valero Juan, V. Martín Sánchez, G. Investigadores del Proyecto Unihos

GIGAS, Universidad de León; Universidad de Vigo; Universidad de Jaén; Universidad de Cantabria; Universidad de Granada; Universidad de Salamanca.

Antecedentes/Objetivos: Internet es una herramienta de búsqueda de información, ocio y comunicación ampliamente utilizada, tanto en el ámbito académico como profesional. A pesar de sus beneficios, el uso excesivo de la red se ha relacionado con problemas físicos, psi-

cosociales y conductas adictivas. Los adolescentes y jóvenes son los grupos más vulnerables con prevalencias de uso problemático de Internet de hasta el 18%. El inicio de la etapa universitaria un momento clave para la adquisición, modificación y consolidación de estilos de vida. El objetivo del presente estudio es analizar el uso problemático de Internet en estudiantes universitarios de primer año y sus factores relacionados.

Métodos: Estudio de observacional, descriptivo, transversal, multicéntrico de estudiantes universitarios de primer año participantes en el proyecto uniHcos. La captación de alumnos se realizó mediante correos electrónicos institucionales, recogiendo la información necesaria con un cuestionario online autocontestado. El uso problemático de Internet (UPI) fue evaluado con la versión española del Internet Addiction Test de Kimberly Young, estableciendo como punto de corte 40. Se analizó la relación existente entre el uso de internet y factores sociodemográficos generales, aspectos físicos (índice de masa corporal) y psicosociales (discriminación o maltrato a lo largo de la vida, estado de salud percibido, disfunción familiar mediante test APGAR, problemas de salud mental mediante GHQ-12 y riesgo de trastornos de la Conducta alimentaria mediante cuestionario SCOFF y consumo de drogas.

Resultados: Se encuestaron 1.363 estudiantes, 27,4% hombres con una edad media de $21 \pm 5,7$ años y 72,6% mujeres con una edad media de $20,4 \pm 4,5$ años. La prevalencia de UPI encontrada fue de 7,0%, no existiendo diferencias estadísticamente significativas por sexo y edad. El UPI se asoció con significación estadística con problemas físicos como sobrepeso y obesidad ($ORa = 2,07$ y $ORa = 3,24$ respectivamente), con riesgo de trastornos de la conducta alimentaria ($ORa = 2,4$) y riesgo de problemas de salud mental ($ORa = 4,63$), disfunción familiar ($ORa = 1,7$), discriminación ($ORa = 2,39$) y depresión ($ORa = 1,99$), no encontrándose relación estadísticamente significativa con consumo de drogas.

Conclusiones: La prevalencia de uso problemático de Internet en nuestra muestra es inferior a la reportada en otros estudios, no existiendo diferencias por sexo ni edad y mostrando asociación con aspectos psicosociales.

Financiación: Plan Nacional Sobre Drogas (2010I145).

327. RESULTADOS SOBRE SEDENTARISMO Y ESTILOS DE VIDA Y SALUD AUTOPERCIBIDA DE LA POBLACIÓN ADOLESCENTE DE CASTILLA Y LEÓN (AÑO 2013)

J. Sánchez Díaz, R. Álamo Sanz, J.E. Lozano Alonso, M.A. García Iglesias

Observatorio de Salud Pública, Dirección General de Salud Pública de CyL.

Antecedentes/Objetivos: El sedentarismo influye negativamente en la salud de la población, se puede evaluar mediante tiempo pasado delante de pantallas de video, TV, juegos electrónicos, ordenadores de uso no escolar, etc. Además es necesario preguntar sobre los indicadores de actividad física ya que ambos unidos aumentan el riesgo de tener un IMC de sobrepeso u obesidad. El objetivo de este estudio fue presentar los resultados más relevantes sobre el ejercicio físico y el sedentarismo en la población adolescente de CyL referidas al año 2013.

Métodos: El marco muestral fueron estudiantes de 4º ESO, de centros públicos/privados residentes en Castilla y León. Se tomó como población inicial 19104 escolares y se realizó un muestreo bietápico por conglomerados de los que finalmente se obtuvieron 870 válidos. El instrumento de medida fue un cuestionario autocumplimentado de 30 min de duración. Se recogen variables como edad, sexo, ámbito, desigualdad social, trabajo, autopercepción del peso y talla, y características de la alimentación. Para explorar el sedentarismo y ejercicio

físico se ha preguntado sobre ejercicio de al menos 30 minutos, días de ejercicio semanal, número de horas de ejercicio, tiempo de Tv a diario y fines de semana, nivel de salud autorreferido, posteriormente se ha calculado frecuencia y porcentaje de cada una de las variables, a asociación entre variables cualitativas se ha realizado con el test de Ji-cuadrado.

Resultados: Según los resultados 570 (65,7%) realizan más de 30 minutos de ejercicio físico, 74 (8,53%) lo realizan de forma diaria y 105 (12,1%) lo realizan 5-6 días/semana. En cuanto al ejercicio físico, aquellos que lo realizan, 390 (49,1%) realizan 1-2 horas. De aquellos que declaran no hacer ejercicio de forma habitual, el 75,5% son chicas y el 24,5% son chicos con diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,001$). En cuanto a prácticas sedentarias, ver la televisión, juegos de consola 418 (48,49%) dedicaban 1-2 horas a este tipo de actividades y 202 (23,49%) dedican 2 o más horas, no existiendo diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres ($p = 0,704$) durante los días de diario. Dichas horas se incrementan de forma evidente los fines de semana y festivos, el 33,45% dedican dos o más horas al día sin existir diferencias estadísticamente significativas entre sexos ($p = 0,164$). El 26,8% consideran que tiene una muy buena salud y 520 (60,0%) la consideran buena, no existiendo diferencias en cuanto al sexo y ámbito geográfico.

Conclusiones: Las mujeres en la adolescencia son más sedentarias que los hombres. El 23,3% dedican más de 2 horas diarias a ver TV cifra que se incrementa al 56% los fines de semana y el 70% comen delante del TV.

599. SALUD CARDIOVASCULAR EN UNIVERSITARIOS ESPAÑOLES. PROYECTO UNHICOS

M. Iglesias-Espinosa, R. Olmedo-Requena, T. Fernández-Villa, C. Amezcua-Prieto, A.J. Molina de la Torre, R. Mateos Campos, J.M. Cancela Carral, A. Bueno Cavanillas

Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad de Granada; Grupo GIGAS, Universidad de León; Universidad de Salamanca; Universidad de León; CIBER de Epidemiología y Salud Pública, CIBEResp.

Antecedentes/Objetivos: La Asociación Americana del Corazón define la salud cardiovascular ideal como la presencia simultánea de 4 conductas favorables para la salud (no fumador, activo, peso y dieta adecuado) y la ausencia de 3 factores de riesgo (hipertensión arterial, hipercolesterolemia y diabetes mellitus). Nuestro objetivo fue valorar la situación de la salud cardiovascular en los estudiantes reclutados para el proyecto UniHcos.

Métodos: Estudio transversal de prevalencia. Población diana: universitarios de primera matricula (curso 2013) de las Universidades de Cantabria, Granada, Huelva, Jaén, León, Salamanca y Vigo (Proyecto Unhicos). Mediante cuestionario online se recogieron características sociodemográficas, problemas de salud y hábitos de vida. Se consideran ideales: tabaco - no fumadores; actividad física: ejercicio intenso > 75 min/semana o moderado > 150 min/semana; índice de masa corporal < 25 ; y para la dieta la presencia de al menos cuatro conductas favorables (consumo de frutas y verduras diario, granos y cereales diario, bebidas azucaradas o bollería $< 4-5$ veces/semana, pescado > 2 veces/semana, y consumo de sal adecuado si ingesta de pizzas y embutidos inferior a 3 veces/semana); para los factores de riesgo se considera ideal su ausencia. Análisis: test de comparación de proporciones (chi cuadrado) y medias (t de Student y Análisis de la varianza de una vía) en Stata 12.

Resultados: El 5,5% de los universitarios tiene una salud cardiovascular ideal (7 componentes), el 30,74% si consideramos 6 o más parámetros. Porcentaje superior en varones que en mujeres ($p < 0,001$), debido a la menor frecuencia de actividad física entre ellas. El número

de parámetros ideales fue superior en los más jóvenes (< 20 años) que en los de 20 a 22 años ($p < 0,05$). No hubo diferencias significativas al estratificar por rama de conocimiento, aunque sí por universidades ($p < 0,001$), destacando la menor salud cardiovascular de los estudiantes de Huelva respecto al resto. Los resultados son más favorables que los derivados del estudio de Nutrición y Riesgo Cardiovascular en España, en parte por la menor edad de nuestra población y en parte por la estimación conservadora de los distintos parámetros.

Conclusiones: Por cada universitario con una salud cardiovascular ideal, hay dos que presentan dos o más parámetros de salud cardiovascular por debajo de lo deseable. La etapa universitaria debería aprovecharse para fomentar estilos de vida que repercuten en una mejor salud cardiovascular a medio y largo plazo.

Financiación: Plan Nacional sobre Drogas.

616. PREVALENCIA Y EVOLUCIÓN DEL INSOMNIO DURANTE LA GESTACIÓN

M.R. Román Gávez, C. Amezcua-Prieto, A.I. Molina Medina, R. Olmedo-Requena, H. Strivens Vilchez, A. Bueno-Cavanillas

UGC Motri-Centro, AGS Sur de Granada; Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad de Granada; CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP); Centro de Salud Góngora-Mirasierra.

Antecedentes/Objetivos: El embarazo se asocia a una pérdida de la calidad del sueño, presente ya desde el primer trimestre, traducida en sueño no reparador, despertares frecuentes y/o somnolencia diurna. El objetivo del presente estudio es analizar la presencia y evolución del insomnio durante la gestación utilizando el cuestionario de la Escala Atenas de Insomnio (EAI), en una muestra de gestantes sanas del sur de España.

Métodos: Estudio observacional de cohortes, prospectivo, realizado en municipios de Granada, entre febrero de 2013 y marzo de 2014. Se incluyeron en el estudio las mujeres embarazadas que acuden al control de su embarazo a los centros y consultorios de atención primaria del servicio público de salud de Andalucía con primera visita antes de la semana de gestación (SG) 142, residencia habitual en el área de cobertura de los centros de salud incluidos en el estudio; capacidad para mantener una comunicación efectiva en español y que otorgaron su consentimiento. Se recogió información sobre variables demográficas, estilos de vida y la EAI en tres ocasiones: antes de la SG 14, en la SG 24 (± 2) y a partir de la SG 32. En la primera entrevista se recogieron datos referidos a ese momento y a la situación inmediatamente anterior al embarazo. Se han comparado medias mediante la *t* de Student para muestras apareadas con Stata 12.0.

Resultados: Hasta la fecha se ha captado y entrevistado por primera vez a 121 mujeres. La segunda y tercera entrevista se ha realizado respectivamente en 60 y 56 casos. Los problemas de insomnio comienzan desde el principio de la gestación y se acentúan con el avance de la misma, sobre un máximo de 24 puntos, la media de la puntuación de insomnio según la EAI pasó de 2,33 ($\pm 3,39$) puntos en el periodo pregestacional a 7,14 ($\pm 4,61$) en el primer trimestre, 7,55 ($\pm 5,57$) en el segundo y 10,0 ($\pm 5,84$) en el tercero. La evolución de la mediana fue de 1, 6, 6 y 9 respectivamente. Aunque se aprecia un empeoramiento de todos los ítems de la escala, los que se afectaron más intensamente fueron los referidos al despertar durante la noche y despertar precozmente, mientras que los que mostraron una afectación más temprana a lo largo del embarazo fueron los referidos al bienestar, funcionamiento y somnolencia diurna.

Conclusiones: El insomnio en el embarazo es un problema de alta frecuencia que repercute sobre el bienestar y calidad de vida de la gestante. Puesto que puede atenuarse con unas normas básicas de higiene del sueño debería ser objeto de cribado sistemático.

780. ENCUESTA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MADRID 2013-2014: PERSISTEN RIESGOS AUNQUE MEJORAN ALGUNOS HÁBITOS

J.M. Díaz Olalla, M. Esteban Peña, T. Benítez Robredo, M. Rodríguez Pérez

Madrid Salud, Ayuntamiento de Madrid.

Antecedentes/Objetivos: Las encuestas de salud permiten conocer la frecuencia de los problemas de salud en la población y su distribución en el territorio y entre grupos sociales. En el contexto del Estudio de Salud de la ciudad de Madrid de 2014 (ESCiMa'14) se realiza una encuesta para mejorar el conocimiento de los principales problemas de salud de la población madrileña adulta y de algunos factores determinantes. Se analiza su distribución por zonas de la ciudad y en distintos grupos sociales para visualizar desigualdades sociales en salud. Muchos de sus resultados son comparables con los de la encuesta de la ciudad del año 2005 (ESCiMa'05) y con la nacional de 2012 (ENSE'12).

Métodos: Se realiza una encuesta telefónica sobre una muestra de adultos residentes en la ciudad mediante muestreo aleatorio estratificado. Como criterio de estratificación se ha considerado una agrupación de los distritos de la ciudad en cuatro estratos definidos por un indicador compuesto de desarrollo humano. La asignación por estrato se realiza de forma proporcional a la población de 16 y más años en cada uno y la selección de las personas a entrevistar mediante muestreo aleatorio simple de hogares con postestratificación por sexo y grupo de edad, con una única entrevista por hogar. El error de muestreo según intervalo de confianza de 95% para la estimación de porcentajes puede acotarse por $\pm 3,5\%$ cuando $p = q = 50\%$.

Resultados: La encuesta se ha realizado a 802 personas. El 74,31% de los madrileños percibe su salud de forma óptima (IC95% 71,29-77,33) lo que supone un 2,37% más que la población nacional si bien esta diferencia no es significativa (ENSE'12 con un IC95% 71,15-72,38). El 24,2% (IC95% 21,15-27,88) de la población madrileña adulta presenta riesgo de mala salud mental según resultados del cuestionario GHQ-12 mostrando casi dos veces más riesgo las mujeres que los hombres (OR de 1,94) tras ajustar por edades, clase social y nivel de estudios en un modelo de RLM estratificado según esas variables. Un 40,73% de los madrileños presenta exceso de peso corporal (sobrepeso más obesidad) según IMC auto-referido (IC95% 37,23-44,15) y un 20,72% son fumadores diarios (IC95% 17,93-23,55).

Conclusiones: En la ciudad de Madrid una gran parte de la población adulta percibe óptimamente su salud a pesar de detectarse alta frecuencia de personas con problemas de salud mental. En los últimos años han mejorado algunos hábitos, como el del tabaquismo que ha descendido notable y significativamente.

634. ANÁLISE DE SENSIBILIDADE DE DADOS OMISSOS – UMA APLICAÇÃO NA AVALIAÇÃO DO EFEITO DA HISTÓRIA FAMILIAR DE HIPERTENSÃO EM ADOLESCENTES

M. Severo, S. Morais, E. Ramos

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

Antecedentes/Objetivos: Os dados omissos são um problema inevitável em saúde pública. Estes condicionam a extrapolação dos resultados e a validade, devido à perda de poder estatístico e possível presença de viés de seleção. Assim, é importante determinar se os casos completos e incompletos diferem sistematicamente no sentido de orientar a seleção do modelo estatístico mais apropriado para lidar com dados omissos. O objetivo do estudo foi analisar os determinantes de dados omissos, numa coorte de base populacional com adolescentes –EPITeen– num questionário auto-aplicado. Comparar duas

metodologías, casos completos e imputación múltipla, no tratamento de datos omisos na análise da asociación entre o risco de hipertensión de un adolescente, e historia familiar da doenza.

Métodos: Os datos correspondem à avaliación basal dos participantes da coorte EPITeen. Analisáronse padrões e determinantes de non resposta, utilizando regresións lóxicas simples e múltiples. As asociacións foron avaliadas por odds ratio (OR) bruto e ajustado e o respectivo intervalo de confianza de 95% (IC95%).

Resultados: Foi encontrada unha asociación negativa co aumento de escolaridade dos pais (OR = 0,21, IC95%: 0,15-0,28 para educación superior a 12 anos comparado con menos de 5 anos) e cando o adolescente reside con ambos os pais (OR = 0,41, IC95%: 0,29-0,57). Un aumento case significativo no risco de hipertensión de un adolescente e da historia familiar da doenza dos pais, con análises con casos completos (ORCC = 2,22, IC95%: 0,94-5,20), esta asociación tornouse estatisticamente significativa con imputación múltipla (ORMI = 1,93, IC95%: 1,12-3,31). Os restantes modelos mostraron un aumento, estatisticamente significativo no risco de hipertensión e da historia familiar da doenza, con análises con casos completos, cando toda a familia materna (mãe e avós maternos) tem hipertensión (aORCC = 2,64, IC95%: 1,14-6,09) e cando máis de 3 membros da familia (pais e avós) têm hipertensión (aORCC = 1,68, IC95%: 1,06-2,67). No entanto, estas asociacións foron atenuadas após a análise con imputación múltipla.

Conclusiones: O nivel sócio-económico e con quen o adolescente reside, reveláronse determinantes da non resposta, mostrando a necesidade de no deseño de estudos con adolescentes os investigadores centraren a atención na definición de estratexias que eviten datos omisos para estes grupos de risco. En xeral, a análise de casos completos mostraron asociacións estatisticamente significativas entre a historia familiar e hipertensión, mas estas asociacións foron atenuadas após imputación múltipla.

Financiación: Este proxecto foi financiado pola FCT: FCOMP-01-0124-FEDER-015750.

803. COMPARACIÓN DE LOS ESTILOS DE VIDA EN UNA ZONA DE POST-CONFLICTO ARMADO EN COLOMBIA ENTRE LOS QUE RECIBEN EDUCACIÓN NUTRICIONAL Y LOS QUE NO

A. Guillén, M. García de la Hera, M.C. Davó, E.M. Navarrete Muñoz, A. Parada

Universidad Miguel Hernández; Grupo de Investigación de Salud Pública, UA; CIBERESP; Universidad Nacional de Colombia.

Antecedentes/Objetivos: Los comportamientos y estilos de vida insalubres son el principal determinante de la salud. La educación nutricional es una herramienta fundamental para capacitar a las personas en la toma de decisiones. Por otra parte, en zonas de conflicto armado los niños y adolescentes son quienes se ven mayormente afectados. El objetivo del estudio es comparar los estilos de vida en los niños y adolescentes escolarizados en una zona postconflicto armado en Colombia entre los que reciben educación nutricional y los que no.

Métodos: Se realizó un estudio transversal con 1140 estudiantes de secundaria (51,4% de las chicas) escolarizados de 11 a 16 años (media 13 años) en una zona de post-conflicto armado en el municipio de Viotá, Cundinamarca, Colombia. Los participantes completaron la Encuesta Mundial de Salud a Escolares que estaba constituida por 115 preguntas cerradas. En la encuesta se recogía información sobre variables sociodemográficas (sexo, edad, actividad principal), estilos de vida (consumo de varios alimentos, tabaco, alcohol, horas de televisión y actividad física). Además en el cuestionario incluía la siguiente pregunta sobre educación nutricional: "¿Durante el presente año escolar has participado o asistido a actividades de alimentación saludable, como por ejemplo: clases, talleres, concursos, exposiciones, murales, kioscos saludables o comidas saludables?"

Resultados: El 57,5% de los participantes manifiestan no haber recibido educación nutricional. Se encontraron diferencias estadísticas significativas ($p < 0,05$) entre los que recibieron y no recibieron educación nutricional para el sexo, el consumo de frutas, el consumo de snacks y horas de televisión. El 54,3% de chicos vs 60,1% de chicas no recibieron educación nutricional. De los que consumían más de 2 veces al día fruta el 52,5% recibió educación nutricional frente al 47,5% que no. De los que consumieron snacks 2 o más veces a la semana el 34,4% habían recibido educación nutricional frente al 28,0% que no. De los que comían 2 o más días a la semana comida rápida el 25,4% había recibido educación nutricional vs al 19,2% no había recibido. De los adolescentes que veían más de 2 horas al día la televisión el 31% había recibido educación nutricional y el 37,4% no.

Conclusiones: En la población de adolescentes expuestos al conflicto armado, no recibir educación nutricional se relaciona con un menor consumo de verduras, un mayor consumo de snacks, un menor consumo de comida rápida y un mayor consumo de televisión, lo que sugiere que la educación nutricional se relaciona con una mejor salud.

611. FACTORES DE RIESGO DEL CONSUMO DE TABACO Y ALCOHOL EN ADOLESCENTES DE ENSEÑANZA SECUNDARIA

M. Moñino García, A. Cutillas Tolín, R. Gregorio Crispín, J. Jiménez Roset, I.J. San Lázaro Campillo, L. Mínguez Alarcón, S. Titos Gil, J. Mendiola Olivares, A.M. Torres-Cantero

Departamento de Ciencias Sociosanitarias, Área de Medicina Preventiva y Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Murcia.

Antecedentes/Objetivos: La adolescencia es una etapa en la que los adolescentes toman decisiones independientemente de sus progenitores y, desarrollan patrones de comportamiento, que algunos de ellos son considerados de riesgo porque pueden tener repercusiones negativas para su bienestar y salud futura. Prevenir el consumo de tabaco y alcohol en poblaciones escolares es una prioridad en salud pública. El objetivo de nuestro estudio es identificar los factores de riesgo y de protección relacionados con el consumo de tabaco y alcohol en los adolescentes escolarizados en la Región de Murcia.

Métodos: Componente del ESTUDES del año 2008 para la Región de Murcia, con 2031 alumnos de 14 a 18 años. Se trata de un estudio transversal nacional por conglomerados bietápico, con selección aleatoria de colegios y aulas. Los análisis de regresión logística multivariante se realizaron separadamente por sexo usando SPSS 19.

Resultados: La proporción de estudiantes de 18 años (9,2%) y 14 años (18,3%) fue menor que para el resto de edades (> 23). Siendo la categoría de referencia los sujetos con 14 años de edad, a los 18 años encontramos en el caso del tabaco, una OR = 6,29 en chicas (IC95%: 3,13-12,65) y en chicos una OR = 3,47 (IC95%: 1,63-7,36). En cuanto al alcohol, observamos una OR de 11,54 (IC95%: 4,90-27,18) en los varones y de 7,24 entre las estudiantes (IC95%: 3,56-14,72). Se encontró solamente entre los chicos, que convivir con la madre aumentaba el riesgo de consumir tabaco (OR = 4,20; IC95%: 1,85-9,53) mientras que la convivencia con el padre fue un factor protector (OR = 0,50; IC95%: 0,34-0,73). La convivencia con la pareja de la madre fue un factor de riesgo del consumo de alcohol y tabaco entre las chicas ($p < 0,02$). En relación con el ocio nocturno, encontramos que a mayor frecuencia de "salir de noche" y una hora de regreso a casa más tardía, aumentaba tanto el consumo de alcohol como de tabaco siendo la magnitud de dicha asociación mayor entre las chicas. Un mayor nivel de estudios tanto de la madre como del padre constituye un factor protector sólo entre las estudiantes ($p < 0,02$).

Conclusiones: Identificamos como factores de riesgo del consumo de tabaco y alcohol: la frecuencia y duración del ocio nocturno, el vínculo familiar con las personas que conviven en el hogar y el nivel de estudios de los padres. Existieron diferencias notables en cuanto a la magnitud de la asociación entre géneros.

32. PATRONES DE CONSUMO DE ALCOHOL EN LOS ANCIANOS ESPAÑOLES, 2008-2010

L.M. León-Muñoz, I. Galán, J. Donado-Campos, F. Sánchez-Alonso, E. López-García, J.L. Valencia-Martín, P. Guallar-Castillón, F. Rodríguez-Artalejo

CIBERESP; Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad Autónoma de Madrid/IdiPaz; Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III; Departamento de Medicina Preventiva, Hospital de Móstoles.

Antecedentes/Objetivos: Dado que la proporción de ancianos está creciendo en la población europea y que el alcohol es una causa importante de carga de enfermedad, es notoria la poca información disponible sobre el consumo de alcohol en los adultos mayores en Europa. Este es el primer trabajo que examina en detalle los patrones de consumo de alcohol en la población anciana en España.

Métodos: Estudio transversal realizado en 2008-2010 en 3.058 personas representativas de la población de 60 y más años de España. El consumo habitual de bebidas alcohólicas se obtuvo mediante una historia de dieta validada y el umbral entre consumo moderado y excesivo fue ≥ 40 g de alcohol/día en hombres (≥ 24 g en mujeres). Se definió binge-drinking como la ingesta de ≥ 80 g de alcohol en hombres (≥ 60 g en mujeres) durante una misma sesión de bebida en el mes previo. Se consideró que una puntuación en el CAGE ≥ 2 indicaba abuso o dependencia del alcohol.

Resultados: La prevalencia (intervalo de confianza [IC] 95%) de consumo moderado de alcohol fue 44,3% (42,0-46,6) y de consumo excesivo 7,8% (6,7-8,9). El 68,4% de los bebedores tenía preferencia por el vino (más del 80% de alcohol ingerido procedía de esta bebida) y un 61,8% (58,9-64,6) bebían solo durante las comidas. Además, el 1% (0,6-1,4) presentaba binge-drinking y el 3,1% (2,3-3,8) un CAGE ≥ 2 . El consumo regular de alcohol (moderado y excesivo) fue más frecuente en los hombres que en las mujeres, pero se redujo con la edad, la salud subjetiva subóptima, la morbilidad, limitación funcional y el tratamiento antidiabético. Alrededor del 5-10% de los sujetos con hipertensión arterial, diabetes mellitus o enfermedad cardiovascular presentaron consumo excesivo de alcohol. Entre los que tomaban pastillas para dormir y tratamiento antidiabético o antitrombótico, el 37-46% tenía un consumo moderado de alcohol y el 5-8% un consumo excesivo.

Conclusiones: El consumo de alcohol es muy frecuente en la población española de 60 y más años, y resulta consistente con el patrón mediterráneo de consumo de alcohol. Sin embargo, una notable proporción de individuos presentaron simultáneamente un consumo excesivo de alcohol y una medicación que podría interactuar con el alcohol.

Financiación: Plan Nacional sobre Drogas, Ministerio de Sanidad (ayuda 06/2010); FIS, Instituto de Salud Carlos III (ayuda 12/1166); FRAILOMIC Initiative (FP7-HEALTH-2012-Proposal No: 305483-2).

801. DETERMINANTES SOCIOECONÓMICOS Y DE ESTILO VIDA SALUDABLE EN LA PREVALENCIA DE ACTIVIDAD FÍSICA EN TIEMPO LIBRE EN ESPAÑA

J. Flores Herrera, B. Sanz Barbero

Servicio de Urgencias Médicas de Madrid (Summa 112), Programa de Epidemiología Aplicada de Campo-Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III; Escuela Nacional de Sanidad-Instituto de Salud Carlos III, CIBER de Epidemiología y Salud Pública CIBERESP.

Antecedentes/Objetivos: Son conocidos los beneficios en la salud de la práctica regular de actividad física, con este fin varios organismos como la Organización Mundial de la Salud y la Asociación Americana de Corazón han elaborado recomendaciones poblacionales para con el propósito de adaptar su práctica a un estilo de vida saludable.

Objetivos: 1) Estimar la prevalencia de actividad física en tiempo libre (AFTL) regular beneficiosa para la salud en España en 2006. 2) Analizar su relación con determinantes socio-económicos y de estilo de vida.

Métodos: Estudio transversal con datos de la Encuesta Nacional de Salud de España de 2006, con la participación de 23700 personas entre 16-64 años. Se analizó la asociación entre la AFTL regular beneficiosa para la salud con edad, sexo, lugar de nacimiento, nivel de estudios, clase social, actividad económica desempeñada, hábito tabáquico, índice de masa corporal; ajustando modelos de regresión logística.

Resultados: La prevalencia de AFTL en España es 58,7%, sin embargo la que se practica de manera regular y que por lo tanto es beneficiosa para la salud, es del 7,6%. La práctica de AFTL regular es menor en el grupo de 55-64 años (OR 0,29; IC 0,22-0,38) respecto al grupo de 16-24 años de edad, en mujeres (OR 0,29; IC 0,25-0,33) respecto a los hombres, en procedentes de América central y del Sur (OR 0,54; IC 0,42-0,70) respecto a la población española, fumadores respecto a los no fumadores (OR 0,77; IC 0,68-0,87), en obesos (OR 0,47; IC 0,37-0,59) respecto a los normopesos. Existió una asociación positiva entre la AFTL y ser de clase social alta (OR 1,23; IC 1,07-1,42) respecto a la baja, en los de nivel superior de estudios (OR 2,27; IC 1,53-3,36) respecto a los que no tienen estudios, en los ex-fumadores (OR 1,19; IC 1,02-1,38) respecto a los no fumadores y en los desempleados (OR 1,52; IC 1,27-1,82) respecto a los que trabajan.

Conclusiones: La prevalencia de AFTL beneficiosa para la salud es baja, se deben mejorar estrategias para incentivar su práctica en la población, haciendo énfasis en algunos grupos sociales.

Problemas de salud en poblaciones específicas (Oral 10 minutos)

Jueves, 4 de septiembre de 2014. 11:30 a 13:30 h

Moderador: Jesús Vioque López

82. DETERMINANTES DA OBESIDADE NA ADOLESCÊNCIA

C.M. Rocha Cruzeiro, J.S. Santos Dias, S.M. Deus Figueiredo, V.M. Fook Coelho

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Antecedentes/Objetivos: A prevalência da obesidade, a nível mundial é tão elevada que a OMS considerou esta doença como a epidemia global do século XXI. A obesidade é um dos problemas nutricionais mais frequentes nas crianças e adolescentes. Tem vindo a aumentar desde o século passado, apresentando taxas de morbilidade e mortalidade elevadas, sendo considerada a doença nutricional com maior prevalência entre crianças e adolescentes, principalmente nos países mais desenvolvidos do mundo. Em Portugal a "obesidade afeta 35% da população entre os 18 e os 65 anos. Nas crianças 30% entre os 7 e os 11 anos são consideradas obesas". Estima-se que 50% da população mundial será obesa em 2025, sendo crucial adotar medidas, de forma a prevenir e tratar a obesidade (PNCO, 2005) **Objetivos:** Identificar os determinantes da pré-obesidade/obesidade na adolescência; Analisar a sua relação com a pré-obesidade/obesidade na adolescência.

Métodos: Revisão integrativa da literatura esta pesquisa foi realizada nas seguintes bases de dados eletrónicas/motores de busca: EBSCO, CINAHL plus, MEDLINE, Biblioteca do Conhecimento Online

(B-on) e Scielo, utilizando os idiomas português e inglês com adolescentes dos 10 aos 19 anos a frequentarem a escolaridade obrigatória e com texto completo, no horizonte temporal de 2009 a 2013, utilizando as palavras chave: pré obesidade/obesidade, adolescência, determinantes/fatores. Foram selecionados sete estudos quantitativos e foram analisados segundo o método PI[C]OD.

Resultados: Os resultados indicam que os estilos de vida, hábitos alimentares, actividade física, sedentarismo e conhecimento dos pais e adolescentes sobre a obesidade são factores determinantes. Também a hereditariedade se revelou um factor dominante que contribui para o excesso de peso e obesidade associado ao comportamento alimentar dos pais. Nos países em desenvolvimento, famílias com maior rendimento são mais vulneráveis a terem pré-obesidade/obesidade, do que nos países desenvolvidos e em meio urbano também se verificou que existe uma maior prevalência de pré-obesidade/obesidade relativamente ao meio rural.

Conclusões: A obesidade é uma doença considerada multifactorial, pois está intimamente relacionada com diversos determinantes, tais como, factores demográficos, socioculturais, biológicos e comportamentais. Alguns destes determinantes podem ser modificáveis, nomeadamente os estilos de vida, intervindo nos programas prioritários nas Escolas Promotoras de Saúde no âmbito da Saúde Escolar.

374. CONSUMO DE ALCOHOL EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS. ¿ESTÁ DISMINUYENDO?

A. Llopis González, N. Rubio López, E. Ruiz Rojo, M. Morales Suárez-Varela

Unidad de Salud Pública, Higiene y Sanidad Ambiental, Universidad de Valencia; Centro Superior de Investigación en Salud Pública (CSISP); CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), Instituto de Salud Carlos III; Conselleria de Sanitat, Valencia.

Antecedentes/Objetivos: Las bebidas alcohólicas han estado presentes en todas las culturas y civilizaciones del mundo. Sin ir más lejos, el vino forma parte de nuestra tradicional dieta mediterránea. Ingerido con regularidad se le han atribuido beneficios potencialmente importantes para la salud pero consumido excesivamente produce efectos adversos. Si bien el consumo global de alcohol está descendiendo, en España estamos asistiendo desde hace años a un incremento por parte de los jóvenes, especialmente un consumo de alcohol concentrado, lo que los anglosajones llaman "Binge Drinking". El objetivo de este estudio es evaluar la prevalencia de consumo de alcohol, sus características y la actitud hacia él en los estudiantes universitarios del área de la salud.

Métodos: Se trata de un estudio descriptivo transversal realizado en la Facultad de Farmacia durante los cursos académicos 2008-2012. Se obtuvo una muestra al azar de 844 estudiantes quienes respondieron de forma anónima y voluntaria al cuestionario. Éste contaba con las siguientes variables: sexo, edad, residencia durante el curso, edad de inicio de consumo y tipo de bebida alcohólica.

Resultados: Participaron un total de 844 estudiantes de los cuales un 22,66% eran hombres y un 77,34% eran mujeres, proporción representativa de la distribución de los estudiantes del área sanitaria. La media de edades de este grupo de estudiantes era de $23,70 \pm 4,37$ años. La prevalencia del consumo de alcohol fue de un 2,25% consumo regular, 60,85% consumo de fin de semana y 36,89% no consumo de alcohol, existiendo diferencia significativa entre los diferentes grupo ($p < 0,05$); se observa un predominio del hombre en el consumo de alcohol el fin de semana, pero sin distar mucho de las mujeres (66,49% y 55,20%, respectivamente). La media de edad de inicio en el consumo de alcohol es de $16,62 \pm 3,35$ años. Siendo la cerveza la bebida más consumida el fin de semanas y los estudiantes que residen durante el curso académico en pisos compartidos el grupo que más consume.

Conclusiones: A pesar de conocer el riesgo que un consumo no moderado de alcohol tiene en nuestra salud, existe una alta prevalencia de este comportamiento entre los estudiantes del área la salud. Coincidiendo con otras investigaciones, la edad de inicio disminuye, las diferencias de género se equilibran aumentando el consumo entre las mujeres, y factores como la residencia fuera del hogar familiar durante el curso influyen en este hábito.

449. RETARDO EN TALLA, OBESIDAD Y DISTRIBUCIÓN DEL COMPONENTE GRASO EN NIÑOS/AS

M.N. Nicolalde Cifuentes, C.P. Plaza Galarza

ESPOCH.

Antecedentes/Objetivos: El sobrepeso, la obesidad y la distribución del componente graso, con predominio central o visceral, aumentan el riesgo metabólico para eventos cardiovasculares. En el Ecuador la prevalencia de sobrepeso-obesidad es del 6.5% en la edad infantil, 22% en edad escolar y un incremento sostenido en la adolescencia. Otro problema de salud pública importante en el Ecuador que coexiste con el sobrepeso-obesidad es la alta prevalencia de retardo en talla significativo (desmedro = talla/edad < -2 DE) con una prevalencia de 15.6%. Estudios demuestran que los niños/as que nacen con bajo peso o tienen un deterioro del crecimiento en la infancia (desmedro) y luego presentan sobrepeso/obesidad, son más insulino-resistentes. El objetivo de este estudio fue establecer la relación entre retardo en el crecimiento lineal (desmedro) y diferencias en la distribución del componente graso en niños/as de edad escolar con sobrepeso/obesidad, de la ciudad de Riobamba, Ecuador.

Métodos: Se realizó un estudio transversal, caso control anidado. Se evaluaron 5.000 niños/as en el estudio transversal y 192 en el caso control anidado.

Resultados: Se encontraron valores más altos del componente graso en niños con retardo en talla y sobrepeso/obesidad comparado con los niños/as con crecimiento normal: promedio de perímetro abdominal 83,53 cm vs 76,51 cm ($p \leq 0,0001$); sumatoria de pliegues subescapular y tricípital 41,13 mm vs 34,79 mm ($p \leq 0,0001$); promedio de masa grasa 32,01% vs 29,3% ($p \leq 0,0001$).

Conclusiones: Se concluye que los niños/as con retardo en talla significativo (desmedro) y sobrepeso/obesidad tienen valores más altos de componente graso corporal que los obesos con talla normal y por tanto mayor predisposición a resistencia a la insulina y enfermedades cardiovasculares en la edad adulta.

527. SUPERVISIÓN PARENTAL Y CONDUCTAS ADOLESCENTES

A. Albertos, A. Osorio, C. López del Burgo, S. Carlos, C. Beltramo, J. de Irala

Universidad de Navarra.

Antecedentes/Objetivos: En este estudio pretendemos valorar la posible relación entre los patrones de supervisión parental y algunas conductas de riesgo más habituales de los adolescentes (droga, alcohol, tabaco y relaciones sexuales) en dos países poco estudiados (Perú y El Salvador). Los objetivos de este estudio son: Analizar el grado en que los padres conocen lo que hacen los hijos. Comprobar si esa supervisión difiere en función del sexo, de la edad y de otras variables socio-demográficas. Valorar si los hijos más supervisados difieren de los demás, en cuanto a conductas de riesgo.

Métodos: El estudio se hizo con los resultados obtenidos a través de un cuestionario aplicado a muestras representativas de estudiantes de 13 a 18 años de Perú y El Salvador.

Resultados: Contestaron el cuestionario 6.208 adolescentes. De ellos el 66% afirmó que sus padres tenían (siempre o casi siempre) conocimiento de sus actividades de tiempo libre. La relación de las variables sociodemográficas con la supervisión se analizó de manera conjunta en un análisis de regresión lineal múltiple. Se examinó si entre los jóvenes más supervisados había una menor frecuencia de conductas de riesgo, comprobando que cuanto mayor era la supervisión, menor era la frecuencia de cada una de esas conductas. El grado de supervisión guarda una correlación inversa con la edad, de manera que los adolescentes más jóvenes reciben más supervisión que los mayores. También se observó que en ambos países, ser mujer y joven se relacionaba con una mayor supervisión por parte de los padres. Por último, se realizó una regresión logística múltiple para cada conducta de riesgo, siendo cada conducta de riesgo la variable dependiente de cada regresión. Los resultados muestran una asociación inversa entre supervisión y conductas de riesgo, que se mantiene incluso tras ajustar por varias variables potencialmente confusoras, siendo la edad una de ellas.

Conclusiones: El estudio pone de manifiesto que existe una correlación inversa entre supervisión parental y conductas de riesgo de los jóvenes. También se observa una relación inversa entre la supervisión y la edad y que las chicas son más supervisadas que los chicos.

551. O PAPEL DO OTIMISMO DISPOCIONAL, DO SUPORTE SOCIAL E DA PERCEÇÃO DE ESTIGMA NA QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS OBESAS

E. Vilhena, J.L. Pais Ribeiro, I. Silva, H. Cardoso, D. Mendonça
 IPCA; Barcelos; ICBAS, ISPUP, Universidade do Porto; Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade do Porto; Universidade Fernando Pessoa; ICBAS, HGSA Centro Hospitalar do Porto.

Antecedentes/Objetivos: A Qualidade de Vida (QdV) é um conceito importante para a saúde. É multidimensional, e as dimensões contribuem para o bem-estar de um indivíduo e para um melhor ajustamento às doenças crónicas. A obesidade é considerada um problema de saúde pública relevante, que afeta vários aspetos da vida de um indivíduo. O estudo teve como objetivo analisar um modelo que consistiu na avaliação do impacto simultâneo do otimismo disposicional, do suporte social e da perceção de estigma na QdV, num grupo de pessoas obesas.

Métodos: A amostra incluiu 215 doentes consecutivos obesos recrutados nos principais hospitais de Portugal com: 1) diagnóstico de obesidade; 2) idade igual ou superior a 18 anos; 3) nível de escolaridade de 6 ou mais anos; 4) tempo de diagnóstico de pelo menos 3 anos com vida estabilizada; 5) não apresentar distúrbios psiquiátricos. Foram avaliados por psicólogos respondendo a um questionário autoadministrado, que incluía variáveis sociodemográficas e clínicas, e os constructos, otimismo disposicional, suporte social, perceção de estigma e QdV (componentes de bem-estar geral, saúde física e mental). Os Modelos de Equações Estruturais foram aplicados para testar o ajustamento do modelo. Dada a sensibilidade do teste qui-quadrado à dimensão amostral, foram usados o Comparative Fit Index (CFI > 0,95) e o Root Mean Square Error Approximation (RMSEA < 0,05) indicadores de um bom ajustamento. Foi usado o EQS 6.1, usando a estimação de Máxima Verosimilhança com correção de Satorra-Bentler e um nível de significância de 0,05.

Resultados: Os resultados mostraram um bom ajustamento do modelo de medida; CFI = 0,94; RMSEA = 0,059. Todos os loadings entre cada item e a respetiva variável latente foram estatisticamente significativos. Resultados da estimação do modelo global mostraram um grau satisfatório de ajustamento: CFI = 0,92; RMSEA = 0,063. Ve-

rificou-se que o otimismo disposicional, o suporte social e a perceção de estigma exercem um impacto simultâneo, estatisticamente significativo, positivo, nas componentes da QdV (bem-estar geral, saúde física e saúde mental), controlando para a idade, escolaridade e perceção de severidade da doença.

Conclusiones: Pode verificar-se neste estudo que, mais otimismo disposicional contribui para um melhor bem-estar geral e uma melhor saúde mental; uma menor perceção de estigma contribui para um melhor bem-estar, uma melhor saúde física e uma melhor saúde mental; já um melhor suporte social, contribui apenas para uma melhor saúde mental.

605. EL CONSUMO DE ALCOHOL Y TABACO EN ESTUDIANTES DE ENSEÑANZA SECUNDARIA Y SU ASOCIACIÓN CON LA PERMISIVIDAD Y RELACIÓN AFECTIVA DE SUS PADRES

M. Moñino García, A. Cutillas Tolín, M. Alcántara Gutiérrez, J. Jiménez Roset, I. San Lázaro Campillo, L. Mínguez Alarcón, M. Hernández Pérez, J. Mendiola Olivares, A.M. Torres-Cantero

Área de Medicina Preventiva y Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Murcia.

Antecedentes/Objetivos: El alcohol es la sustancia predilecta de la población adolescente y la más aceptada socialmente, pese al riesgo que conlleva para, entre otros, su desarrollo y maduración cerebral. Durante la adolescencia, el consumo de alcohol puede ser usado para mitigar estados de ánimo negativos. Durante esta etapa, el ambiente familiar tiene una gran influencia no sólo en su desarrollo social y emocional, sino en el mayor o menor recurso al alcohol. El objetivo de este estudio es analizar la asociación entre consumo de alcohol y tabaco respecto a la permisividad y las relaciones de los padres con los adolescentes.

Métodos: Componente del ESTUDES del año 2008 para la Región de Murcia, con 2031 alumnos de 14 a 18 años. Se trata de un estudio transversal nacional por conglomerados bietápico, con selección aleatoria de colegios y aulas. Los análisis de regresión logística multivariante se realizaron separadamente por sexo usando SPSS 19.

Resultados: La permisividad de la madre y el padre al consumo de tabaco fueron factor de riesgo en chicos (madre: OR: 1,76; IC95%: 1,12-2,75) (padre: OR: 1,56; IC95%: 1,10-2,51) y chicas (madre: OR: 6,78; IC95%: 3,92-11,71) (padre: OR: 4,56; IC95%: 2,64-7,91). Como factores protectores de consumir tabaco estaban mantener una muy buena relación con la madre en chicos (OR: 0,26; IC95%: 0,09-0,74), una muy buena relación con el padre en chicas (OR: 0,28; IC95%: 0,10-0,77) y recibir casi siempre cariño y cuidado de los padres en chicos (OR: 0,32; IC95%: 0,15-0,66). En chicos, la permisividad del padre y de la madre al alcohol se asoció a mayor riesgo de consumo (padre: OR: 2,89; IC95%: 1,94-4,32) (madre: OR: 3,56; IC95%: 2,31-5,48). En chicas, fue únicamente significativa la asociación del consumo con permisividad fuera de casa (madre: OR: 3,12; IC95%: 2,05-4,73) (padre: OR: 2,43; IC95%: 1,61-3,66). Los factores protectores para el consumo de alcohol fueron una muy buena relación con la madre en chicos (OR: 0,22; IC95%: 0,06-0,77) y en chicas (OR: 0,20; IC95%: 0,04-0,98), una muy buena relación con el padre en chicas (OR: 0,24; IC95%: 0,09-0,62) y recibir casi siempre cariño y cuidado de los padres en chicos (OR: 0,29; IC95%: 0,12-0,69) y en chicas (OR: 0,41; IC95%: 0,17-0,98).

Conclusiones: La permisividad dentro y fuera de casa por parte de los padres hacia el uso de drogas legales es un factor de riesgo para el consumo de tabaco y alcohol en adolescentes. El mantener muy buenas relaciones y buenos vínculos afectivos con los padres son factores protectores en chicos y chicas respecto al consumo de alcohol y tabaco.

635. INGESTA DE ALCOHOL Y CALIDAD SEMINAL EN JÓVENES DEL SURESTE ESPAÑOL

L. Mínguez Alarcón, J. Mendiola Olivares, A. Cutillas Tolín, M. Moñino García, A.M. Torres Cantero

Departamento de Ciencias Sociosanitarias, Área de Medicina Preventiva y Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Murcia; Servicio de Medicina Preventiva, Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia; Campus Regional de Excelencia Mare Nostrum, Universidad de Murcia.

Antecedentes/Objetivos: De acuerdo al informe sobre la salud en el mundo de la OMS, el consumo de alcohol es el primer factor de riesgo de mortalidad en los países en desarrollo y el tercero en los países desarrollados. El riesgo para la salud sobre el consumo intensivo de alcohol ha sido descrito extensamente. Concretamente, un consumo excesivo de alcohol podría afectar negativamente a la calidad seminal del varón, sin embargo, no está claro el efecto de un consumo moderado sobre éste. El objetivo de este trabajo es analizar la relación entre el consumo moderado de alcohol y los parámetros de calidad seminal en jóvenes del sureste español.

Métodos: Se analizó el consumo de alcohol y la calidad seminal de forma transversal en 209 jóvenes sanos de la Universidad de Murcia entre 2010 y 2011 en la Región de Murcia. El consumo de alcohol se midió mediante un cuestionario de frecuencia alimentaria validado. Se dividió en cuartiles el consumo de alcohol (gramos), siendo el primer cuartil el grupo de referencia, y los parámetros seminales se analizaron según los criterios de la OMS. Se realizaron regresiones lineales y análisis de covarianza para explorar posibles asociaciones entre ambas variables, ajustándose por posibles factores de confusión. El nivel de significación fue de 0.05 y se utilizó el paquete estadístico SPSS 21.0.

Resultados: Los participantes del estudio eran jóvenes [mediana (RIQ) = 20,4 (19,6, 21,4) años], y con una mediana de IMC de 23,7 (RIQ: 21,8, 25,5) kg/m². Los valores de mediana de ingestas de alcohol para los cuatro cuartiles fueron 1,44, 4,66, 9,24 y 18,25 g/día, respectivamente. Las medianas (RIQ) para los parámetros de análisis seminal fueron 71,0 (RIQ: 59,5, 92,0) horas para el tiempo de abstinencia; 42,9 mill/mL (RIQ: 21,9, 72,2 mill/mL) para la concentración espermática, 121,5 (RIQ: 65,4, 212,7) mill para el recuento total espermático; 8,9% (RIQ: 6,0, 13,9%) para la morfología normal espermática. Sin embargo, no se encontraron asociaciones significativas entre consumo de alcohol y los parámetros seminales analizados.

Conclusiones: Un consumo moderado de alcohol no se asoció significativamente con ningún parámetro seminal analizado en nuestra población joven y sana de la Región de Murcia.

636. PREVALÊNCIA E DETERMINANTES DE EXCESSO DE PESO/OBESIDADE EM CABO-VERDIANOS, PORTUGUESES E IMIGRANTES AFRICANOS

M.R. Semedo^{1,2}, T. Monjardino¹, H. Barros¹

¹Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto.

²Bolseira da Fundação Calouste Gulbenkian.

Antecedentes/Objetivos: Processos de aculturação e inculturação, associados à migração, podem influenciar a prevalência de obesidade em migrantes. Cabo Verde é um país com uma larga diáspora, especialmente em Portugal, e os imigrantes cabo-verdianos parecem ser mais suscetíveis a desenvolver obesidade do que os seus congéneres não migrantes. O objetivo deste estudo foi comparar a prevalência e os determinantes de excesso de peso/obesidade em adultos cabo-verdianos, portugueses e imigrantes africanos em Portugal.

Métodos: Foi analisada a informação de 20.284 indivíduos (25-64 anos) obtida através do 4º Inquérito Nacional de Saúde à população residente em Portugal (2005/2006), incluindo portugueses

e imigrantes africanos. Obteve-se a informação de uma amostra de adultos cabo-verdianos (n = 1.762) através do Inquérito das Doenças Crónicas Não Transmissíveis – STEPS (2007). Excesso de peso/obesidade foi definido de acordo com o índice de massa corporal ≥ 25 kg/m². Foram selecionadas variáveis sócio-demográficas, incluindo sexo, idade, anos de escolaridade, e o consumo de tabaco. As estimativas de prevalência de excesso de peso/obesidade e respectivos intervalos de confiança a 95% (IC95%), estratificadas por características sócio-demográficas, foram comparadas entre cabo-verdianos, imigrantes africanos e indivíduos portugueses. Os testes Qui-quadrado ou Fisher foram utilizados para comparar proporções.

Resultados: A prevalência do excesso de peso/obesidade foi maior na amostra de portugueses, 59,9% (IC95%: 58,9-60,9) nos homens e 52,2% (IC95%: 51,3-53,2) nas mulheres, e nos imigrantes africanos em Portugal, 55,3% (IC95%: 49,2-61,3) nos homens e 42,2% (IC95%: 36,6-48,0) nas mulheres, do que em cabo-verdianos residentes em Cabo Verde, 31,0% (IC95%: 27,4-34,6) nos homens e 44,6% (IC95%: 41,6-47,6) em mulheres, (p 0,001 para homens e mulheres). Nos cabo-verdianos e portugueses, em ambos os sexos, a prevalência de excesso de peso/obesidade aumentou com a idade (p 0,001), e foi menor nos indivíduos que fumavam (p 0,05). Nas mulheres portuguesas e nos imigrantes africanos, a prevalência de excesso de peso/obesidade diminuiu com o aumento da educação (p 0,03) enquanto que, nos homens cabo-verdianos, a prevalência desta condição foi maior em indivíduos com o ensino superior (p 0,01).

Conclusiones: Em Portugal, quer autóctones quer emigrantes africanos apresentam mais frequentemente obesidade que os adultos cabo-verdianos. Estes resultados sugerem a existência de um processo de aculturação dos imigrantes cabo-verdianos à sociedade portuguesa.

679. OBESIDAD INFANTIL EN ESPAÑA. FACTORES SOCIOECONÓMICOS Y ESTILOS DE VIDA

N. Pérez-Farinós, T. Robledo de Dios, M. Dal Re Saavedra, C. Villar Villalba, E. Labrado Mendo, A.M. López Sobaler, R.M. Ortega Anta

Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición; Facultad de Farmacia, Universidad Complutense.

Antecedentes/Objetivos: La obesidad infantil es un grave problema de salud pública en España y en el mundo, cuyos principales determinantes son la alimentación y la actividad física. Es necesario conocer los factores que influyen sobre ellos, para poder modificarlos. El objetivo es conocer qué factores se asocian con la obesidad infantil, tanto relacionados con los progenitores como con los estilos de vida infantiles.

Métodos: Estudio ALADINO. Estudio transversal de una muestra de 7.659 niños y niñas de 6 a 9 años de toda España. Muestreo polietápico, estratificación por CC.AA., conglomerados por muestreo aleatorio simple, estratificación por tamaño de municipio y selección aleatoria de municipios y colegios. Talla y peso medidos. Encuestas a los padres con variables sociales, culturales y de estilos de vida. Cálculo de prevalencia de obesidad con el Índice de masa corporal según los estándares de crecimiento de la OMS. Dos modelos de regresión logística binaria, con obesidad como variable dependiente. En el primer modelo las variables independientes son factores relacionados con los padres y madres. En el segundo, estilos de vida de los niños y niñas. Cálculo de OR independientes para la obesidad con respecto a esos factores.

Resultados: La obesidad (6 a 9 años) se asoció de forma significativa (p < 0,05) con el exceso de peso de alguno de los padres (OR = 2,48), y con el tabaquismo de ambos progenitores (OR = 1,42); también se asoció con los estudios secundarios (OR = 1,20) y primarios (OR = 1,24) del padre, con respecto a los que tenían estudios superiores, y con los estudios secundarios (OR = 1,34) y primarios (OR = 1,53) de la madre, con respecto a las que tenían estudios superiores. También se asoció

($p < 0,05$) a no desayunar de forma habitual (OR = 1,65), a la presencia de medios de ocio pasivos (televisor, etc.) en la habitación (OR = 1,37), a usar los medios de ocio pasivo 2 o más horas diarias en fin de semana (OR = 1,21), y a dormir menos de 10 horas (entre 9 y 10, OR = 1,17, entre 8 y 9, OR = 1,54, y 8 o menos, OR = 2,30).

Conclusiones: La obesidad en niños y niñas se relaciona con sus estilos de vida, entre ellos el aumento del ocio sedentario, dormir poco, y malos hábitos de alimentación. Es necesario promover intervenciones desde la educación primaria para modificar esas conductas, que se reflejan en la salud de la vida adulta. También hay que intervenir en padres y madres, pues sus estilos de vida influyen sobre la obesidad de los hijos. Hay que destacar la distinta influencia que tienen los niveles de estudios del padre y la madre sobre la obesidad en los hijos, valorar los condicionantes que eso pueda suponer, y paliar las desigualdades que puedan derivarse.

755. PREVALENCIA DE SOBREPESO Y OBESIDAD EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA: ¿QUÉ VALOR QUIERE OÍR?

M.I. Santiago-Pérez, M. Pérez-Ríos, A. Malvar, M. Calabuig, X. Hervada, J. Suanzes

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

Antecedentes/Objetivos: La prevalencia de sobrepeso y obesidad está aumentando de forma alarmante en la población pediátrica en los países desarrollados. Estimar su prevalencia en esta población constituye un paso indispensable previo al diseño y la implantación de programas orientados al control de este problema de salud pública, si bien su diagnóstico/identificación en estudios epidemiológicos está fuertemente condicionada por los puntos de corte empleados. El objetivo de este trabajo es estimar la prevalencia de sobrepeso y obesidad en Galicia en población pediátrica empleando diferentes puntos de corte comúnmente aceptados.

Métodos: Estudio transversal realizado en 2013 entre escolares gallegos de educación primaria (EP) y secundaria (ESO). Se llevó a cabo un muestreo bietápico estratificado, en la primera etapa se seleccionaron centros escolares que impartían EP y/o ESO y en la segunda etapa se seleccionaron 3 clases de EP y/o 2 de ESO. Se incluyeron en el estudio todos los alumnos de las aulas seleccionadas que tuviesen entre 6 y 15 años. Estos escolares fueron pesados y se midió su estatura y el perímetro de cadera y de cintura. Se estimó el índice de masa corporal (IMC) como peso (Kg)/estatura (m)². Para la estimación de las prevalencias de sobrepeso y obesidad se categorizó el IMC en función de los puntos de corte propuestos por Cole, por la OMS, los procedentes del estudio EnKid y los de la Fundación Orbegozo. En el análisis se tuvo en cuenta el diseño de la muestra.

Resultados: En el estudio se incluyeron 7.443 escolares (4.550 de EP) procedentes de 137 centros escolares. La tasa de participación fue del 91,4%. La prevalencia de sobrepeso y obesidad en EP varía entre 20,1% (EnKid) y 44,6% (OMS); en ESO entre 23,4% (EnKid) y 35,7% (OMS). En EP la prevalencia de sobrepeso es mínima con los puntos de corte de Orbegozo (10%) y máxima con Cole (25,5%) pero similar a la de la OMS (23,9%). En ESO se observa el mismo patrón, con prevalencias de 10,2%, 23,7% y 21,9%, respectivamente. En EP la prevalencia de obesidad es mínima con los puntos de corte de EnKid (6,5%) y máxima con OMS (20,8%). En ESO la prevalencia de sobrepeso es mínima con los puntos de corte de Cole (6,3%) y máxima con Orbegozo (15,8%).

Conclusiones: La elección del punto de corte de sobrepeso y obesidad condiciona totalmente los resultados obtenidos. Es necesario reflexionar sobre los puntos de corte empleados, especialmente cuando estos derivan de percentiles. Es acuciante disponer de una definición clara de qué es sobrepeso y obesidad en la población pediátrica para utilizar en estudios epidemiológicos.

622. COMPARAR O EFEITO DAS COMPONENTES DE SÍNDROME METABÓLICO EM DIFERENTES MARCADORES – COORTE DE ADOLESCENTE EPITEEN

M. Severo, J. Araújo, E. Ramos

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

Antecedentes/Objetivos: Para comparar o efeito de variáveis com diferentes unidades de medida ou diferente magnitude de variação, é frequentemente utilizada a uniformização da média e do desvio-padrão utilizando o score-z. No entanto esta metodologia não uniformiza a simetria ou o achatamento da distribuição podendo desta forma a comparação ser enviesada. Utilizando como modelos a associação do ácido úrico, da proteína C-reativa (PCR) e da insulina com os componentes do síndrome metabólico (pressão arterial, perímetro da cintura (PC), colesterol HDL (HDL), glicose e triglicéridos), foi objetivo deste trabalho estudar qual o efeito do método de transformação das variáveis na magnitude da associação.

Métodos: Foram analisados os dados de 1286 adolescentes de 17 anos avaliados no âmbito da coorte de base populacional - EPITeen. Para uniformizar a distribuição das diferentes exposições utilizou-se 3 transformações: score-z, Box-Cox (uniformiza a simetria) e percentis (uniformiza a simetria e o achatamento). A associação entre os três marcadores em estudo e os componentes do síndrome metabólico foi estimada utilizando regressão linear múltipla. As variáveis de resposta foram transformadas de forma apresentarem uma distribuição Normal.

Resultados: A magnitude da associação do HDL com o ácido úrico foi de -2,99, -3,11 e 3,24, respetivamente, para as transformações score-z, Box-Cox e percentis; a magnitude da associação da glicose com a PCR foi de -0,19, -0,20 e -0,18, respetivamente; e, finalmente, a magnitude da associação do PC com a glicose foi de 2,16, 2,03 e 1,96, respetivamente. Independentemente da transformação a componente com a maior associação significativa foi o HDL, a Glicose e o perímetro da cintura, respetivamente para o ácido úrico, a PCR e a insulina.

Conclusiones: A ordenação do efeito das componentes de SM nos diferentes marcadores não se alterou no entanto a sua magnitude variou bastante. Mostrando a importância de utilizar a melhor metodologia de uniformização de forma a medir o impacto das diferentes exposições em saúde pública.

Financiación: Este projeto foi financiado pela FCT: FCOMP-01-0124-FEDER-015750 SFRH/BD/78153/2011.

Vigilancia de la salud pública. Tuberculosis y gripe II (Oral 10 minutos)

Jueves, 4 de septiembre de 2014. 11:30 a 13:30 h

Moderadora: María Vicenta Rigo Medrano

67. EL USO DE INDICADORES DE DIAGNÓSTICO Y NOTIFICACIÓN PARA EVALUAR EL CONTROL DE LA TUBERCULOSIS

C.R. Gallardo Quesada, J.D. Calle Barreto, J.G. Cano Montoro, E. Vicente Martínez, E. Noguera Jiménez

Centro de Salud Pública de Alicante; Centro de Salud Pública de Orihuela.

Antecedentes/Objetivos: El retraso en el diagnóstico y en la declaración de los enfermos, son problemas importantes en el control de la Tuberculosis (TB) en Comunidad Valenciana (CV). Objetivo: evaluar la

demora diagnóstica total y la demora de la declaración de los casos de TB, en los Departamentos de Salud 21 y 22.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de cohortes históricas. Población de estudio: casos con TB declarados entre 2007 y 2013. El Departamento 21 (Orihuela) es de gestión pública y el 22 (Torrevieja) de gestión privada; ambos dependen del Centro de Salud Pública de Orihuela. Se calcularon indicadores de diagnóstico y notificación de la Tuberculosis: demora diagnóstica total y demora de la declaración. Fuente de información: Sistema de Información para la vigilancia de las Enfermedades de Declaración Obligatoria. Se realizó un análisis univariante para describir la muestra, con proporción para variables categóricas, y media y desviación estándar para las variables numéricas. Se analizaron las variables principales totales y separadas por departamentos. Se realizó un análisis bivariante para establecer relaciones entre las variables principales por departamentos (mediante la t-Student y la chi cuadrado). Los contrastes de hipótesis fueron bilaterales, con un nivel de significación de 0,05. El análisis estadístico fue realizado mediante el programa SPSS versión 15.0.

Resultados: Se identificaron en total 322 casos de TB (Orihuela 126 y Torrevieja 196); con una media de edad de 41,5 años (DE \pm 18,8); el 59,9% fueron hombres y el 50,5% extranjeros. El análisis por separado de los indicadores de demora analizados entre los dos Departamentos, no mostró diferencias estadísticas significativas. Durante los años estudiados y para toda la población, la media en las demoras fue: demora diagnóstica total 73,5 días (DE: \pm 83,8) y demora de la declaración 8,5 días (DE \pm 23,6). La media de la demora diagnóstica en el año 2007 fue 83,8 días (DE \pm 97) y en 2013, 104,3 días (DE \pm 102,4). La media de la demora de la declaración en el año 2007 fue 13,8 días (DE \pm 33,1) y en 2013, 6,2 días (DE \pm 14,7).

Conclusiones: La demora diagnóstica total fue muy elevada y la demora de la declaración elevada ligeramente, en relación a los estándares aceptados (< de 1 mes y \leq 7 días, respectivamente). El retraso diagnóstico ha aumentado en 2013 con respecto a 2007; mientras que el retraso en la notificación ha tenido un evidente descenso. Debemos aprovechar las oportunidades de mejora que nos ofrecen estos resultados; sobre todo el retraso diagnóstico; además continuar trabajando para mantener en cifras normales el retraso en la notificación.

146. TUBERCULOSIS PEDIÁTRICA EN LA PROVINCIA DE GRANADA: UN RETO PENDIENTE

M.J. Molina Rueda, N. Cabrera Castro, M.A. Onieva García, S. Martínez Diz, M.M. Mochón Ochoa, M.D. Galicia García

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

Antecedentes/Objetivos: En 2012, 530.000 niños enfermaron de tuberculosis (TB) y 74.000 sin VIH murieron por esta causa en el mundo. En la UE, la tasa de TB global muestra una tendencia al descenso. En los niños es más probable la progresión de infección a enfermedad, incluidas las formas graves. Un caso de TB en un niño indica transmisión reciente en la comunidad. Un niño con TB latente representa el reservorio de la enfermedad futura. En España, la tendencia en adultos es descendente, mientras que en niños ha habido oscilaciones y fue en 2012 cuando se observó un claro descenso. En el control de la TB es fundamental conocer qué está pasando con la TB infantil. El objetivo fue estudiar la epidemiología de la TB pediátrica en la provincia de Granada en 2004-13.

Métodos: Estudio de cohortes retrospectivo. Se utilizaron los datos de la declaración individualizada de TB al SVEA de la provincia de Granada durante 2004-13. La definición de caso fue la de la RE-

NAVE. Se consideraron casos de TB pediátrica los comprendidos entre 0-14 años. Se realizó un análisis descriptivo univariante.

Resultados: Entre 2004-13 se declararon 98 TB pediátricas (8,1% del total) en la provincia de Granada. La tasa media fue 7 casos/100.000 hab., superando los 10/100.000 hab. en 2006, 2011 y 2013. La enfermedad afectó por igual a ambos sexos (50%). La localización más común fue pulmonar (82,7%). La edad media fue de 7 años (rango: 1 mes-14 años). La mayoría de pacientes diagnosticados fueron del grupo 0-4 años (55,1%). Presentaban factores de riesgo el 2%. El 37,8% eran inmigrantes. El 75,5% disponía de resultados de cultivo (positivo 36,7%) y el 71,4% de baciloscopia (positiva 2%). El 89,8% finalizó el tratamiento. Las pautas más utilizadas fueron la estándar (67,3%) y la estándar más etambutol (25,5%). De los casos con información sobre resistencias (24,4%), sólo uno fue multirresistente. El 60% estaban relacionados con otro caso o brote.

Conclusiones: Las tasas de TB infantil muestran una tendencia ligeramente ascendente con picos en los años 2006, 2011 y 2013, debido fundamentalmente a la presencia de brotes. Seis de cada diez casos en niños se relacionan con otro caso o brote, lo que pone en evidencia oportunidades de intervención perdidas. La mayoría de los casos de TB pediátrica se diagnostican en menores de 5 años, sugiriendo una infección reciente e indicando que en la población circula la bacteria. Menos de la mitad de los casos están confirmados por cultivo y muy pocos tienen baciloscopia positiva, lo que dificulta el diagnóstico de la TB infantil.

289. MANEJO DE LOS CONTACTOS DE TUBERCULOSIS PULMONAR SEGÚN BACILOSCOPIA

V. García Román, M.S. Cilleruelo Hernández, P. García Shimizu, M.C. Meyer García, M.V. Rigo Medrano

Sección de Epidemiología, Centro de Salud Pública de Alicante; Servicio de Medicina Preventiva, Hospital General Universitario de Alicante; Servicio de Medicina Preventiva, Hospital General de San Juan.

Antecedentes/Objetivos: La tuberculosis pulmonar (TB) es un importante problema de salud, siendo los estudios de contactos (EC) la mejor medida para interrumpir la cadena de transmisión. Describir los EC de casos confirmados bacteriológicamente según resultado de baciloscopia en los departamentos 17 y 19 de Alicante entre 2008-2012.

Métodos: Fuente información; notificaciones en el periodo 2008-2012. Variables: edad, sexo, país de nacimiento, antecedente vacunal, Mantoux, quimioprofilaxis (QMP), relación, riesgo, convertor y diagnóstico. Las TBC se dividen en dos grupos: bacteriológicamente positiva (BP): aislamiento de M. tuberculosis y bacteriológicamente negativa (BN): cuando no se aisló M. tuberculosis. Los BP se dividieron en bacilíferos (BAAR+) y no bacilíferos (BAAR-). Análisis descriptivo y comparativo según BAAR. Se utilizaron proporciones y medias. Para comparar el estadístico z (significación del 95%) Programas utilizados: EpiInfo y Epidat.

Resultados: Nº casos TBC: 236, BP 220 y de éstas, 159 BAAR+ y 61 BAAR-. Nº contactos de BP 1.547 de BAAR+ y 315 de BAAR-. Vacunados 530 (34,2%). Descripción BAAR+: 638 hombres y 578 mujeres; edad: media 33,1, mediana 31 y rango 1 mes-95 años. El 17,5% nacidos fuera de España. Vacunados 418 (33,9%). Primer Mantoux \geq 5 mm: 471 (40,4%), media 15,6 mm y mediana 15 mm (rango 5-40). Segundo Mantoux \geq 5 mm: 90 (18,8%), media 12,3 mm y mediana 11 mm (rango 5-30). Riesgo alto 31,9%, medio 27,1%, bajo 41,0%. Relación familiar 46,5% (74,3% de riesgo alto), empresa 27,4% (19% de riesgo alto). Diagnóstico: 17 enfermos y 435 infectados. Convertores 42. Recomendación QMP 518 (completa 53,3%) Abandonos EC: 18,75%. Descripción BAAR-: 138 hombres y 171 mujeres; edad, media

36,4, mediana 36 años. Rango 1-90 años. El 20,6% nacidos fuera de España. Vacunados 112 (35,5%) Primer Mantoux ≥ 5 mm: 113 (40,3%), media 15,5 mm y mediana 15 mm (rango de 5 a 54). Segundo Mantoux ≥ 5 mm: 23 (18,4%), media 11,4 mm y mediana 11 mm (rango de 5 a 21). Riesgo alto 41,6%, medio 23,4% y bajo 34,7%. Relación familiar 84,4% (90,7% riesgo alto), empresa 7,7% (7% de riesgo alto). Diagnóstico: 2 enfermos y 106 infectados. Convertidores 9. Recomendación QMP 97 (cumplimentación 45,4%) Abandonos del EC: 19,68%. Se encontraron diferencias significativas ($p < 0,05$) en relaciones y riesgo así como en edad.

Conclusiones: La gestión de EC es similar en ambos grupos. Los contactos de BAAR- son mayores en edad. Los contactos con riesgo alto y relación familiar son más frecuentes en BAAR-. El número de contactos laborales es mayor en los BAAR+.

473. DEMORA DIAGNÓSTICA EN LA TUBERCULOSIS PERIODO 2004-2013. CARACTERÍSTICAS BÁSICAS

A.M. Míguez Santiyán, J. Bayo Gimeno, L.R. Ciancotti Oliver, L. Repullés Giménez, V. Zanón Viguer, A. Salazar Cifre

Servicio de Medicina Preventiva, Hospital Universitario Dr. Peset; Sección de Epidemiología, Centro de Salud Pública de Valencia.

Antecedentes/Objetivos: El retraso diagnóstico de la tuberculosis (TBC) incrementa su severidad y mortalidad además de favorecer que personas recientemente infectadas lleguen a ser reservorios de futuros nuevos casos. Evitar su propagación requiere mantener un alto índice de sospecha diagnóstica, aislamiento respiratorio precoz y rápido inicio de tratamiento. El retraso diagnóstico puede deberse tanto al paciente como al sistema sanitario, cuantificarlo desde esta perspectiva constituye el objeto de este trabajo.

Métodos: Diseño de Vigilancia de Salud Pública: longitudinal, descriptivo y retrospectivo de Incidencia Acumulada (IA). Fuente: Registros automatizados de encuestas epidemiológicas 2004-2013, búsqueda activa de casos y resultados de Red Microbiológica. Se definió Demora con los criterios de Altet et al (2003). Los resultados muestran proporciones y medias, las desproporciones y diferencias fueron contrastadas mediante pruebas no-paramétricas y paramétricas, respectivamente. La estratificación permitió precisar diferencias y sesgos.

Resultados: Se identificaron 2.639 casos de los que se confirmaron 2.027 (76,81%). A lo largo del periodo la IA varió de 30 a 20 casos por cien mil habitantes. En 1744 casos (86% del total) se pudo estimar la demora total (DT), la media de 63,23 días (DE 73,77) y mediana de 38. Destaca el aumento de DT en función de la edad, 21,37 días en menores de 15 años a 78,11 días grupo 55-64 años. Detectamos en la edad un "sesgo de adelantamiento" en ancianos. El mayor retraso total se observó en las formas osteoarticulares (120,19 días) y genitourinarias (97,92 días), el menor en las meningéas (29,20 días), la pulmonar una media de 62,58 días. La demora diagnóstica atribuible al Sistema Sanitario (DSS) es superior en mujeres que en varones ($p = 0,017$), los pacientes autóctonos fueron diagnosticados con 23,71 días de demora frente a 18,43 días de los extranjeros ($p = 0,007$). En la demora atribuible al paciente (DP) no existen diferencias significativas en términos globales por razón de sexo o de origen nacional.

Conclusiones: Nuestra media de DP fue superior a la media de DSS, aspecto que encontramos también en los estudios referidos a España pero no así en los realizados en Noruega y Francia donde la DSS es mayor que la atribuible al paciente. Las diferencias significativas entre grupos de edad resultan lógicas al combinarse efectos naturales, juventud, salubridad, etc., con efectos sociales, limitaciones de la legislación laboral y protección social que reducen la accesibilidad al sistema o una auto-limitación del enfermo para solicitar atención dada la reducción de su cobertura y salario.

493. DIEZ AÑOS DE VIGILANCIA DE LA TUBERCULOSIS. DIFERENCIAS AUTÓCTONOS VS EXTRANJEROS

A.M. Míguez Santiyán, J.L. Chover Lara, M.J. Borrás Moliner, V. Zanón Viguer, A. Salazar Cifre

Servicio de Medicina Preventiva, Hospital Dr. Peset; Sección de Epidemiología, Centro de Salud Pública de Valencia.

Antecedentes/Objetivos: El fenómeno inmigratorio ha provocado un cambio sustancial en la dinámica de la tuberculosis (tbc). Sin embargo la tasa de incidencia de tbc en España disminuyó de 17,96 casos por 100.000 habitantes en 2003 a 13,10 casos en 2012 mientras que el porcentaje de extranjeros pasó de 6,26% a 11,2%. Es nuestro objetivo cuantificar la incidencia de tbc considerando el impacto del fenómeno inmigratorio y establecer un patrón diferencial de población extranjera y autóctona.

Métodos: Diseño: longitudinal retrospectivo; ámbito poblacional: ciudad de Valencia; casos de tbc de 2003 a 2012 validados con la definición de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Se calculó la Incidencia Acumulada Anual (IA) con denominador del padrón. Variables: edad, sexo, nacionalidad; patología asociada: alcoholismo, coinfección VIH, uso de drogas vía parenteral (UDVP), diabetes y neoplasia; forma de presentación, hospitalización y resultado de baciloscopia (Bk). Las proporciones fueron estimadas y contrastadas con test no-paramétricos; las variables cuantitativas ajustadas a su media se contrastaron con pruebas paramétricas. La estimación de riesgo se calculó con OR e intervalos de confianza al 95%.

Resultados: Notificados 2.067 casos, confirmados 1667: 37,2% extranjeros, 62,8% autóctonos. Edad media extranjeros: 32,29 años (DE 11,33) y españoles 44,89 (DE 22,26) ($p < 0,001$). Razón hombre/mujer 1,72 extranjeros, 1,66 autóctonos. La IA se mantuvo entre 10 y 20 casos \times 100.000 en autóctonos; en inmigrantes creció hasta 90×100.000 en 2008 y posteriormente se situó entre 50 y 60×100.000 . El país de origen con mayor número de casos es Bolivia: 114 (18,39%) seguido de Rumanía: 90 (14,52%), Ecuador. 77 (12,42%) y Pakistán 43 (6,93%). El 39,5% extranjeros fue Bk+ frente 29,2% autóctonos, OR: 1,58 (IC95% 1,27-1,97). Hospitalización 1,56 veces más frecuente en extranjeros (OR: 1,56 IC95%, 1,25-1,96). Por contra factores de riesgo: VIH+, consumo de alcohol, UDVP, diabetes y neoplasia se asociaron a la condición de autóctono.

Conclusiones: La inmigración muestra un patrón caracterizado por elevada incidencia en adultos jóvenes varones, presentados como casos aislados con Bk+ y demanda de hospitalización; origen más probable: Bolivia, Pakistán, Ecuador y Marruecos. En contra de opiniones extendidas, VIH, consumo de alcohol y otras patologías que acompañan a la tbc son patrón de la población autóctona. Cabe recomendar la atención sanitaria y control terapéutico/preventivo de los convivientes de los inmigrantes con tbc sin restricción administrativa, no sólo por razones morales sino porque, como todo paciente de tuberculosis, constituyen una fuente de infección para ambas comunidades.

584. ANÁLISIS EPIDEMIOLÓGICO DE FACTORES PREDISPONENTES PARA ABANDONO DE TRATAMIENTO DE TUBERCULOSIS

A. Gutiérrez Armesto, E. Briones Pérez de la Blanca, M. Maure Rico, M. Cortés Majo, P. Nieto Cervera

Hospital Universitario Virgen del Rocío; Distrito de Atención Primaria de Sevilla; Hospital de Valme.

Antecedentes/Objetivos: La tuberculosis es un problema de salud pública aún tras los esfuerzos realizados y los avances conseguidos. La incidencia en países de la Región Europea de la OMS en 2011 fue 34 casos/10⁵ habitantes. En España se estima que puede llegar al 30%.

En Sevilla se ha mantenido estable incluso con alguna tendencia al aumento en los últimos años. La asociación entre factores socioeconómicos y tuberculosis es clara y evidente, siendo los grupos poblacionales con peores condiciones de vida los que presentan mayor riesgo de padecerla y de presentar peores resultados en cuanto a adherencia y cumplimiento del tratamiento.

Métodos: Estudio longitudinal retrospectivo de casos de tuberculosis con algún factor de riesgo, observación o situación especial notificada y predisponente para no terminar el tratamiento registrados en el Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVEA) desde 1/1/2008-31/12/2013. De la base de datos inicial se elaboró una segunda recodificando cada posible factor predisponente a un bajo cumplimiento del tratamiento. Se construyó una tercera base completada con los datos de DIRAYA (historia digitalizada de primaria) y SIDCA (historia hospitalaria). Se hizo un análisis descriptivo, bivariable y una regresión lineal de las variables más significativas con el programa SPSS.

Resultados: Se han analizado 138 casos. La media de edad ha sido 46,8 años (DE 10.228), 86,2% hombres y 94,2% españoles. El 62,3% de los pacientes ha finalizado el tratamiento. El incumplimiento fue previsible en el 29,7% de ellos. Los factores médicos de riesgo más frecuentes encontrados fueron: drogas 56,5%, alcohol 55,1%, VIH/SIDA 40,6% y los sociales: indigente y vivir solo. Los factores médicos relacionados con el incumplimiento previsto han sido: cumplimiento irregular de tratamiento para VIH, antecedente de abandono de tratamiento de tuberculosis y alcoholismo y de los factores sociales: la indigencia y vivir solo. El 18,8% ha fallecido durante el tratamiento. Al cierre del estudio, había muerto un 16,7% más.

Conclusiones: Determinados factores de riesgo, médicos o sociales se relacionan con una mayor probabilidad de abandono de tratamiento de la tuberculosis. Estos factores se registran en SVEA, sin embargo se comprueba que existe una infranotificación de éstos al revisar las historias clínicas digitalizadas de los pacientes. Sería recomendable una vigilancia epidemiológica especial sobre el colectivo con estos factores al ser más proclives a abandonar el tratamiento para que esto no suceda.

862. RETRASO EN EL DIAGNÓSTICO DE LA TUBERCULOSIS. FACTORES ASOCIADOS

A.M. Míguez Santiyán, L.R. Ciancotti Oliver, P. Mañes Flor, M. Melero García, E. Giner Ferrando, L. Soriano Llinares, I. Julve Negro, A. Salazar Cifre

Servicio de Medicina Preventiva, Hospital Dr. Peset; Sección de Epidemiología, Centro de Salud Pública de Valencia; Servicio de Medicina Preventiva, CHGV.

Antecedentes/Objetivos: La probabilidad de transmisión de la tuberculosis (TBC) depende de la carga bacteriológica de la fuente, del tiempo entre síntomas-diagnóstico-tratamiento y del tiempo de exposición en el entorno del caso. El objeto de este trabajo ha sido estimar esta probabilidad y su relación con los componentes clásicos de la demora diagnóstica.

Métodos: Diseño de Vigilancia de Salud Pública: longitudinal descriptivo y retrospectivo de Incidencia Acumulada (IA) y características de los pacientes y su proceso. Fuente: Registros automatizados de encuestas epidemiológicas del periodo 2004-2013 en la ciudad de Valencia, búsqueda activa de casos y resultados de Red Microbiológica. Se definió Demora con los criterios de Altet (2003) incluyéndose solo los casos que cumplieran todas las definiciones. Se aplicó un modelo de regresión de Cox estimando las razones de ventaja asociadas a la demora diagnóstica total y su representación mediante Kaplan-Meier.

Resultados: Analizamos 1.557 casos confirmados de TBC. Destacan los resultados relacionados con la edad, el grupo infantil (< 15 años)

es diagnosticado 2,9 veces antes que el resto de categorías (IC95%: 2,031-4,153; $p < 0,001$). Las diferencias por género solo se observaron en las demoras extremas. Las localizaciones de menor demora fueron la pleural (Exp.B: 1,27, $p < 0,039$) y la meníngea (Exp.B 2,39, $p < 0,014$) y las osteoarticulares las mayores (Exp.B: 0,617, $p < 0,011$). La condición inmigrante redujo la demora diagnóstica (Exp.B: 0,831, $p < 0,001$) así como la condición infectado VIH (Exp.B: 0,728 $p < 0,001$). La probabilidad de diagnóstico y tratamiento, de un enfermo menor de 15 años en nuestro territorio la estimamos en 15 días, frente a los 58 días para toda la población que sigue un patrón de crecimiento con la edad. La curva de probabilidad pone de manifiesto que el control definitivo de los casos de tuberculosis en nuestra ciudad requiere hasta 400 días.

Conclusiones: La diferencia observada entre la estimación individual y la observación global es el espacio para el diseño de opciones de mejora del proceso y su gestión. La localización condiciona también la probabilidad de diagnóstico y tratamiento. Las formas meníngeas de rápida resolución, las formas osteoarticulares de demora total elevada y las formas pulmonares que abarcan todas las probabilidades temporales hasta alcanzar los 450 días. De los resultados podemos inferir que la TBC en sus formas transmisoras presenta demoras excesivas para un control operativo y preventivo que solo resulta eficaz en los niños, infectados por VIH e inmigrantes, incrementándose los tiempos diagnósticos con la población general adulta.

852. VENTAJAS DE EVALUAR LA SENSIBILIDAD DEL SISTEMA DE VIGILANCIA DE LA TUBERCULOSIS EN UN HOSPITAL

G. de las Casas Cámara, M.D. Martín Ríos, F.J. Valverde Cánovas, A. Aragón Peña, L. Rubio Cirilo, G. Rodríguez Caravaca

Hospital Universitario Infanta Elena; Hospital Universitario Rey Juan Carlos; Hospital Universitario Fundación Alcorcón; Centro Salud Pública Área 8 de la Comunidad de Madrid.

Antecedentes/Objetivos: Para fortalecer los sistemas de vigilancia (SV) de tuberculosis (TB) la OMS recomienda estudios de captura y recaptura (CR) para evaluar la infranotificación. Sin embargo, los estudios revisados a distinto nivel geográfico no incorporan varias recomendaciones de mejora de la validez, detectándose inconsistencias en importantes estudios internacionales de nivel nacional por dificultad en depurar falsos positivos (FP) y de recolección de variables para estratificar, vulnerando asunciones del CR. Dado que el nivel asistencial preferente de la TB es el hospital, con registros accesibles, se propuso un estudio hospitalario para evaluar la sensibilidad de la notificación EDO de TB, elaborado por un Servicio de Medicina Preventiva (MP) que realizaba búsqueda activa de casos, además de incorporar los comunicados por los Servicios Clínicos y de Microbiología.

Métodos: Estudio descriptivo. Casos incidentes de TB registrados por Microbiología, CMBD y EDO durante 2003-2009. Variables: nhC, sexo, origen, capacidad de contagio, localización, edad, notificador principal. Se estimó la sensibilidad basada en CR con regresión log-lineal de tres fuentes. Se incorporaron recomendaciones de Hook y Regal no encontradas en otros estudios, en cuanto a: motivos de depuración de FP; modelo de dependencia basado en el conocimiento de las fuentes y CR de dos fuentes; variables recogidas para estratificación y estimación de la sensibilidad sobre el total obtenido por la variable más discrepante; y a realizar CR según definiciones de caso y limitaciones de captura de los registros. La proximidad al acto notificador permitió estudiar la contribución de los servicios a la EDO y cuantificar la búsqueda activa de MP.

Resultados: Se incluyeron finalmente 316 casos, 273 registrados en EDO, 264 en Microbiología y 216 en CMBD. El modelo escogido fue "CMBD independiente de EDO". La estratificación identificó la edad como modificador de la notificación. La sensibilidad global de EDO estimada sobre el total de casos estimados por los estratos etarios fue del 77%. La contribución a la notificación fue del 31% por parte de los Servicios Clínicos, del 40% por Microbiología y del 29% por la búsqueda activa de MP, que representó 17 puntos porcentuales del total de la sensibilidad.

Conclusiones: La accesibilidad a las fuentes hospitalarias permitió seguir varias recomendaciones de Hook y Regal para minimizar errores sistemáticos y de mala especificación en el análisis que no se encontraron en otros estudios así como conocer la contribución de los notificadores y componente activo del SV.

438. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ATENÇÃO À TUBERCULOSE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO BRASIL

A.A. Coêlho, C.S. Martiniano, M.B. Sousa, A.F. Silva, R.M. Maroto, V.C. Silva, P.M. Rocha, T.X. Pinheiro, S.A. Uchôa

Universidade Federal do Rio Grande do Norte; Universidade Estadual da Paraíba.

Antecedentes/Objetivos: A tuberculose, uma emergência global, é um dos graves problemas de saúde pública do mundo. É notório fragilidades no acesso e na qualidade na atenção à Tuberculose na atenção primária brasileira, sendo importante a realização de processos avaliativos da prestação dos serviços e ações. Na avaliação da qualidade dos serviços de saúde consideram-se as dimensões: estrutura, processo e resultado. Pretende-se nesse estudo avaliar a estrutura e o processo da atenção à tuberculose nas equipes de atenção primária em saúde.

Métodos: Pesquisa avaliativa, observacional transversal, recorte de uma pesquisa multicêntrica intitulada Avaliação Externa, realizada pelo Ministério da Saúde no contexto do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. Foram aplicados 12.656 questionários aos profissionais das equipes com registro de casos de tuberculose no território. As variáveis foram categorizadas em acesso organizacional, coordenação do cuidado e qualidade técnica da atenção. Realizou-se a análise descritiva das variáveis com cálculo de medidas de tendência central, agrupada segundo estratificação dos Municípios.

Resultados: Entre as equipes com registro de casos de TB 28,3% estão concentradas nos municípios agrupados no estrato 6. No acesso organizacional nas equipes avaliadas verifica-se que 50% dos usuários esperam 30 minutos para atendimento; em 67,8% o tempo de máximo de agendamento de consulta é no mínimo 7 dias; Em 57,4% não existe programação de consultas e ações para usuários com problemas respiratórios crônicos; entre as que programam consultas 32,6% encontra-se no estrato 6. Na avaliação da coordenação da atenção verifica-se que 75,4% possuem protocolo com diretrizes terapêuticas para tuberculose; entre os estratos, a menor e a maior proporção de equipes com protocolo para tuberculose estão nos municípios dos estratos 1 e 6, respectivamente. Quanto à qualidade técnica, 82,4% realizavam a observação direta do tratamento, estando a maioria (30,5%) no estrato 6. Em 93,18% há busca ativa de faltosos e a maioria (31,4%) está concentrada no estrato 6. Em 60,5% há oferta de ações educativas e de promoção da saúde; a maior frequência de oferta encontra-se estrato 6. Em 82% o Agente Comunitário Saúde realizava a Busca ativa de sintomáticos respiratórios durante a visita domiciliar.

Conclusiones: Em relação à qualidade da atenção a tuberculose na atenção primária percebe-se um bom desempenho das equipes, sobretudo naquelas concentradas no estrato 6, apesar das fragilidades verificadas em alguns aspectos estruturais avaliados.

829. GRIPE Y VRS: SERIES TEMPORALES

A.M. Míguez Santiyán, A. Iftimi, F. Montes Suay, J.M. Marín, M. Martín-Sierra, A. de la Encarnación, S. Guiral, F. González-Morán

Hospital Universitario Dr. Peset; Departamento de Estadística, Universitat de Valencia; Servicio de Vigilancia Epidemiológica DGSP, Conselleria de Sanitat.

Antecedentes/Objetivos: Aunque año tras año puede variar la intensidad y el tiempo de transmisión de los virus respiratorios, existe siempre un cierto grado de predictibilidad la cual se presenta especialmente en zonas de clima templado con estación de invierno claramente definida. Objetivo: cuantificar la potencial relación entre la actividad del Virus Respiratorio Sincitial (VRS) con respecto a la de la gripe, de manera que el pico de la curva correspondiente al máximo de actividad de VRS, nos sirva como predictor del comportamiento del virus influenza.

Métodos: A lo largo del periodo 2010–2014 se notificaron al programa de Análisis de Vigilancia Epidemiológica 239.321 casos de gripe (gn) y se registraron en la Red de Vigilancia Microbiológica de la Comunitat Valenciana un total de 5.112 casos de VRS. La relación entre ambas series se corroboró mediante su función de correlación cruzada (CCF). A los 177 registros semanales se ajustó un modelo AR-MAX de series temporales, introduciendo como regresores los retardos 4 a 7 del VRS. El ajuste se llevó a cabo excluyendo las 6 últimas semanas (172 a 177), cuya predicción mediante los modelos que se ajustan permite valorar su comportamiento.

Resultados: El modelo ajustado, un AR (2) con los regresores citados, es un buen modelo pues todas las covariables incluidas en el mismo presentan significación estadística ($p < 0,05$) y sus errores son compatibles con un ruido blanco como muestran sus funciones de autocorrelación y autocorrelación parcial. Para las semanas 172, 173 y 174, el número de casos de gripe observados fue de 5.638, 7.309 y 6.943 respectivamente y las predicciones correspondientes fueron: para la semana 172: 6.178 casos IC95% (5.108-7.249), para la 173: 7.019 casos IC95% (5.104-8.935) y para la 174: 7.780 casos, IC95% (5.285-10.275). Estas predicciones son bastante óptimas y sus intervalos de confianza contienen al valor real. A partir de la semana 175 los valores predichos de casos de gripe sobreestiman los realmente observados con intervalos de confianza cuya amplitud aumenta a medida que crece el horizonte de predicción. Se ajustó un modelo análogo de series temporales al grupo de población de 0 a 4 años y obtuvimos resultados similares a los reflejados en la población general.

Conclusiones: El objetivo perseguido se ha conseguido puesto que se logran predicciones aceptables a partir de valores del VRS con un mínimo de 4 semanas de antelación (vrs4 a vrs7), estas predicciones son particularmente buenas para las 3 primeras semanas (172 a 174) aunque su calidad empeora con la distancia.

308. ESTIMACIONES TEMPRANAS DE LA EFECTIVIDAD DE LA VACUNA ANTIGRIPEAL COMO APROXIMACIÓN A SU EFECTO PROTECTOR

S. Jiménez-Jorge, S. de Mateo, C. Delgado-Sanz, F. Pozo, A. Larrauri

Centro Nacional de Epidemiología/CIBERESP (ISCIII).

Antecedentes/Objetivos: La disponibilidad de estimaciones tempranas de la efectividad de la vacuna antigripal (EV) permite la puesta en marcha de medidas alternativas de prevención para los grupos de riesgo, así como su contribución en la reunión de la OMS para la selección de las cepas vacunales de la próxima temporada. Es importante determinar el grado de concordancia entre las estimaciones tempranas (Et) y finales (Ef), para que los resultados previos de EV puedan considerarse como una aproximación válida del efecto protector de la vacuna en una temporada de gripe. El objetivo fue comparar las Et y

Ef de la EV en España en el periodo 2010-2014 con el estudio cycEVA y con el sistema centinela de vigilancia de la gripe en España (ScVGE).

Métodos: Mediante 2 estudios de casos y controles con un diseño test-negativo (cycEVA y ScVGE) se compararon las estimaciones ajustadas de Et (en el pico de la onda epidémica) y Ef (a final de temporada) obtenidas a tiempo real con cycEVA, y retrospectivamente con ScVGE, en el periodo 2010-2014. Se realizó un análisis de sensibilidad por tipo/subtipo de virus y para los grupos recomendados para vacunación (elegibles).

Resultados: Las características de los pacientes incluidos en las Et y Ef fueron similares en la temporada 2012/13. El porcentaje de elegibles fue mayor en las Ef para 2010/11 (27% vs 23%, $p < 0,05$) y 2011/12 (26% vs 22%, $p < 0,01$), así como el porcentaje de > 64 años (11% vs 8%, $p < 0,05$) y la cobertura vacunal (13% vs 10%, $p < 0,05$) en 2011/12. No se encontraron diferencias significativas entre las Et y Ef con variaciones en los valores del 4-11% con el estudio cycEVA y 3-9% con el ScVGE para toda la población. Para los grupos elegibles, las estimaciones oscilaron entre 2-30% (cycEVA) y 6-11% (ScVGE). En general, las Et puntuales fueron superiores a las Ef frente a todos los virus y frente a virus específicos de gripe con cycEVA y ScVGE. En la temporada 2012/13 se observó la mejor concordancia entre las Et, 59% (IC95%: 19-79), y Ef, 63% (IC95%: 41-77).

Conclusiones: La Et y Ef de EV fueron similares en cuatro temporadas de gripe con los estudios cycEVA y ScVGE. Las diferencias entre la Et y Ef podría explicarse por diferencias en las características de la población de estudio así como por el patrón de circulación viral y/o inmunidad de la vacuna. Se recomienda seguir ofreciendo estimaciones tempranas de EV en España ya que es un buen indicador del efecto protector de la vacuna y, por lo tanto, una información de utilidad para las autoridades sanitarias y el Comité de selección de cepas de la OMS.

Financiación: El proyecto cycEVA ha sido financiado por el ECDC desde 2008 hasta diciembre de 2012 [ECDC tender OJ/2007/07/30-PROC/2007/015], por el Programa de Investigación de la nueva Gripe A(H1N1) del Instituto de Salud Carlos III, hasta marzo de 2013, por el CDC norteamericano vía la Oficina Europea de la OMS hasta septiembre de 2013, por Epiconcept hasta febrero de 2014 y por Laboratorios Farmacéuticos ROVI, S.A. hasta febrero de 2015 (GR09/0017).

Desigualdades de género e inmigración (Oral 10 minutos)

Jueves, 4 de septiembre de 2014. 11:30 a 13:30 h

Moderador: Andrés Agudelo Suárez

98. CONTINUIDAD LABORAL AL AÑO DESPUÉS DEL PARTO: ¿EXISTEN DIFERENCIAS ENTRE TRABAJADORAS AUTÓCTONAS E INMIGRANTES?

D.A. Sierra Cardoso, P. Corpas Arenas, J.M. Martínez Martínez, F. Ballester, M. Estarlich, A.M. García, E. Ronda, F.G. Benavides

Centro de Investigación en Salud Laboral (CISAL), Universitat Pompeu Fabra (UPF); CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP); Instituto de Investigación Sanitaria IMIM Parc Salut Mar; FISABIO-Salud Pública; Universitat de València; Universidad de Alicante.

Antecedentes/Objetivos: Analizar la influencia del estatus migratorio sobre la continuidad laboral un año después del parto.

Métodos: Estudio basado en la cohorte INMA Valencia, entre las que se seleccionaron aquellas que se encontraban trabajando o de baja por enfermedad en la semana 12ª de gestación y que se tuvieron datos sobre su continuidad laboral un año después del parto ($n = 493$). Para evaluar la influencia del estatus migratorio nacida en España (autóctona) o no (inmigrante) sobre la continuidad laboral, se aplicó un modelo de Poisson y se calculó el riesgo relativo crudo (RRc) y ajustado (RRa) por la edad, clase social ocupacional familiar, jornada laboral, tipo de contrato y horario de trabajo tomando como referencia las inmigrantes.

Resultados: El 81,3% de las mujeres autóctonas en la muestra ha continuado trabajando al año del parto, mientras que solo 72,7% de las mujeres inmigrantes continuaron. Esta diferencia no fue estadísticamente significativa en el análisis crudo (RRc = 1,46; IC95%: 0,87-2,4) y ajustado (RRa = 1,00; IC95%: 0,57-1,77).

Conclusiones: Los resultados muestran que el estatus migratorio no influye sobre la continuidad o no de trabajar después del parto. Es necesario seguir estudiando esta relación teniendo en cuenta los efectos de los mecanismos de protección social (baja maternal), dada la relación que la continuidad laboral de la madre parece tener sobre el desarrollo evolutivo del niño.

547. DIFERENCIAS EN LA EXPOSICIÓN A JORNADAS LABORALES LARGAS EN LATINOAMERICANOS EN ESTADOS UNIDOS Y ESPAÑA

S. Conway, A. Cayuela, L. Pompeii, J. Delclos, E. Ronda

The University of Texas Health Sciences Center at Houston, School of Public Health; Grupo de Investigación en Salud Pública, Universidad de Alicante; Centro de Investigación en Salud Laboral (CISAL), Universidad Pompeu Fabra.

Antecedentes/Objetivos: Varios estudios han señalado el efecto que las largas jornadas de trabajo tienen en la salud (salud autopercibida, enfermedades cardiovasculares, musculoesqueléticas, lesiones por accidentes, salud mental, entre otros). Estos efectos se atribuyen a un mayor tiempo de exposición a factores de riesgo laboral y menos oportunidades para el descanso. El estatus migratorio se ha asociado a esta condición de empleo. Este estudio compara la prevalencia de exposición de trabajadores nativos e inmigrantes latinoamericanos en Estados Unidos (EU) y España usando muestras representativas. Ambos países son los destinos preferentes de inmigrantes procedentes de América Latina.

Métodos: Los datos proceden de la VII Encuesta de Condiciones de Trabajo de España ($n = 8.068$ nativos/351 inmigrantes) y del Estudio Panel de Dinámica de Ingresos de EU ($n = 9.369/556$) en 2011. La variable explicativa es el estatus migratorio: inmigrante latinoamericano-nativo. Las covariables incluidas: sociodemográficas (edad, sexo, educación), ocupacionales (tipo de trabajo, número de trabajadores, actividad económica, clase social ocupacional). La variable resultado: horas de trabajo semanales ($\leq 40 / > 40$). Se han estimado prevalencias y Odds Ratio crudos y ajustados por todas las variables y considerando nativos como referencia (ORa).

Resultados: En el conjunto de trabajadores, la prevalencia de exposición a > 40 horas de trabajo más altas se presenta en EU en nativos, 32,9%. En inmigrantes fue 29,5%. No se observan diferencias en ambos grupos de trabajadores: ORa = 0,85 (IC95% 0,66-1,10). En España, la prevalencia de exposición fue más alta en inmigrantes (25,0%) que en nativos (21,3%), observándose diferencias significativas: ORa = 1,57 (IC95% 1,21-2,05) en ambos grupos.

Conclusiones: Las diferencias en la prevalencia entre los dos países y por estatus migratorio dentro de los países pueden ser el resultado de las condiciones económicas y laborales, y también de diferencias culturales en los patrones de trabajo.

837. FACTORES DE VULNERABILIDAD SOCIAL ASOCIADOS A LA POTENCIAL ADQUISICIÓN DE VIH/SIDA ENTRE MIGRANTES MAYAS DE YUCATÁN (MÉXICO) Y SUS PAREJAS

R. Quintal, E. Alvizo, A. Corma

Universidad Autónoma de Yucatán; Servicio de Medicina Preventiva, Hospital Universitario San Cecilio.

Antecedentes/Objetivos: Migración, etnicidad y género conforman elementos de vulnerabilidad social y constituyen un escenario propicio para la aparición de patologías como el VIH/SIDA. La marginación y el rezago que viven los municipios del interior del estado de Yucatán, han intensificado el fenómeno migratorio como estrategia de supervivencia. El objetivo del trabajo fue explorar los factores de vulnerabilidad (marginación, conocimientos, sistemas de creencias y prácticas socioculturales, étnicas y de género) asociados a la potencial adquisición del VIH/SIDA entre hombres migrantes y sus parejas, provenientes de municipios yucatecos de alta marginación.

Métodos: Se trata de un estudio descriptivo-transversal para el que se diseñó y aplicó la "Encuesta de Identificación de Factores Vulnerabilidad y Prácticas Sexuales de Riesgo asociados al VIH/SIDA y Migración en población Maya" a 114 hombres migrantes y a 78 mujeres cuyas parejas migrantes viajan a trabajar fuera de las comunidades. Las variables analizadas han sido: acceso a servicios de salud, conocimientos sobre VIH/SIDA, prácticas sexuales de riesgo, uso del condón y causas. Se realizó un análisis univariante mediante el SPSS v. 18.0.

Resultados: El 98,7% de las mujeres encuestadas tenían acceso a servicios de salud. El 87,2% poseía algún conocimiento sobre VIH/SIDA. El 75,6% identificó el contacto sexual como principal vía de transmisión. El 85,9% percibió que había mayor riesgo de adquisición de VIH entre hombres que migraban a trabajar fuera de la comunidad, situación que no se traducía en mayor autocuidado, al no considerar necesario el uso de protección por creer el 96,2% de ellas en la fidelidad de sus parejas. El 87,2% tenía alguna información sobre el preservativo, no obstante sólo 10,3% lo utilizaba. Entre los hombres, el 18,4% reconoció tener relaciones sexuales en escenarios migratorios, y el 46,6% fueron no protegidas por la apariencia "sana" de estas parejas y la confianza depositada en ellas. Sólo un 25,3% utilizó siempre el condón con su pareja de la comunidad de origen. Un 75% reconoció que el preservativo previene la adquisición de ITS.

Conclusiones: Las construcciones de género se materializan en prácticas de poder y toma de decisiones desiguales en el ámbito de la sexualidad. Las mujeres parejas de migrantes no perciben el riesgo en sus personas, producto de la idea de amor romántico basado en la fidelidad mutua y la confianza en la pareja. Además están en desventaja para negociar el uso del preservativo con sus parejas. La migración, la pertenencia al pueblo maya y el género se entretienen como factores de vulnerabilidad para la potencial adquisición del VIH/Sida.

205. EXPOSICIÓN A FACTORES PSICOSOCIALES EN EL TRABAJO: CAMBIOS ENTRE ESPAÑOLES Y EXTRANJEROS DURANTE LA RECESIÓN ECONÓMICA (2007-2011)

I. Torá-Rocamora, J.M. Martínez, J. Campos, F.G. Benavides, E. Ronda

Centro de Investigación en Salud Laboral (CiSAL), Universitat Pompeu Fabra; Servicio de Epidemiología y Evaluación, Parc de Salut Mar; CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP); Área de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad de Alicante.

Antecedentes/Objetivos: Diferentes estudios han mostrado los efectos sobre la salud de las crisis económicas centrándose mayoritariamente en el efecto del desempleo, y en contexto de población general o atención primaria. Sin embargo, existe un limitado conocimiento sobre los cambios en la exposición en las condiciones de tra-

bajo de los trabajadores que continúan con su empleo y en particular en grupos vulnerables como los inmigrantes.

Métodos: Este estudio se basó en la VI (2007) y VII (2011) Encuestas Nacionales de Condiciones de Trabajo (n = 10.402 y n = 8.438, respectivamente). Las principales variables explicativas fueron la nacionalidad (inmigrante o español) y el año de la encuesta. Se consideró la edad, educación, actividad económica, situación laboral y clase social. Los análisis se estratificaron por sexo. Las variables dependientes fueron los factores psicosociales: demanda del trabajo, control del trabajo, apoyo social, exigencias físicas y percepción de inseguridad en el empleo. Se estimó la prevalencia (P) de exposición a factores psicosociales adversos para cada año y nacionalidad según sexo. Se calculó la prevalencia relativa ajustada (PRa) e intervalos de confianza al 95% (IC95%) tomando como referencia los españoles del 2007.

Resultados: La proporción de inmigrantes fue aproximadamente del 13% en 2007 y 9% en 2011. Las mayores prevalencias de alta demanda se encontraron en los españoles en 2011 (PHombres = 57,5% y PMujeres = 57,6%). La exposición a bajo control y alta exigencia física fue más alta en hombres inmigrantes de 2007 (61,2% y 66,0%, respectivamente) y para el bajo apoyo social en mujeres también en 2007 (56,2%). Las mayores prevalencias se dieron en el alto riesgo de pérdida de empleo en 2011 tanto en españoles (PHombres = 50,7% y PMujeres = 50,2%) como inmigrantes (PHombres = 61,1% y PMujeres = 67,5%). La dirección de los resultados no se modificó en el análisis ajustado encontrándose de nuevo las mayores prevalencias en la pérdida de empleo sobretodo en inmigrantes en 2011 (PRaHombres = 2,7, IC95% 2,4-3,0; PRaMujeres = 2,6, IC95% 2,4-2,9).

Conclusiones: Con la crisis económica coincide un incremento del riesgo de perder el empleo, tanto en españoles como inmigrantes, así como una disminución del apoyo social y aumento de demanda física en inmigrantes. Estos resultados pueden explicar el incremento en la percepción de peor salud autopercebida y mental observado en otros estudios.

730. LA MEDICIÓN DEL TRABAJO REPRODUCTIVO EN LA INVESTIGACIÓN SOBRE DESIGUALDADES DE GÉNERO EN SALUD

S. Titos Gil, F. Munuera Giner, M.I. Sánchez-Mora Molina, A.M. Torres Cantero

Consejería de Sanidad y Política Social de la Región de Murcia; Delegación del Gobierno en la Región de Murcia; Departamento de Sociología y Política Social, Universidad de Murcia; Departamento de Ciencias Sociosanitarias, Universidad de Murcia.

Antecedentes/Objetivos: La investigación sobre desigualdades de género en salud ha experimentado un notable desarrollo a lo largo de las últimas décadas. Entre los temas que mayor atención ha recibido se encuentra el impacto en la salud del trabajo doméstico-familiar, que sigue estando distribuido de manera ampliamente desigual entre mujeres y hombres. Los resultados de la investigación al respecto no son convergentes, hecho que podría estar relacionado con las diferentes formas en que se aborda la medición del trabajo reproductivo. El objetivo de este trabajo es identificar las distintas formas de medir el trabajo reproductivo en la literatura científica reciente.

Métodos: Se realizó una búsqueda en bases de datos electrónicas (Scopus, Web of Knowledge, ProQuest, Academic Search Premier, Econlit, ERIC, PsycINFO) con el propósito de identificar todos los estudios sobre el impacto en la salud y el bienestar del trabajo doméstico-familiar. Se definieron los siguientes criterios de inclusión: estudios observacionales que analicen el trabajo reproductivo como determinante de la salud en población adulta, publicados entre 1990 y 2013 en inglés o español, en revistas indexadas. Los criterios de exclusión fueron: estudios centrados en la relación entre trabajo reproductivo y bajas laborales, problemas de salud o estilos de vida,

estudios centrados en dimensiones específicas de bienestar o malestar, estudios en subgrupos de población no asimilables a población general, estudios cualitativos.

Resultados: Se identificaron un total de 1.433 registros, de los cuales 1.306 fueron excluidos tras la revisión de título y abstract. Para los restantes 127 se revisó el texto completo, y se determinó que 65 cumplían los requisitos, identificando las variables utilizadas para medir el trabajo reproductivo. Las variables fueron agrupadas en función de la dimensión que abordan, obteniéndose las siguientes categorías: roles, tiempo, contribución relativa, responsabilidad y equidad.

Conclusiones: El análisis del trabajo reproductivo como variable explicativa requiere medir un fenómeno complejo y multidimensional. Con frecuencia no existe información específica, de manera que se utilizan variables proxy, que no permiten una aproximación precisa a la carga de trabajo que asume una persona. La medición a través del tiempo dedicado a esta actividad también presenta limitaciones, en la medida en que no informa sobre el reparto en el contexto de la pareja. Utilizar un marco común para analizar el trabajo reproductivo podría dar coherencia a la evidencia sobre su impacto en la salud.

76. ACCESO AL AGUA POTABLE Y AL SANEAMIENTO. UNA VISIÓN DE GÉNERO PARA AVANZAR EN EL DESARROLLO

M.L. Usera-Clavero, M.T. Ruiz-Cantero, D. Gil-González, M. Carrasco-Portiño

Consejería de Sanidad y Política Social, Región de Murcia; Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Alicante.

Antecedentes/Objetivos: Las desigualdades de género y los serios problemas de cambio climático, atenúan la ya difícil viabilidad de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) para 2015, con una evolución claramente insuficiente. El acceso al agua potable y al saneamiento (A/S) son esenciales para el cumplimiento de los derechos humanos (ONU-2010) y Agua y Género es una prioridad temática de ONU-Agua (2011), pero hay pocos estudios empíricos sobre la diferencia de impacto en la salud de las mujeres./Describir la evidencia científica internacional sobre las deficiencias de acceso al A/S y su impacto en la salud pública desde la perspectiva de género.

Métodos: Revisión sistemática. Medline, Scopus y Embase, 2008-2012, Inglés, francés y español. Palabras claves "drinking water"/"sanitation" and "women"/"gender". Incluidos estudios empíricos originales sobre deficiencias del A/S y salud de mujeres. Excluidos socioeconómicos/sociodemográficos, técnicos medioambientales, violencia sexual, conflictos armados y catástrofes. Clasificación: 1. Tema central de dos maneras: 1.1 Problemas/factores relacionados con el déficit A/S y 1.2. Número de ODM susceptibles de ser menoscabados o comprometidos, 2. Perspectiva de género (PG): (3 parámetros: Sexo/género como variable/dimensión clave, Desigualdad y Fomento participación/aplicabilidad para equidad de género en salud/empoderamiento) 3. Tipo de estudio y 4. Lugar de procedencia: Regiones OMS.

Resultados: Identificados 174. Desestimados 149. Incluidos 25. Tema Central. Problemas/factores: enfermedades (sobre todo diarreas): 8, accesibilidad: 6, calidad: 3, transporte de agua: 3, inseguridad/angustia: 2, consecuencias 3: (absentismo escolar: 1, mortalidad materna: 1, e infantil: 1). ODM comprometido: sustento medio ambiente: 24, igualdad de género/autonomía: 14, pobreza/hambre: 13, salud materna: 9, VIH/SIDA, paludismo y otras enfermedades: 8, mortalidad infantil: 8, enseñanza 1ª: 5. Objetivos comprometidos/estudio mediana = 3. PG Valorados 20/25 artículos, 70% cumplen 1 o más parámetros. Tipo de estudio: Transversal: 17, cohortes: 5, casos y controles: 2, ensayo aleatorio: 1. Procedencia: África: 12, Las Américas: 4, Asia Sudoriental: 2, Europa: 2, Mediterráneo Oriental: 2 y Pacífico Oriental: 1.

Conclusiones: Se han encontrado escasos estudios pero focalizan bien los problemas derivados del déficit de acceso adecuado al A/S y ponen de manifiesto relevantes y significativos problemas en la salud de las mujeres. Los ODM suelen estar comprometidos de forma conjunta y la mortalidad infantil es una consecuencia grave de diarreas. La evidencia encontrada revela el difícil progreso de las mujeres hacia un desarrollo de los pueblos en equidad.

113. GOBERNANZA EN IBEROAMÉRICA: UN RETO PARA SU SEGURIDAD Y SOBERANÍA ALIMENTARIA

C. Calderón-Vallejo, J. Fernández-Sáez, V. Clemente-Gómez, R. Umaña-Peña, M.T. Ruiz-Cantero

ESPOCH; Universidad de Alicante.

Antecedentes/Objetivos: El discurso político sobre el reto de la desnutrición ha aumentado y llevado a acuerdos nacionales e internacionales. Pero existe un nivel crucial de acción descuidado, centrado en los entornos y procesos que sustentan las políticas y su implementación. Se pretende analizar los factores de la gobernanza que influyen en el impulso de las políticas de nutrición en Iberoamérica, comparándolos con un grupo de países desarrollados, en 2012.

Métodos: Estudio transversal ecológico para 2012, que utiliza el país como unidad de análisis (iberoamericano, Canadá, nórdicos y España) sobre relación entre la gobernanza y 1. Seguridad alimentaria (SeA) y 2. Soberanía alimentaria (SoA). Fuentes información: Estadísticas de Naciones Unidas, Banco Mundial, FAO y UNICEF. Se realizó un modelo de regresión lineal simple, y ajustado por riqueza.

Resultados: Controlado por la riqueza del país se detectan asociaciones entre las variables de seguridad alimentaria y soberanía alimentaria con las de gobernanza: La efectividad gubernamental se relaciona con el acceso al agua $R^2 = 67,4\%$ ($p = 0,002$), prevalencia de subnutrición $R^2 = 44,9\%$ ($p = 0,02$) intensidad déficit alimentario $R^2 = 51,5\%$ ($p = 0,03$), desnutrición aguda $R^2 = 52,1\%$ ($p = 0,01$). La voz y rendición de cuentas con el acceso al agua $R^2 = 66,4\%$ ($p = 0,003$), desnutrición aguda $R^2 = 49,1\%$ ($p = 0,02$). El estado de derecho con el acceso al agua $R^2 = 66,4\%$ ($p = 0,003$), desnutrición aguda $R^2 = 51,1\%$ ($p = 0,01$). El control de la corrupción con el acceso al agua $R^2 = 71,4\%$ ($p = 0,01$), desnutrición aguda $R^2 = 49,8\%$ ($p = 0,02$). La transparencia con el acceso al agua $R^2 = 69,5\%$ ($p = 0,001$), desnutrición aguda $R^2 = 50,9\%$ ($p = 0,01$). Y la calidad regulatoria con el acceso al agua $R^2 = 55,4\%$ ($p = 0,05$) y desnutrición aguda $R^2 = 52,9\%$ ($p = 0,009$).

Conclusiones: La efectividad gubernamental es la condición de la gobernanza más ligada a la seguridad y soberanía alimentaria en los países Iberoamericanos. La disponibilidad de agua potable mejorada, se relaciona con todas las categorías de la gobernanza, y la desnutrición aguda con la mayoría. Siendo importante el impulso político para dar respuesta a la población vulnerable necesitada, las intervenciones para fomentar la disponibilidad, utilización y acceso a los alimentos todavía precisan mejorar y evaluar los procesos de toma de decisiones, y los procesos por los que las decisiones son implementadas, o no.

Financiación: Proyecto Prometeo. SENESCYT, Ecuador.

825. EQUIDAD DE GÉNERO EN ESPAÑA. DETERMINANTE SOCIAL DE LA SALUD SIGUE DESFAVORABLE A LAS MUJERES EN 2011

J. Fernández-Sáez, M.T. Ruiz-Cantero, M. Guijarro, C. Ródenas, V. Clemente, M. Carrasco, V. Roca, M. Martí, D. Jiménez

Universidad de Alicante; Universidad de Cantabria.

Antecedentes/Objetivos: La distancia de la equidad de género entre los países mejor y peor posicionados ha crecido. España ha empeorado relativamente. La evidencia sugiere que la situación social de

las mujeres influye en la salud de ambos sexos y varía al interior de los países. Objetivo: determinar la evolución de la equidad de género en España entre 2006 y 2011.

Métodos: Estudio ecológico sobre la equidad de género en España y CC.AA, mediante el cálculo del Índice de Equidad de Género modificado (IEGm) en 2006 y 2011: Diferencias entre las proporciones en hombres (H) y mujeres (M) en educación, economía y empoderamiento (-1: inequidad para las M, 0: equidad y 1: inequidad para los H). Cálculo convergencia beta (β): -1: convergencia, 1: no convergencia, mediante correlación de Spearman (r) entre el valor del IEGm de las CC.AA para 2006 y sus Tasas de crecimiento (TC). Convergencia cuando las CCAA con menor IEGm mejoran más rápido que las más equitativas, en 2011 respecto a 2006. Cálculo convergencia sigma (σ): 0: convergencia, 1: no convergencia, mediante resta de las desviaciones medianas de las CC.AA en 2006 y 2011. Indica la dispersión de los valores de equidad de género de las CC.AA en 2011 respecto a 2006. Convergencia: valor de 2011 < que en 2006.

Resultados: Todas las CC.AA han mejorado su IEGm en 2011 excepto País Vasco (TC = $-0,007 \times$ año), Extremadura y Murcia: $-0,003$ y Canarias: $-0,001$. No se detecta que las CC.AA. de menor IEGm tengan mayor crecimiento o viceversa ($= -0,345$, $p = 0,2$). Pero País Vasco pasa de ocupar la 1ª posición en 2006 a la 11ª, y Navarra que era quien menor IEGm tenía en 2006 ($-0,184$), en 2011 es la que más mejora ($0,018$): de 17ª a 5ª posición. En 2011, Galicia, que estaba en la 5ª posición ($-0,120$), es la CC.AA más paritaria ($-0,049$), y Murcia la menos ($-0,184$). En todo caso, la dispersión de los valores del IEGm de las CC.AA no ha variado en 2011 respecto a 2006 ($= 2,6$ en ambos años). La brecha de género de empoderamiento marca el patrón del IEGm de España en ambos años, en 2011 desfavorable a las M en todas las CC.AA. Aquellas con mejor brecha de género en empoderamiento en 2006 han empeorado en 2011, y las de mayor la han reducido ($: -0,574$ $p = 0,02$), implicando reducción en la dispersión entre CC.AA. ($= 0,2$).

Conclusiones: Pese a que la equidad de género no ha crecido en España como en otros países en 2011 respecto a antes de la crisis económica, ésta es alta, al ser sus valores próximos a 0. Tiene un patrón coincidente con el del empoderamiento político, lo que explica el descenso del País Vasco, modelo de desarrollo de género en España, y lo que es importante: la inequidad sigue desfavorable a las mujeres.

Financiación: Instituto de la Mujer.

861. LA CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE LA FIBROMIALGIA COMO PROBLEMA DE SALUD A TRAVÉS DE LAS POLÍTICAS Y LA PRENSA EN ESPAÑA

E. Briones-Vozmediano, C. Vives-Cases

Grupo de Investigación en Salud Pública, Universidad de Alicante; CIBER de Epidemiología y Salud Pública.

Antecedentes/Objetivos: La fibromialgia (FM) es una enfermedad crónica dolorosa recientemente reconocida que afecta principalmente a las mujeres. El objetivo de este estudio es analizar la emergencia y visibilidad de la FM como un problema de salud en las políticas sanitarias, iniciativas parlamentarias (IP) y noticias de prensa en España.

Métodos: Este estudio está estructurado en tres análisis independientes pero relacionados entre sí, acerca de la visibilización de la FM como un problema de salud desde distintos enfoques metodológicos y fuentes de información. Para ello se realizaron búsquedas sistemáticas a través de Internet y análisis de contenido cualitativo de los planes de salud autonómicos, noticias de prensa (El País, El Mundo y ABC) e iniciativas parlamentarias (IP) en España hasta el año 2013.

Resultados: Los planes de salud no incluyen la FM entre los problemas de salud que priorizan en sus estrategias. Las IP reflejan la desproporcionada prevalencia femenina de la FM y denuncian su difícil diagnóstico, la falta de recursos destinados a la investigación y a su tratamiento, así como la falta de reconocimiento social y de las in-

capacidades laborales. La prensa refleja el estereotipo de enferma de las pacientes, pasivas y resignadas, que por el contrario cobran fuerza en grupo mediante las asociaciones, representadas como activas y luchadoras, quienes han conseguido llegar al Parlamento y tener impacto en las políticas. Ambos análisis indican que el año 2002 supuso un punto de inflexión en el reconocimiento social de la enfermedad, debido a la popularización del caso de particular de la diputada del PSOE en Cataluña, Manuela de Madre, a quien se le diagnosticó FM.

Conclusiones: La incipiente incorporación de la FM en la agenda parlamentaria española y su cobertura periodística tienen un impacto positivo, puesto que promueven el conocimiento y la sensibilización social sobre este problema de salud. Aún así, los resultados muestran que la construcción social de la FM como problema de salud se encuentra en fase de decrecimiento gradual de interés. Además, la falta de reconocimiento social de la enfermedad puede estar relacionada con que se construye socialmente como un problema de salud de mujeres, con estereotipos de género.

Financiación: Centro de Estudios sobre la Mujer (CEM), Universidad de Alicante.

719. "LAS PACIENTES PROBLEMÁTICAS": DISCURSOS PROFESIONALES SOBRE LAS PERSONAS AFECTADAS DE FIBROMIALGIA EN ESPAÑA

E. Briones-Vozmediano, I. Goicolea, A. Öhman, C. Vives-Cases

Grupo de Investigación en Salud Pública, Universidad de Alicante; Epidemiology and Global Health Unit, Umeå University, Sweden; Umeå Centre for Gender Studies; CIBER de Epidemiología y Salud Pública.

Antecedentes/Objetivos: Existe una tendencia a estigmatizar las enfermedades de las mujeres debido a la interiorización de estereotipos de género. Las implicaciones de este sesgo de género no han sido todavía plenamente explicadas. El objetivo de este estudio es explorar los discursos de profesionales sobre la fibromialgia (FM) y sus pacientes en España.

Métodos: Estudio cualitativo basado en 12 entrevistas personales con profesionales involucrados en la asistencia de las personas afectadas de FM (8 hombres y 4 mujeres con perfiles de medicina general, reumatología, psiquiatría, psicología, fisioterapia, salud ocupacional). Se empleó una muestra teórica para seleccionar a los participantes, basada en la capacidad de los participantes para contribuir a la pregunta de investigación. Las entrevistas fueron transcritas e importadas al software informático Atlas.ti-7, con ayuda del que se realizó un análisis del discurso, prestando especial atención a los repertorios interpretativos.

Resultados: Cuatro repertorios interpretativos emergieron de las entrevistas: 1) "La FM es una enfermedad de mujeres", 2) "La FM es una enfermedad con un fuerte componente psicológico, pero una débil base biomédica", 3) "Más diagnósticos de FM entre las mujeres, pero más bajas por enfermedad otorgadas a los hombres" y 4) "Desafiando la falta de reconocimiento social de la FM". Aunque los repertorios construyen el prototipo de paciente de FM con prejuicios y estereotipos de género, emerge la resistencia hacia esta visión con el último repertorio.

Conclusiones: Este estudio sugiere que las implicaciones de los estereotipos de género en las descripciones de los/as pacientes que hacen los/as profesionales influyen en su práctica profesional infravalorando la severidad y credibilidad de las pacientes y con un sesgo de género en el diagnóstico y concesión de las bajas por enfermedad y los permisos de incapacidad laboral. La relación médico-paciente se ve asimismo condicionada por estos prejuicios. Evidenciado que estos estereotipos afectan negativamente a la atención que reciben las personas afectadas de FM en España, se recomienda la sensibilización y formación de los profesionales.

Financiación: Centro de Estudios sobre la Mujer (CEM), Universidad de Alicante.

637. MATERNIDAD ADOLESCENTE PRECOZ EN COLOMBIA. IMPLICACIONES PARA LA SALUD PÚBLICA Y POLÍTICA SOCIAL

M.C. Jaramillo-Mejía, D. Chernichovsky

Universidad Icesi; Ben Gurion University of the Negev.

Antecedentes/Objetivos: El embarazo en la adolescencia, tan pronto como los 10 años de edad, ha ido aumentando con el tiempo, incluso en las sociedades tradicionales, frenando las mejoras en la salud pública e impulsando la marginación social. Colombia es un ejemplo de ello. El estudio aborda los antecedentes económicos y sociales y las consecuencias de la maternidad adolescente en el país, a fin de contribuir a las políticas que puedan mitigar el problema y sus consecuencias nefastas.

Métodos: El estudio —basado en registros de estadísticas vitales del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE)— examina las tendencias, correlaciones y consecuencias para la salud, en términos de mortalidad infantil, de la maternidad adolescente en Colombia, entre 2001 y 2009.

Resultados: A proporción de nacimientos en madres por debajo de los diecinueve años se incrementó en Colombia durante el período 2001-2010, con mayor incremento de la proporción de en madres con 14 años o menos. La tasa anual de variación de los nacimientos se incrementó en las niñas con 14 años o menos en un 2,6% y en el grupo de 15 a 19 años en 0,8%, mientras que las madres de 20 años o menos tuvieron una tasa de descenso por encima del 0,2%: La tasa de mortalidad infantil (TMI) es consistentemente más alta en las madres más jóvenes. Si bien ha habido un descenso en la TMI en Colombia, este es menor en el grupo de menor edad, siendo de 2,7% para el grupo de 14 años o menos, 2,1% para el grupo de 15 a 19 años y de 4,8% para las de 20 años o más. La correlación entre los factores biológicos, demográficos, socioeconómicos y médicos de la temprana edad fértil en Colombia son robustos. Madres adolescentes biológicamente son más propensas a dar a luz a bebés con bajo peso (principalmente las madres 14 años o menos) que a la larga tienen una mayor probabilidad de morir. Demográficamente, las madres adolescentes tienen menos probabilidades de estar en una unión estable, son más propensas a ser miembros de las poblaciones indígenas y afro descendientes, pertenecen al régimen subsidiado (para la población pobre), viven en el área rural y tiene en promedio menos controles prenatales, lo que en combinación con los recién nacidos de bajo peso al nacer, explica la relativamente baja disminución de la TMI entre los bebés nacidos de madres adolescentes, especialmente en el grupo de 10 a 14 años.

Conclusiones: El embarazo adolescente —en sí mismo es un resultado de circunstancias socioeconómicas inferiores— contribuye también al aumento de la pobreza y la distribución del ingreso empeora, que llama a los formuladores de política a focalizar nuevas estrategias en la población de bajo acceso a servicios públicos (salud y educación), iniciando con las niñas antes de salir de la educación básica.

108. ASOCIACIÓN ENTRE EL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDA Y CLASE SOCIAL A TRAVÉS DE LAS ENCUESTAS NACIONALES DE SALUD

J. Vargas Martínez, J. Guillén Solvas, D. Martínez Bellon, E. Gutiérrez

Hospital Clínico de Granada.

Antecedentes/Objetivos: Si existen diferencias en la asociación entre el estado de salud autopercebida y factores socioeconómicos en las encuestas de salud estudiadas Describir la salud autopercebida y los factores socioeconómicos en las encuestas nacionales mencionadas Describir la asociación entre las variables socioeconómicas en las encuestas nacionales de salud de 2006 y 2012 Cuantificar la asociación entre salud autopercebida y variables socioeconómicas en las encuestas nacionales de salud de 2006 y 2012.

Métodos: Estudio transversal territorio nacional. Muestreo triatómico. Encuestas. ENS 06 ENS 11-12 Se ha llevado a cabo un estudio mediante tablas de contingencia Se utilizará un modelo de regresión logística binaria.

Resultados: El porcentaje de mujeres que refirieron una mala salud autopercebida es superior al de los hombres. El grupo de encuestados con edades comprendidas entre 35 y 54 años el que mejor salud autopercebida presenta. Pertenecer a las tres primeras clases sociales tiene un efecto protector sobre la salud autopercebida. La probabilidad de tener la sensación de la mala salud va aumentando progresivamente para las clases sociales 4, 5 y 6. En los resultados obtenidos cuando comparamos las dos encuestas, o lo que es lo mismo antes y durante la crisis, la única variable que cambia de signo es la clase social 4. Esto nos indica que pertenecer a esa clase social ha dejado de ser un factor de riesgo para tener mala salud autopercebida. En la ENS 2012 existe un mayor porcentaje de personas con buena salud autopercebida.

Conclusiones: Los resultados son comparables a los obtenidos en los estudios realizados sobre el tema, tanto nacionales como europeos. Las mujeres manifiestan una mayor preocupación por su salud, lo cual no les impide percibirla como más deficiente, en comparación a los varones, ya que éstos presentan una percepción más positiva de su salud que se traduce en una puntuación significativamente más elevada en el índice general de salud percibida. La crisis no ha influido en la asociación de las variables.

Políticas de salud pública (Oral 10 minutos)

Jueves, 4 de septiembre de 2014. 11:30 a 13:30 h

Modera: Pammela Soares

717. CALIDAD DE LA ALIMENTACIÓN ESCOLAR A PARTIR DE LA REGLAMENTACIÓN NACIONAL PARA EL CONTROL EN LA ADQUISICIÓN DE ALIMENTOS: CASO DE UNA CIUDAD BRASILEÑA

P. Soares, S.S. Martinelli, R. Umaña-Peña, R.K. Fabri, J.F. Saéz, L. Melgarejo, M.C. Davó-Blanes, S.B. Cavalli

Ministerio de Educación/Brasil Fundación CAPES/Doctorado en Ciencias de la Salud, Universidad de Alicante; Núcleo de Pesquisa de Nutrição em Produção de Refeições/NUPPRE, Universidad Federal de Santa Catarina; Grupo de Investigación de Salud Pública-UA; Instituto Nacional de Colonización y Reforma Agraria, Rio Grande del Sur.

Antecedentes/Objetivos: Dada la importancia de la alimentación escolar para la promoción de la salud, en el año 2009 el gobierno brasileño modificó la reglamentación del Programa Nacional de Alimentación Escolar (PNAE), estableciendo un control en la adquisición de alimentos de acuerdo con sus características nutricionales. Esta investigación evaluó el impacto de la modificación reglamentaria del programa en la calidad nutricional de la alimentación escolar en una ciudad de Santa Catarina, Brasil.

Métodos: Estudio cuasi experimental en el que se analizaron los alimentos adquiridos en dos años anteriores (2008/2009) y dos posteriores (2010/2011) a la implementación del actual reglamento del programa. Las variables utilizadas fueron la cantidad y la variedad de alimentos adquiridos. Los alimentos se categorizaron como Recomendados o Restringidos, teniendo en cuenta características nutricionales, orientaciones establecidas por el PNAE y recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud. Fueron contabilizadas las

cantidades totales de alimentos adquiridos (kilogramos/año) en cada categoría, y calculadas las cantidades per cápita anuales (kilogramos/alumno/año). Se realizaron análisis descriptivos.

Resultados: Los resultados registran un aumento en la cantidad per cápita anual de los alimentos Restringidos en los años 2008 y 2009 (32% a 35%), y una posterior reducción en 2010 y 2011 (31% a 25%), con una tasa de variación al final del periodo de -20,44% en relación a 2008. La cantidad per cápita anual de los alimentos Recomendados disminuyó entre los años de 2008 y 2009 (68% a 65%), y aumentó progresivamente en 2010 y 2011 (69% a 75%), con una tasa de variación de 10,36% en relación a 2008. Durante los cuatro años evaluados se observó una reducción promedio de 0,51 kg/alumno/año en la adquisición de alimentos restringidos y un aumento promedio de 0,24 kg/alumno/año de alimentos recomendados.

Conclusiones: El hecho de que la reducción en la adquisición de alimentos restringidos fuese mayor que el aumento en los recomendados sugiere que la reglamentación puede no enfatizar de igual forma el control sobre las dos categorías. Sin embargo, los resultados sugieren una mejora en la calidad nutricional de la alimentación escolar después de la implementación del reglamento. La reglamentación nacional parece influir de forma positiva en la calidad de la alimentación escolar.

Financiación: Convocatoria MCT/MDS/SAGI/CNPq N°36/2010.

651. EFECTO DE LA DEMOCRACIA EN LA SEGURIDAD Y SOBERANÍA ALIMENTARIA DE LOS PAÍSES IBEROAMERICANOS. AÑO 2012

M.T. Ruiz Cantero, J. Fernández Sáez, V. Clemente Gómez, C. Calderón Vallejo

Universidad de Alicante; ESPOCH.

Antecedentes/Objetivos: El impacto de la democracia en indicadores de mortalidad infantil, materna y en esperanza de vida ha sido demostrado. Objetivo: explorar la relación entre la democracia y la soberanía y seguridad alimentaria en Iberoamérica, considerando la riqueza de los países en 2012.

Métodos: Estudio transversal ecológico, que utiliza el país como unidad de análisis sobre la relación entre el índice de libertad (como proxy de la democracia) y las variables de 1. Soberanía alimentaria: Bajo peso al nacer, desnutrición aguda y crónica infantil, % de población bajo la línea de pobreza; y 2. Seguridad alimentaria: prevalencia de subnutrición, acceso agua potable, suministro de proteínas promedio, y intensidad del déficit alimentario. Fuentes información: Estadísticas de Naciones Unidas, Banco Mundial, FAO, Freedom House. Todos los datos son referidos a 2012. Los países se estratificaron según su nivel de riqueza (Producto interior bruto-PIB) siguiendo la clasificación del Banco Mundial: baja, media, alta. También se clasificó la democracia en 3 categorías según Freedom House: países libres, medianamente libres y dictaduras. Se realizó un modelo de regresión lineal simple, y ajustado para controlar el efecto potencial de la riqueza del país.

Resultados: El índice de libertad de los países estudiados, controlado por el PIB, se detecta asociado especialmente a la soberanía alimentaria. En concreto, se asocia a la desnutrición aguda infantil $R^2 = 49,8\%$ ($p = 0,02$), desnutrición crónica infantil $R^2 = 51,4\%$ ($p = 0,04$), y al % de población bajo la línea de pobreza $R^2 = 61,6\%$ ($p = 0,002$). De los indicadores de seguridad alimentaria, solo el acceso al agua potable se detecta asociado $R^2 = 60,3\%$ ($p = 0,01$), el consumo de proteínas promedio se asocia al índice de libertad, pero al controlar por el PIB se pierde la asociación.

Conclusiones: La economía de los países Iberoamericanos pierde peso en la influencia sobre la seguridad y soberanía alimentaria al considerar su nivel de democracia. Este estudio muestra una fuerte

asociación positiva de importantes condiciones como la desnutrición infantil y el acceso al agua potable con los derechos políticos y las libertades civiles, los cuales son políticamente modificables.

Financiación: Proyecto Prometeo. SENESCYT. Ecuador.

614. OS (DES) CAMINHOS DA PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS PELO ENFERMEIRO NO BRASIL: TENDÊNCIAS E DESAFIOS

C. Santos Martiniano, P.E. Andrade, T.C. Péret, A. Alves Coêlho, M. Barros de Souza, P. de Medeiros Rocha, S.A. da Costa Uchôa

Universidade Federal do Rio Grande do Norte; Universidade Federal de Campina Grande.

Antecedentes/Objetivos: Em muitos países a prescrição de medicamentos por enfermeiros vem sendo adotada como parte da inovação dos serviços de saúde. No Brasil, essa prática foi instituída desde 1986 por meio da Lei do Exercício Profissional do Enfermeiro e está restrita a Atenção Primária à Saúde. Atualmente essa prática ainda encontra resistência de alguns profissionais bem como alguns entraves no setor saúde. Essa pesquisa aborda a questão da prescrição de medicamentos pelo enfermeiro em seu aspecto legal e normativo e tem como objetivo analisar a trajetória histórica da prescrição de medicamentos por enfermeiros no Brasil apontando tendências e desafios.

Métodos: É um estudo exploratório, realizado por meio de pesquisa documental da legislação específica da enfermagem, das normatizações que orientam as ações e serviços da Atenção Primária à Saúde e documentos do setor saúde em geral que abordam essa questão. Seguiram-se as etapas do estudo documental e elegeram-se três categorias de análise: Os caminhos percorridos pela categoria de enfermeiros; A trajetória da prescrição de medicamentos por enfermeiros na Atenção Primária à Saúde e Implicações na prescrição de medicamentos pelo enfermeiro no setor saúde.

Resultados: Quanto aos caminhos percorridos pela categoria de enfermeiros observou-se que, por meio do Conselho Federal de Enfermagem, as resoluções sobre a temática são frágeis; não há registro de apoio à sua implantação e nem de acompanhamento dessa prática nos serviços. No âmbito da Atenção Primária à Saúde, a prescrição do enfermeiro está consolidada por meio de protocolos assistenciais. A defesa dessa questão pelo Ministério da Saúde foi reafirmada na Política Nacional da Atenção Básica, em 2006, e mediante o processo judicial movido pela categoria médica sob alegação de exercício ilegal da medicina. Quanto às implicações na prescrição de medicamentos pelo enfermeiro no setor saúde observou-se em que outros programas de governo, a exemplo do Programa Farmácia Popular do Brasil, a atribuição de prescrição pelo enfermeiro é negada, infringindo assim, a legislação posta, conduzindo a uma instabilidade da atribuição prescritiva do enfermeiro dentro do próprio Ministério da Saúde.

Conclusiones: Conclui-se que a categoria de enfermeiros não tem direcionado esforços significativos na consolidação da prescrição nos serviços de saúde. O exercício da prescrição de medicamentos por enfermeiros exige luta constante para que se torne legítima.

602. DURAÇÃO DA CRIOPRESERVAÇÃO DE EMBRIÕES: CONHECIMENTOS E OPINIÕES DE UTILIZADORES

M. Pereira, C. Samorinha, E. Alves, H. Machado, S. Sousa, S. Silva

Instituto de Saúde Pública, Universidade do Porto; Centro de Estudos Sociais, Universidade de Coimbra.

Antecedentes/Objetivos: A duração máxima da criopreservação de embriões é estabelecida sobretudo com base em fatores socioculturais, variando entre países. A conceção e implementação de polí-

ticas de saúde centradas nos cidadãos, com repercussões éticas na prática clínica, reclama a incorporação das visões de casais inférteis na definição do período máximo de criopreservação. O objetivo do estudo é avaliar o conhecimento e opiniões de casais inférteis sobre a duração máxima da criopreservação de embriões.

Métodos: Estudo transversal de base hospitalar realizado entre agosto 2011-dezembro 2012, em Portugal. Incluiu um inquérito com 313 mulheres e 221 homens em tratamentos de fertilidade e entrevistas semiestruturadas a 34 destes casais. Estimaram-se as associações entre a opinião da duração máxima da criopreservação (≤ 3 , 4-5, > 5 anos) e dados sociodemográficos e história reprodutiva através de odds ratios (OR) ajustados (intervalos de confiança – IC a 95%) calculados por regressão logística. Exploraram-se conhecimentos dos motivos que justificam a delimitação legal. Esta análise baseia-se nos dados de 289 mulheres e 206 homens.

Resultados: Globalmente 38,4% dos participantes escolheram a duração 4-5 anos, 38,2% prolongariam além dos 5, e 23,4% indicaram 3 anos. Mais de 40% das mulheres escolheram a duração 4-5 anos e 41,8% dos homens prolongariam além dos 5. Após ajuste para idade, características socioeconómicas e causa de infertilidade, ter experienciado pelo menos um ciclo de tratamento estava directamente associado com a escolha de um período máximo de criopreservação superior a 5 anos, tanto em mulheres como homens (OR = 2,94; IC95% = 1,51-5,71 e OR = 2,44; IC95% = 1,17-5,08, respectivamente). Ter filhos associou-se inversamente com períodos de criopreservação mais longos entre as mulheres, com efeitos mais fortes na duração superior a 5 anos (OR = 0,35; IC95% = 0,14-0,92) do que na duração entre 4-5 (OR = 0,40; IC95% = 0,16-1,00). Um terço dos casais entrevistados (11/34) referiu ter um conhecimento escasso sobre os critérios usados para estabelecer um limite temporal na criopreservação de embriões. Os custos da criopreservação e a diminuição da qualidade dos embriões foram as razões mais frequentemente invocadas, seguidas pelas prioridades políticas quanto à promoção da fertilidade e o tempo adequado entre gravidezes.

Conclusões: O número de ciclos de tratamento associa-se à extensão da duração máxima da criopreservação de embriões. O desenho dos consentimentos informados deverá ser sensível a estas diferenças. Urge promover a disseminação de informação sobre a criopreservação entre os utilizadores.

Financiación: FCOMP-01-0124-FEDER-014453 (PTDC/CS-ECS/110220/2009); IF 00956/2013.

554. DOAR OU NÃO DOAR EMBRIÕES PARA INVESTIGAÇÃO CIENTÍFICA: REVISÃO SISTEMÁTICA SOBRE OS FATORES ASSOCIADOS

C. Samorinha, M. Pereira, H. Machado, B. Figueiredo, S. Silva

Instituto de Saúde Pública, Universidade do Porto; Faculdade de Medicina, Universidade do Porto; Centro de Estudos Sociais, Universidade de Coimbra; Escola de Psicologia, Universidade do Minho.

Antecedentes/Objetivos: A compreensão dos fatores envolvidos na decisão de doar ou não doar embriões para investigação científica, por casais em tratamentos de infertilidade, é uma necessidade premente numa abordagem que pretende proporcionar evidência no âmbito da regulação e políticas de saúde. Este estudo tem como objetivo sintetizar o conhecimento existente sobre a proporção da doação de embriões para investigação, bem como sobre os fatores associados à decisão de doar ou não doar embriões para investigação científica.

Métodos: Foi realizada uma revisão sistemática dos estudos indexados na PubMed, ISI WoK e PsycINFO, publicados até Novembro de 2013. Incluíram-se estudos empíricos originais, reportando dados sobre a proporção da doação ou sobre os fatores associados à decisão

de doar ou não doar embriões para investigação. A extração de dados foi realizada por dois investigadores independentes, sendo as discordâncias resolvidas com a avaliação de um terceiro investigador. Foram extraídos os principais resultados quantitativos (prevalências, associações e odds-ratios) e os dados qualitativos foram analisados por análise de conteúdo temática.

Resultados: Foram incluídos na revisão 40 estudos, dos quais 21 utilizaram uma metodologia quantitativa, 15 usaram uma metodologia qualitativa e 4 eram estudos mistos. Os artigos foram maioritariamente realizados em países Europeus (n = 18) e nos EUA (n = 11). A proporção de pacientes que aceitaram doar os seus embriões variou entre 7%, num estudo em França, e 73% num estudo na Suíça. A doação de embriões para investigação está associada a sentimentos de reciprocidade para com a ciência e a medicina, à valorização da investigação e à elevada confiança no sistema médico. Esta decisão é descrita como preferível à destruição dos embriões ou como uma oportunidade para ajudar os outros e contribuir para uma melhoria da saúde e dos tratamentos de infertilidade. A decisão de não doar embriões para investigação está associada à percepção da existência de riscos, à falta de informação sobre os projetos e à conceptualização dos embriões como seres humanos. Os resultados relativos à influência das características sociodemográficas e da história reprodutiva e ginecológica foram maioritariamente inconclusivos.

Conclusões: Desta revisão emerge a necessidade de desenvolver estudos comparativos em saúde pública que integrem os diferentes fatores que influenciam a decisão de doar embriões para investigação, contribuindo para a conceção de políticas de saúde socialmente responsáveis e com relevância para a ética na prática clínica.

Financiación: FCOMP-01-0124-FEDER-014453 e SFRH/BD/75807/2011.

416. ENFOQUES DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SOBERANÍA Y SEGURIDAD ALIMENTARIA (PPSSA), 2000-2013

A. López Giraldo, A. Franco-Giraldo

Universidad de Antioquia; Facultad Nacional de Salud Pública.

Antecedentes/Objetivos: Desde la Asamblea del Milenio (2000), el tema del hambre es prioritario en la agenda política internacional (ODM). Se plantea “reducir... a la mitad las personas que padecen hambre en el mundo”, sin que hoy sean efectivas las políticas de los gobiernos. Las políticas públicas alimentarias se han orientado por los enfoques de seguridad alimentaria, emanado de la visión de los organismos multilaterales (OM) y soberanía alimentaria, propio de iniciativas críticas de la sociedad civil. Este artículo, explora la producción académica referente a las políticas públicas siguiendo estos enfoques, años 2000-2013. **Objetivo:** analizar los enfoques teórico-metodológicos y estrategias para el análisis y desarrollo de las PPSSA.

Métodos: Estudio temático. La revisión documental (español/inglés), utiliza tres descriptores: seguridad alimentaria (food security), soberanía alimentaria (food sovereignty) y política alimentaria (food policy). Luego se cruzaron con políticas públicas (policy). Se consideraron las publicaciones que tuvieran los descriptores en el título. Se consultaron las bases de datos Ebsco, PubMed, Scielo y Science Direct. También se consideró literatura gris de organizaciones gubernamentales, no gubernamentales y organismos multilaterales (OM), que fueran documentos rectores de PPSSA. Se seleccionaron los documentos relevantes mediante criterios temáticos (problemáticas de PPSSA, referentes teóricos, metodologías/de PPSSA, evaluación de políticas, políticas globales).

Resultados: De 380 publicaciones resultantes, se seleccionaron 20 documentos pertinentes de las bases académicas y 30 de literatura gris. Los resultados mostraron estrategias/enfoques de PPSSA: sistemas alimentarios sostenibles, sostenibilidad del agua, sistemas

agroforestales y seguridad nutricional, política global e integral agrícola, doctrina de la seguridad alimentaria rusa, enfoque canadiense de “bancos de alimentos”, enfoque de los medios de subsistencia (Europa), economía alimentaria/hogar (Reino Unido), sistemas alimentarios locales, redes de suministro global, canasta mínima alimentaria de Zambia, política de agua (Sudáfrica); modelos bio-económico/eco-económico; modelos agroalimentario comercial, agro-ecológico y proteccionista.

Conclusiones: El concepto de food policy es el más frecuente en la literatura; luego food security (enfoques económicos y de liberalización comercial); food sovereignty, tiene menor producción pero va en aumento. El enfoque de soberanía alimentaria (derecho a la autodeterminación de las políticas agroalimentarias) se revela como tema de interés prioritario, no solo para la investigación académica sino para las políticas públicas de alimentación, evitando más daño poblacional con los enfoques neoliberales de los OM.

Financiación: Estrategia de sostenibilidad 2013-2014 del Comité de investigaciones U. de A.

432. EL INEFICIENTE USO DE LAS TIC'S EN LA ATENCIÓN A LA SALUD

J. Villalobos Hidalgo, F. Saigí Rubió, J. Torrent Sellens, A. Jiménez Zarco, A.M. Ojeda Cruz

Estudios de Ciencias de la Salud, UOC; Estudios de Economía y Empresa, UOC; Departamento de Economía y Empresa, UOC; Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil de Canarias.

Antecedentes/Objetivos: La evolución de la Atención a la salud de los ciudadanos ha estado históricamente ligada a la introducción de la tecnología en los procesos de diagnóstico y tratamiento de las enfermedades. Las tecnologías de aplicación directa, desde el fonendoscopio hasta la tomografía axial computarizada han tenido una implantación inmediata y en muchos casos excesiva, al introducir tecnología no debidamente contratadas en el entorno clínico. No ha ocurrido lo mismo con las tecnologías de aplicación transversal como los sistemas de información, la e-Health o la telemedicina objetivo central de esta comunicación. Para reflexionar sobre las causas que inciden en la implantación de la tecnología y en particular de la telemedicina, hemos realizado un estudio utilizando el Modelo de Aceptación de la Tecnología, T.A.M. a una amplia muestra de profesionales de la salud del Servicio Canario de Salud, evaluando 26 variables sobre su actitud ante el uso de la tecnología, para objetivar aquellas variables que podrían facilitar su implantación.

Métodos: Usando una extensión del Modelo de Aceptación Tecnología (TAM) y a partir de una encuesta lanzada a 356 médicos de todos los perfiles afiliados a la esfera de la atención médica del Servicio Canario de Salud, un análisis de regresión logística binaria fue llevado a cabo.

Resultados: 1. El uso de las TICs a nivel personal es la variable que presenta una mayor capacidad explicativa del uso de la Telemedicina por los profesionales... 2. La facilidad para el uso de las TICs y la propensión a innovar facilitan en uso de la Telemedicina en la labor asistencial de estos facultativos.

Conclusiones: Creemos que estos resultados obtenidos en el Servicio Canario de Salud son extrapolables a los Servicios de Salud de otras Comunidades Autónomas. La disposición de la mayoría de los profesionales es favorable a la introducción de tecnologías transversales, pero la implantación eficiente de la telemedicina lleva implícitos cambios organizativos o de modelo que de momento no se han producido, por lo que no debe extrañarnos que la mayoría de estos proyectos se queden en estudios pilotos y no se implanten en la rutina clínica, lo que sin duda transformaría nuestra forma de entender la atención a la salud.

461. MAGNITUD Y VALOR NUTRICIONAL DE LA PUBLICIDAD ALIMENTARIA DIRIGIDA A MENORES POR TELEVISIÓN EN ESPAÑA

M.A. Royo Bordonada, M.J. Bosqued, J. Damián Moreno, A. Moya
Instituto de Salud Carlos III.

Antecedentes/Objetivos: Describir la magnitud de la publicidad alimentaria dirigida a menores por televisión en España y las características nutricionales de la misma, mediante el modelo del perfil nutricional de la Agencia de Seguridad Alimentaria del Reino Unido.

Métodos: Estudio transversal de comunicaciones comerciales sobre alimentos y bebidas (CCAB) dirigidas a niños por televisión en España. La muestra se obtuvo mediante la grabación entre enero y abril de 2013 de una semana completa de emisiones de los 5 canales de televisión estatales más populares entre la infancia, entre las 6:00 y 24:00h. Mediante el visionado de las grabaciones por personal entrenado, se registraron todas las comunicaciones comerciales emitidas. La información para calcular el perfil nutricional de los productos anunciados se obtuvo de las etiquetas, mediante la adquisición de los mismos en un supermercado o, en su defecto, de la página web de la compañía o las tablas de composición de alimentos españolas. La magnitud de la publicidad alimentaria se midió como porcentaje sobre el total de comunicaciones comerciales y tasa de CCAB por hora de emisión. La calidad nutricional se calculó como el porcentaje de CCAB de productos menos saludables, según los criterios del perfil nutricional del Reino Unido.

Resultados: En las 630 horas de emisión grabadas se emitieron un total de 17.779 comunicaciones comerciales, siendo el 23,7% (4.207) de las mismas de alimentos y bebidas, correspondientes a 194 productos diferentes. El 69,1% (2.905) de las CCAB fueron de alimentos, frente al 30,9% de bebidas. La tasa media de CCAB por hora de emisión fue de 8,9. El 35,3% de las CCAB fueron de productos saludables, frente al 64,7% de los menos saludables.

Conclusiones: La publicidad de alimentos y bebidas dirigida a menores por televisión está muy extendida en España. Cerca de dos tercios de las CCAB fueron de productos menos saludables, por lo que un menor en edad escolar está expuesto en España a una media de entre 15 y 21 anuncios diarios de productos altamente energéticos y pobres en nutrientes. La regulación de la publicidad alimentaria dirigida a menores en España no está evitando la exposición masiva de los mismos a CCAB de productos de baja calidad nutricional.

Financiación: ISCIII y OCU.

392. LA INVESTIGACIÓN EN CIENCIAS DE LA SALUD EN ECUADOR. UN ANÁLISIS EN EL CONTEXTO LATINOAMERICANO

P. Ramos Padilla, V. Carpio Arias, C. Álvarez Dardet

Escuela Superior Politécnica de Chimborazo; Universidad de Alicante, Proyecto Prometeo.

Antecedentes/Objetivos: La investigación es una necesidad común, sin embargo, las características y el contexto de los distintos países hace que la producción de la misma difiera considerablemente. El presente estudio bibliométrico tiene como objetivo describir la investigación en ciencias de la salud en Ecuador en el contexto Latinoamericano, durante el período 1996-2012.

Métodos: Para el análisis se hizo uso de indicadores existentes en las bases de datos Scimago y Scopus. Se seleccionó estratégicamente a 3 países para ser comparados con la producción científica en ciencias de la salud ecuatoriana, tomando en cuenta a Brasil, México y Bolivia. Se analizaron las categorías: “Medicina”, “Enfermería”, “Nutrición y Dietética”, “Salud Pública” y “Epidemiología”, que tienen relación con

ciencias de la salud y se encuentran contempladas dentro del “Plan Nacional del Buen Vivir” de Ecuador. Se analizó el número total de publicaciones en este período de tiempo, el ranking por país según número de publicaciones, el índice-H, las instituciones de mayor producción científica, los máximos productores y la colaboración internacional en publicaciones científicas. Se utilizaron las herramientas de ranking por país y comparador de Scimago y para la identificación tanto de “instituciones de excelencia” como de “grandes productores” se utilizó la herramienta ranking de Scopus.

Resultados: Se encontró que en todas las categorías Brasil ocupa el puesto 1 y tiene el índice-H más alto, seguido por México en ranking e índice-H, Ecuador está por debajo de estos dos países pero supera a Bolivia. En cuanto a los grupos de excelencia en investigación, se encontró que dentro de los 10 primeros, solo 5 son universidades y el 60% pertenecen al sector privado, la institución que más publicaciones científicas tiene es la Universidad Central del Ecuador y el máximo productor en el Ecuador es Del Brutto, O.H. En lo referente a la colaboración científica internacional en ciencias de la salud, Ecuador recibe entre 57,8 y 100%.

Conclusiones: De lo analizado se puede decir que la contribución de la investigación en ciencias de la salud en Ecuador en el contexto Latinoamericano es baja, con un despunte a partir del año 2003, que supera en incremento porcentual a México y Bolivia, este despunte podría deberse en parte a que en el Ecuador, en el año 2002 se establece la Política y la Ley del Sistema Nacional de Salud, que da inicio en octubre del mismo año al Foro Nacional de Investigación en Salud y para marzo del 2004, se instala la Comisión de Ciencia y Tecnología del Consejo Nacional de Salud), sin embargo son necesarios más esfuerzos del Gobierno ecuatoriano para desarrollar una política de I+D efectiva.

704. MEDICINA INDÍGENA E IDENTIDAD EN UN MUNDO GLOBALIZADO: EN TORNO A LA EXPERIENCIA DE SALUD INTERCULTURAL EN EL CONTEXTO URBANO EN SANTIAGO DE CHILE

V. Fajreldin

Facultad de Odontología, Universidad de Chile.

Antecedentes/Objetivos: En el contexto del mundo globalizado, el tema de la salud intercultural parece ser relevante desde el marco del reconocimiento de los derechos de las minorías. Este texto evidencia el estado del arte de las experiencias en salud intercultural como instancias que favorecen o dificultan las necesidades de salud y “bienestar” de las comunidades indígenas urbanas. El objetivo fue describir una experiencia en salud intercultural desde el enfoque de Derechos en Salud de los Pueblos Indígenas reconocidos internacionalmente.

Métodos: Investigación cualitativa; exploratoria y descriptiva. Estudio de caso: comuna de Lo Prado, Santiago de Chile. Técnicas: entrevistas en profundidad, etnografías, grupos de discusión (nov. 2009 a abril 2010) Se trabajó con una asociación indígena urbana (We Liwen); encargados de Programa de Salud y Pueblos Indígenas a nivel de Ministerio de Salud; Servicios de Salud y centros de salud de APS Se realizó análisis de contenido.

Resultados: Marco teórico utilizado es el enfoque de Derechos en salud de los pueblos indígenas (convenio 169 OIT/Declaración de Derechos de los Pueblos Indígenas ONU)/Derechos en Salud CEPAL 2007. A partir de una comparación de la realidad local con el estándar de derechos en salud de los pueblos indígenas, se detectaron: Avances en visibilidad de medicina indígena en Santiago, pero asimetría política entre sistemas médicos Las experiencias de financian con fondos estatales; pero su focalización exclusiva en indígenas es deficiente. Modelo de atención intercultural separa atención de la Casa de Salud Mapuche —donde atienden los sanadores tradicionales—, de aquellas

prestaciones del sistema médico oficial en la APS. No existen sistemas formales de derivación de pacientes entre estas instancias, lo que evidencia asimetría política de ambas medicinas.

Conclusiones: Enfoque de derechos en salud de los pueblos indígenas es adecuado para observar el estado de avance de las experiencias urbanas en salud intercultural; logra situar la problemática en torno a las posibilidades para un bienestar en la ciudad, planteándose la necesidad de que las políticas y programas estatales consideren a los pueblos indígenas como sujetos de derechos colectivos. Programas estatales de salud intercultural han potenciado la organización indígena en la ciudad en torno a la idea de Salud como Bienestar político El ámbito sanitario es una importante puerta de entrada de los indígenas urbanos y sus dirigentes hacia temas de identificación.

Financiación: Instituto de Investigación en Ciencias Odontológicas. Universidad de Chile.

Desigualdades en salud III (Oral 10 minutos)

Jueves, 4 de septiembre de 2014. 11:30 a 13:30 h

Modera: David Martín Baena

865. DIFERENCIAS EN OLVIDOS COTIDIANOS ENTRE JÓVENES ADULTOS Y MAYORES DE 65 AÑOS

P. Montejo Carrasco, M.D. Claver Martín, M. Montenegro Peña, A.I. Reinoso García, M.E. de Andrés Montes, A. García Marín, M. Lozano Ibáñez, B. Montejo Rubio

Centro de Prevención del Deterioro Cognitivo, Madrid Salud, Ayuntamiento de Madrid.

Antecedentes/Objetivos: Los olvidos cotidianos se manifiestan como quejas de memoria y son un fenómeno frecuente entre adultos jóvenes y mayores. Actualmente han cobrado especial relevancia por su asociación con el deterioro de memoria y como precursores de alteraciones cognitivas. Pero además tienen relación con la autoestima, el estrés, la depresión y la calidad de vida. Nuestros objetivos son 1. Estudiar las diferencias en olvidos cotidianos entre adultos jóvenes y mayores y 2. Estudiar las diferencias por edad de los factores extraídos del MFE mediante análisis factorial.

Métodos: Estudio descriptivo trasversal. Muestra: 1.022 sujetos entre 19 y 86 años. De ellos 823 (80,5%) son menores de 65 años, media de edad 40,53 (DT 9,58); 199 (19,5%) son mayores de 64 años, media de edad 69,78 (DT 4,33); ninguno padece deterioro cognitivo. Valoración: cuestionario de fallos de memoria de la vida cotidiana (MFE), 28 ítems (olvidar dónde se ponen las cosas, olvidarse de dar un recado, olvidar un trayecto, etc.), rango 0-56; 3 opciones de respuesta para cada olvido: nunca, algunas veces, muchas veces; factores del MFE: Recuerdo de actividades, Control de olvidos relacionados con la comunicación, Fallos en el reconocimiento.

Resultados: La media del MFE para los mayores es 15,04 (DT 7,5); para adultos es de 23,87 (DT 12,07), ($p = 0,000$; $\eta^2 = 0,14$). La correlación entre edad y MFE es “r” de Pearson = 0,35 ($p = 0,000$). La diferencia de medias de cada factor por grupo de edad es significativa (ANOVA, para todos $p = 0,000$), el mayor tamaño de efecto en relación

a la edad es para el factor Control de la comunicación ($R2 = 0,12$). Estudiamos cada olvido mediante χ^2 y observamos que los olvidos en los que había más diferencias eran: Olvido importante sobre sí mismo: donde vive, nº teléfono,... seguir una historia en TV, perder el hilo de un relato o conversación, olvidar dónde se guardan las cosas. Aquellos con menos diferencias son: tener que hacer comprobaciones (si se ha apagado el gas, la luz...), mezclar o confundir lo que le han dicho, volver a contar lo mismo.

Conclusiones: Los mayores presentan más olvidos cotidianos que los adultos jóvenes. Según va aumentando la edad, los olvidos son más frecuentes y son de distinto tipo, aunque algunos olvidos son comunes a jóvenes y mayores. Este hecho tiene implicaciones para la consulta diaria, de cara a la sospecha del deterioro cognitivo y al trabajo en promoción de la salud y prevención con aquellos mayores que manifiestan más quejas de memoria.

307. APORTE CUALITATIVO AL PILOTO DEL PROYECTO HEART HEALTHY HOODS (BARRIOS CARDIOSALUDABLES) EN MADRID

M. Sandín Vázquez, J. Rivera, M. Gutiérrez, J. Díez, M. Franco

Universidad de Alcalá, Grupo Epi-Soc; Universidad de Salamanca; Universidad de Alcalá.

Antecedentes/Objetivos: El proyecto europeo Heart Healthy Hoods (Barrios cardiosaludables) tiene como objetivo estudiar la asociación entre el entorno social y físico de barrios de Madrid y la salud cardiovascular de sus residentes. Para complementar la metodología cuantitativa se ha realizado un estudio piloto con metodología cualitativa cuyo objetivo principal es identificar las características del entorno en relación con las enfermedades cardiovasculares y los principales mecanismos de esta relación.

Métodos: El piloto se llevó a cabo en 12 secciones censales de los barrios de Concepción, Quintana y Ventas. Se realizaron entrevistas semiestructuradas a informantes clave, con el fin de comprender su concepto de barrio, los usos del mismo y su percepción de la influencia que éste tiene sobre su salud general y cardiovascular, así como identificar posibles normas sociales relacionadas con el tabaquismo, alimentación, actividad física y consumo excesivo de alcohol. Se realizó un muestreo intencional en función de las variables relacionadas con el tema de interés (personas "expertas en el barrio": 2 inmigrantes, 4 vecinos con más de 15 años viviendo y responsables de servicios públicos como comerciantes (1 carnicero), y 2 directoras (del centro de salud y de promoción de la salud), un miembro de una asociación de vecinos, un profesor y 2 políticos locales. Las entrevistas tuvieron una duración media de 40 minutos, se grabaron en audio tras la firma del consentimiento informado, y fueron transcritas para su análisis, que realizó por varios investigadores, cumpliendo así el criterio de calidad de triangulación de investigadores, según los pasos del análisis en progreso.

Resultados: El área piloto se percibe como un barrio de clase media y población trabajadora, actualmente envejecido y con altos niveles de inmigración. Los límites geográficos del barrio varían en función del entrevistado. Hay una percepción general de que la llegada de inmigrantes al barrio ha influido en los diferentes usos del mismo, y que los efectos de la crisis económica han condicionado patrones como la alimentación y la actividad física, relacionados con la salud cardiovascular. Una categoría emergente son las relaciones sociales, que influyen tanto en el entorno de la actividad física como en el relacionado con el alcohol.

Conclusiones: Tanto el entorno físico como el social del área piloto afectan al uso que los vecinos hacen de él. Debemos profundizar mediante entrevistas dirigidas en las normas sociales que determinan ciertos comportamientos directamente relacionados con la salud cardiovascular de la población.

88. SALUD VISUAL PERCIBIDA Y USO DE SERVICIOS SANITARIOS EN UNA POBLACIÓN RURAL ESPAÑOLA

S. Latorre-Arteaga, J. Fernández Sáez, D. Gil-González

Universidad Lurio; Fundación Entretodos; Universidad de Alicante; CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP).

Antecedentes/Objetivos: En España, la discapacidad visual está en aumento y su distribución es desigual entre regiones y grupos sociales. La Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE 2012) recoge cierta información sobre salud visual. Los objetivos del estudio son: (1) estimar la calidad de la salud visual percibida en una población rural periférica de la red de asistencia sanitaria con relación a la población general y el uso de los servicios sanitarios especializados e (2) identificar los grupos en riesgo de tener más problemas de visión y las barreras de acceso a los servicios sanitarios.

Métodos: Estudio transversal en una muestra representativa de 302 personas en Cenicientos (Madrid). Se administró cuestionario ad hoc con preguntas comparables a la ENSE 2012 sobre uso de gafas o lentes de contacto y limitaciones visuales percibidas, y otras adicionales sobre uso de servicios de salud visual y barreras de acceso a los mismos. Análisis descriptivo aplicado con prueba 2 para independencia de variables, contraste de tasas de proporciones y regresión logística (OR) para las asociaciones entre población rural y general y variables socioeconómicas.

Resultados: En población rural, la prevalencia de mala salud visual percibida es el 40,8% en hombres y 39,4% en mujeres. La edad, la situación laboral, el nivel de ingresos y la presencia de enfermedades crónicas están fuertemente asociados ($p = 0,001$) a la salud visual percibida. Con respecto a la población general, la población rural presenta menor probabilidad de usar gafas o lentes ($p < 0,05$) y mayor riesgo de presentar dificultades visuales severas en visión de lejos [OR = 2,95 IC95% (1,46-5,56)] y en visión de cerca [OR = 4,06 IC95% (2,29-7,20)]. La mayor prevalencia de mala visión percibida en población rural corresponde a los diabéticos (H. 65,5%; M. 58,3%), donde el 18,9% declara no ver bien pese a usar gafas y el 47,2% o no ha acudido nunca a consulta de oftalmología (17,0%) o lo ha hecho hace más de dos años (30,2%). En población infantil (< 16 años) el 73,2% nunca ha acudido al oftalmólogo. La distancia a la consulta, asociar sus problemas de visión a la edad y el precio de las gafas o lentes de contacto son las principales razones por las que refieren no haber resuelto su problema de visión.

Conclusiones: La población rural presenta peores indicadores de salud visual que se ven influenciados por determinantes sociales, laborales y económicos. El uso de los servicios sanitarios es insuficiente para una adecuada prevención, especialmente en población diabética. Mejorar la accesibilidad a la asistencia sanitaria especializada y la concienciación en atención primaria sobre los riesgos de pérdida de visión podrían reducir estas desigualdades.

48. DESEMPLEO DE LARGA DURACIÓN EN LOS/AS JÓVENES. IMPACTO EN LA SALUD Y EL USO DE SERVICIOS SANITARIOS

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

CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP); Universidad de Valencia, Facultad de Enfermería y Podología, Departamento de Enfermería; Agència de Salut Pública de Barcelona; Escuela Andaluza de Salud Pública.

Antecedentes/Objetivos: Uno de los indicadores más sensibles de la crisis económica es el desempleo. El grupo de población más afectado ha sido las personas jóvenes. En España, la tasa de desempleo en jóvenes es del 57,7%, siendo la más alta de la Unión Europea (Eurostat, 2013). Existen pocos estudios que valoren el impacto del desempleo

de larga duración en personas jóvenes. El objetivo de este trabajo es determinar el impacto del desempleo de larga duración en jóvenes en la salud y el uso de servicios sanitarios.

Métodos: Los datos del estudio proceden de la Encuesta Nacional de Salud 2011-12, encuesta transversal representativa a nivel nacional y por CCAA, realizada a 20.007 personas adultas. La muestra seleccionada para el estudio son las personas jóvenes de 18-25 años que trabajan o se encuentran en situación de desempleo (645 personas, de los cuales el 50.7% son hombres y el 49.3% son mujeres). Las variables dependientes son: a) indicadores de salud, el malestar psicológico (GHQ-12), la salud percibida en el último año y la ansiedad/depresión (EQ-5D-5L EVA); b) uso de servicios: ingresos hospitalarios y visitas al hospital de día en el último año. La variable predictora es la situación laboral: ocupado/a, desempleado/a de < 1 año, desempleado/a de \geq 1 año. Se han ajustado modelos de regresión logística segmentados por sexo, con el cálculo de las ORa (IC95%) por el país de origen, el estado civil, la clase social y el apoyo social (escala DUKE).

Resultados: El 38% de los/as jóvenes de entre 18-25 años se encontraban en desempleo, entre los cuales, el 62,2% llevaba menos de un año y el 37,8% 1 año o más de duración. Se aprecian diferencias por sexo en los indicadores de salud analizados y en el uso de servicios sanitarios. Los jóvenes desempleados de más de 1 año presentan más probabilidad de malestar psicológico (ORa = 3,30), peor estado de salud percibido (ORa = 2,15) y más ingresos hospitalarios (ORa = 4,04) que los ocupados. Las jóvenes desempleadas de más de un año tienen más probabilidad de presentar ansiedad/depresión (ORa = 2,77) e ingresos hospitalarios (ORa = 2,85), en particular del hospital de día (ORa = 3,76) que las ocupadas. En ambos sexos, el desempleo de corta duración no se asocia con la salud ni al uso de servicios.

Conclusiones: El desempleo de larga duración se asocia con la salud y uso de servicios en población joven. Existen diferencias de género en la magnitud y tipología del impacto del desempleo de larga duración en el uso de servicios. Debido a su juventud, es poco probable que un sesgo de causalidad inversa explique estas asociaciones.

133. CALIDAD DE VIDA DE LAS PERSONAS SIN HOGAR EN UN CENTRO DE BAJA EXIGENCIA. NECESIDAD DE CUIDADOS

M.I. Fuertes Lanzuela, D. Martín Baena, P. Carrascosa Sánchez

Médicos del Mundo, Comunidad Valenciana; CIBER Epidemiología y Salud Pública; Escuela de Enfermería La Fe.

Antecedentes/Objetivos: Según la Encuesta sobre personas sin hogar del año 2012, 22.938 personas sin hogar (PSH) fueron atendidas en centros asistenciales de alojamiento y restauración en España. La PSH es más vulnerable que el resto de la población a determinadas enfermedades físicas y psíquicas debido a sus condiciones de vida, a sus hábitos y conductas. Ante esta realidad, están los centros de baja exigencia (Cbex), que atienden a PSH ofreciendo servicios de alimentación e higiene personal, al mismo tiempo que prestan servicios sociales y sanitarios. El objetivo de este estudio es conocer la calidad de vida de las PSH para identificar necesidades de cuidados enfermeros.

Métodos: Se realizó un estudio transversal, mediante entrevistas personales, a 61 usuarios de un Cbex durante el periodo comprendido entre febrero y abril de 2013. Las variables resultado que explicaron la calidad de vida fueron: la percepción de la salud (física y mental) mediante el SF-12. Las variables explicativas fueron: a) características sociodemográficas, b) contexto familiar y de vivienda, c) estilos de vida, d) morbilidad crónica y e) satisfacción necesidades básicas. Para

determinar el impacto en la calidad de vida de las PSH se realizaron modelos de regresión logística binaria, con el cálculo de los Odds ratio y su intervalo de confianza (OR [IC95%]).

Resultados: Respecto a la calidad de vida, el 57,9% de las PSH perciben su salud como mala. Un 41% presenta peor estado de salud física frente a un 85,2% de los usuarios que presentan mala salud mental. Por sexo, las mujeres sin hogar presentan casi 2 veces más probabilidad de peor estado de salud percibido que los hombres (OR = 1,8). Las PSH con hepatitis presentan casi 5 veces peor estado de salud física (OR = 4,7). Respecto a la higiene, los usuarios que presentan un mal aseo personal tienen más probabilidad (OR = 4,5) de mala salud física. En cuanto a la seguridad, las PSH que sufren peleas tienen trece veces más probabilidad (OR = 13,5) de mala salud física frente a las PSH que sufren agresiones o robos que tienen cinco veces (OR = 5,3) y (OR = 5,4) respectivamente peor estado de salud mental. También las PSH que duermen solas presentan cinco veces más riesgo de peor salud mental (OR = 4,9). Asimismo las PSH que sufren algún tipo de dolor presentan catorce veces peor estado de salud mental (OR = 14,3).

Conclusiones: El impacto en la salud física y mental encontrado en las PSH que acuden al Cbex hacen necesaria, no una mera actuación asistencial, sino una actuación fundamentada en la educación y promoción para la salud. Cuidados que no podremos proporcionar si el profesional sanitario no es conocedor de la multiplicidad de problemáticas asociadas a las PSH.

193. UN AÑO DE MEDIACIÓN SANITARIA CON COMUNIDAD GITANA EN EL HOSPITAL VALDECILLA

C. González Cobo, R. Pesquera Cabezas, J. Vargas Hernández, B. Borja Borja, O. Pérez González, M. Gatón Lasheras, D. Prieto Salceda, L.M. López López, M.S. Blanco Incera

Plataforma de Asociaciones Gitanas Romanés; Observatorio de Salud Pública de Cantabria.

Antecedentes/Objetivos: Un estudio cualitativo realizado por el OSPC (2009-11) sobre la población gitana de Cantabria evidenció la necesidad de facilitar el acercamiento entre la cultura gitana y la sanitaria a través de un modelo de mediación intercultural que permita la participación de los pacientes gitanos y que dé apoyo a los profesionales sanitarios. En Cantabria no había una articulación de políticas sanitarias que contemplasen los contextos interculturales. El objetivo fue desarrollar un plan de mediación intercultural en el Hospital Marqués de Valdecilla (HUMV).

Métodos: Se realizó un plan de mediación como instrumento de intervención en la desigualdad social que sufre este colectivo, materializado en acciones encaminadas al fortalecimiento de su salud. La intervención se planteó desde un enfoque sanitario contemplando aspectos educativos, laborales, de vivienda, sociofamiliares y culturales, incorporando las perspectivas de género, de igualdad de trato y no discriminación. El programa presentó tres ejes de actuación: 1. Labor de mediación, 2. Formación y difusión y 3. Creación de redes y apoyos. El proyecto se realizó en colaboración entre el OSPC (Observatorio de salud Pública y la Plataforma Romanés (Asociación gitana más representativa en Cantabria).

Resultados: Desarrollo de un protocolo Hospitalario (consensuado entre Gerencia Hospital- OSPC- plataforma), para la actuación de los mediadores con: implementación circuitos, tríptico informativo y carteles, hoja de registro, base de datos y hoja de consentimiento informado a pacientes). Según el protocolo se ha intervenido en los primeros 6 meses (abril-septiembre) a 41 pacientes, 35 familias en 47 casos diferentes. Se han realizado 185 intervenciones (47 de toma de contacto con paciente y/o familiares, 23 de acompañamiento en consulta, 9 de ayuda para interpretación del diagnósti-

co, 27 de gestión tramites e información funcionamiento, 17 gestión de conflictos y tensiones, 4 sobre asesoramiento en salud y cultura gitana, 48 visitas de seguimiento a pacientes hospitalizados, 4 a no hospitalizados, 6 otras). El cómputo de personas beneficiarias directas del programa en la comunidad gitana fue de 2.108 personas. La nota media de satisfacción con el programa fue de 7,34 (1-10 ptos).

Conclusiones: Un programa de mediación Intercultural en el ámbito sanitario específico para el colectivo gitano. Disminuye la conflictividad y mejora la satisfacción, la seguridad clínica y adherencia a tratamientos. La muestra aún es pequeña y se necesita más recorrido del programa para hacer una evaluación global.

Financiación: Obra Social de la Caixa.

284. INTERVENCIÓN SOCIO SANITARIA POR UN BROTE DE TUBERCULOSIS EN UNA ZONA DEPRIMIDA

M.V. Rigo Medrano, M.S. Cilleruelo Hernández, V. García Román, M.T. Gea Velázquez de Castro

Sección de Epidemiología, Centro de Salud Pública de Alicante; Servicio de Medicina Preventiva, Hospital General Universitario de Alicante; Servicio de Medicina Preventiva, Hospital General de San Juan.

Antecedentes/Objetivos: A inicio de 2013 se notificaron varios casos de Tuberculosis (TB) en población infantil, de una determinada zona de Alicante. La zona presentaba históricamente una incidencia superior al resto de la ciudad, con unas condiciones higiénicas y socio-económicas precarias. Casos fundamentalmente en etnia gitana, con cultura y creencias sobre salud/enfermedad diferentes al resto de población. Describir la investigación y la intervención realizada.

Métodos: Casos de TB notificados en la zona durante 2011-2013. Coordinación con servicios sociales y sanitarios. Solicitud de colaboración a Organizaciones de Promoción y Desarrollo Social del Pueblo Gitano. Elaboración de plan de divulgación en la población y de material audiovisual. Intervención de mediadores gitanos. Estudio filogenético. Análisis descriptivo (tiempo, lugar y persona). Descripción de la intervención.

Resultados: Nº casos: 16. Población a riesgo: desconocida, se asume población empadronada (11.180 habitantes, 25% extranjeros). Tasa de ataque (TA): 0,14%, TA \leq 14 años: 0,34%, TA > 14 años: 0,08%. Índice de masculinidad 3. Casos < de 5 años, 25%; entre 5-14 años (38%) Forma clínica: pulmonares 13, pleurales 3, asintomáticos 6. Bacilíferos 3 (18%), confirmados bacteriológicamente 6 (idéntico patrón con RAPD-RFLP). Duración del brote 124 semanas. Intervención: Intradermoreacción de Mantoux a nivel comunitario: 301 contactos, TA en contactos 1,66%. Nº infectados 58, recomendación quimioprofilaxis 50 (Abandonaron 5), nº no infectados: 115. En \leq 14 años (130) el 88% refería contacto social, detectándose 11 Infectados y 5 casos de TB no confirmada microbiológicamente, los 11 infectados recibieron profilaxis secundaria. Charlas divulgativas a la población, con apoyo de video y presentación elaborada en colaboración con el resto de actantes; se adecuó el mensaje a hábitos familiares, sociales, culturales y religiosos: 2 en iglesias evangelistas, 3 en centros docentes, 1 en centro social. Se difundió cartel sobre medidas de control y prevención.

Conclusiones: Es fundamental la coordinación sanitaria de Salud Pública con los asistenciales hospitalarios y de primaria, así como la colaboración de organizaciones/instituciones que nos acerquen a la complejidad de distintas culturas. El estudio de contactos ampliado fue importante para interrumpir la transmisión en el brote. Los bacilíferos fueron escasos, aunque la transmisión importante. El estudio filogenético de las cepas fue necesario para confirmar el brote.

468. EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD BUCODENTAL PARA LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR EN LA RED HOSPITALARIA PÚBLICA DE MEDELLÍN (COLOMBIA)

A. Posada-López, A.A. Agudelo-Suárez, S. Alzate-Urrea, F. López-Vergel, C. López-Orozco, E. Espinosa-Herrera, E. Meneses-Gómez

Facultad de Odontología, Universidad de Antioquia; Facultad de Odontología, Fundación Universitaria Autónoma de las Américas.

Antecedentes/Objetivos: La población adulta mayor es un grupo poblacional significativo teniendo en cuenta los cambios demográficos de las últimas décadas. En el país y en la ciudad de Medellín, este grupo presenta alta vulnerabilidad social, así mismo se observan necesidades en salud bucal, descritas en los estudios nacionales y regionales en el tema. Aunque se han realizado investigaciones que tratan de identificar determinantes que afectan el acceso y la utilización de los servicios de salud, los estudios en salud bucal son más escasos y en especial en la población adulta mayor. Objetivo: identificar barreras y facilitadores de acceso a los servicios de salud bucal en población adulta mayor atendida en la red hospitalaria pública de Medellín desde la perspectiva del personal de salud.

Métodos: Estudio cualitativo. Se realizaron 34 entrevistas semiestructuradas en personal que presta servicios de salud en la red Metrosalud de Medellín. Se identificaron barreras y facilitadores según el modelo de Tanahashi sobre cobertura en los servicios de salud a través de 4 categorías: disponibilidad (D), accesibilidad (A), aceptabilidad (P) y contacto con el servicio (C). Se utilizó la herramienta informática AtlasTi.

Resultados: Se identificaron barreras relacionadas con: dificultades en la implementación de políticas sociales debido a que la salud bucal no es una prioridad; se han priorizado otras poblaciones para dar atención en salud bucal y existe insuficiente recurso humano para prestar los servicios de salud (D); la situación de discapacidad de los adultos mayores (A); aspectos educativos, culturales y de género (P); y la crisis del sector salud como una barrera estructural del sistema (C). En cuanto a los facilitadores se mencionan: la existencia de programas que facilitan la demanda inducida a programas de salud bucal y de mecanismos para hacer valer los derechos en salud a través de instancias gubernamentales y otras (D); la ubicación de las unidades y centros de salud en zonas de fácil acceso (A); la capacidad de los profesionales para atender esta población (P) y la articulación de la odontología con otras áreas (C).

Conclusiones: Se identificaron determinantes que afectan el acceso a servicios sanitarios en la población adulta mayor, por lo que se requieren estrategias para mejorar la calidad de la atención en salud bucal en este grupo socialmente vulnerable.

Financiación: E.S.E Metrosalud. Medellín (Código: C02-E11-L3-01).

543. PERCEPCIÓN SOBRE DISCRIMINACIÓN DE LA POBLACIÓN LGTBI EN LOS SERVICIOS DE SALUD BUCAL SEGÚN EL PERSONAL SANITARIO

S. Alzate-Urrea, A.A. Agudelo-Suárez, F.E. Londoño-Candanoza, A.L. Julio-Pérez, J.Y. Monsalve-Orrego, G. Chinome-Flórez, K.M. Pérez-Torres, L.F. Arias-Durango

Facultad de Odontología, Universidad de Antioquia.

Antecedentes/Objetivos: La población LGBTI ha luchado por sus derechos igualitarios desde la mitad del siglo XX y la atención en salud y en salud bucal no han sido temas aislados a esta lucha. En el país, y concretamente en la ciudad de Medellín se está viviendo un fenómeno de visibilización de esta población en el campo social, cultural y legal. Esto ha traído también otras situaciones donde se evidencian comportamientos discriminativos hacia este grupo, afectando su desempeño dentro de la sociedad, su calidad de vida y sus derechos

fundamentales, como por ejemplo el derecho a la salud. A pesar de que se han hecho estudios en los cuales se encuentra que el personal sanitario tiene conductas discriminatorias hacia la población LGBTI, las investigaciones en salud bucal son escasas, y más aún si se trata de analizar la situación desde la perspectiva de los prestadores de servicios de salud bucal. Objetivo: explorar las percepciones sobre discriminación hacia la población LGBTI desde la perspectiva del personal que presta servicios de salud bucal (públicos y privados).

Métodos: Estudio cualitativo con perspectiva fenomenológica. Se realizaron 16 entrevistas semiestructuradas a diferentes prestadores de servicios de salud bucal, tanto en el sector público como privado. Por medio del análisis narrativo de contenido se identificaron categorías de análisis iniciales y emergentes según tendencias, consensos y divergencias en los discursos de los participantes.

Resultados: Se encontraron experiencias de discriminación que son presentes en el personal prestador de servicios en su manera de recibir al paciente en la consulta, la ubicación de éste en la unidad, las excesivas medidas de bioseguridad tomadas para su atención (alimentadas por la concepción de que esta población es portadora de enfermedades transmisibles), actitudes de burlas hacia esta población, o en algunos casos, la negación de la atención. La discriminación es mayor cuando el paciente LGBTI impacta con su apariencia física o su personalidad al personal sanitario (por ejemplo la población transgénero). Estas situaciones de discriminación se han presentado más comúnmente en el sistema público de atención en salud bucal.

Conclusiones: Se encontraron experiencias de discriminación en los servicios de salud bucal hacia la población LGBTI que dependen del tipo de servicio y que son más acentuadas en algunos subgrupos.

604. EL EFECTO DE LA LEY DE DEPENDENCIA EN LA CALIDAD DE VIDA DE LAS CUIDADORAS INFORMALES. CONCEPT MAPPING CON CUIDADORAS Y PROFESIONALES DE SALUD

M. Salvador Piedrafita, D. Malmusi, R. Mehdipana, M. Rodríguez-Sanz, A. Espelt, C. Pérez-Vázquez, E. Solf, M. Abajo, C. Borrell

UD MPySP PSMAR-UPF-ASPB; Agência Salut Pública de Barcelona-IIB-Sant Pau; CIBERESP; EAP El Carmel.

Antecedentes/Objetivos: En España hay 2 millones de personas con dependencia, atendidas en un 80% por cuidado informal, suponiendo un coste en la calidad de vida de quienes cuidan, en general, mujeres de clase social desfavorecida, de modo que el cuidado actúa como determinante de desigualdad en salud. El objetivo del estudio es analizar los posibles mecanismos de influencia de la Ley de Dependencia sobre la calidad de vida de las cuidadoras mediante las percepciones de las propias cuidadoras y profesionales sanitarias de Atención Primaria (AP) que las atienden.

Métodos: El estudio se realizó en 4 grupos de 2 centros de AP de Barcelona: 2 de cuidadoras informales de personas que habían recibido prestaciones por la Ley de Dependencia y 2 de profesionales de AP. Se utilizó el Concept Mapping, una metodología cuantitativa y cualitativa que consta de 3 sesiones. En la 1ª se planteó grupalmente la pregunta focal: "Una manera en que la ley ha podido influir en la calidad de vida de las cuidadoras es...", y las respuestas obtenidas se agruparon y valoraron individualmente en una 2ª sesión, según importancia y satisfacción para cuidadoras, e importancia y frecuencia para profesionales. Posteriormente, se representaron las ideas en mapas mediante escalado multidimensional. En la 3ª sesión se presentaron a las participantes los mapas para escoger los nombres de los conceptos agrupados y su interpretación.

Resultados: Participaron 16 cuidadoras (de 66 años de media y en un 81% de los casos cuidaban las 24 horas todos los días de la semana) y 21 profesionales de AP (12 médicas, 8 enfermeras y 1 trabajadora

social). Destacó una ambivalencia de los efectos detectados, algunos fueron considerados inconvenientes como las condiciones en las que se ha implementado la ley, y otros fueron aspectos positivos como la posibilidad de compartir el cuidado, poder mantener la responsabilidad, cambios en la sobrecarga física, emocional y social, y en menor medida, oportunidades a nivel económico y laboral. La mayoría de los mecanismos identificados eran comunes en ambos grupos, siendo las diferencias más notables la mayor importancia al apoyo económico y la menor a los inconvenientes de la implementación dadas por profesionales.

Conclusiones: Este estudio evidencia el impacto de la ley más allá de las personas con dependencia, afectando también a la calidad de vida de las cuidadoras. Pone de relevancia los efectos positivos y así como los problemas de implementación y dotación presupuestaria. Por tanto, es necesario, no solo no recortar, sino priorizar políticas públicas como la Ley de Dependencia.

Financiación: Financiación parcial: FP7 (SOPHIE-278173).

262. INIQUIDADES NA INSEGURANÇA ALIMENTAR EM AGREGADOS FAMILIARES PORTUGUESES – INQUÉRITO INFAMÍLIA (2011-2013)

P.J. Nogueira, M.J. Gregório, P. Graça

Direção-Geral da Saúde, Portugal; Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto.

Antecedentes/Objetivos: O crescendo das desigualdades sociais tem colocado grandes desafios na área da saúde pública. Neste contexto a garantia da segurança alimentar das populações tem vindo a ganhar uma expressão crescente nas agendas políticas de saúde. Até recentemente, Portugal não tinha um sistema nacional de monitorização da insegurança alimentar (IA), de modo a fazer um diagnóstico da situação e identificar os possíveis factores associados. O presente trabalho identifica as iniquidades que se observam ao nível da IA numa amostra de agregados familiares (AF) portugueses.

Métodos: Foram analisados os resultados de três estudos nacionais (2011-2013) conduzidos pela Direção-Geral da Saúde, com o objetivo de monitorizar a IA na população portuguesa. Os dados foram recolhidos com aplicação indireta de um questionário e a utentes dos cuidados de saúde primários do sistema nacional de saúde. A avaliação da IA foi efetuada com recurso a uma escala psicométrica de IA, adaptada da "Escala Brasileira de Insegurança Alimentar". Para avaliar a associação entre a situação de IA (algum grau de IA) e as características socioeconómicas e demográficas, utilizaram-se os odds ratios (OR) ajustados com intervalos de 95% confiança (IC95%).

Resultados: Foram analisados 3.768 agregados familiares. Verificou-se um risco aumentado para a IA em AF residentes na Região de Saúde do Algarve (OR = 1,911; 1,473-2,481) e de Lisboa e Vale do Tejo (OR = 1,617; 1,312-1,992); nos AF dos inquiridos do sexo masculino (OR = 1,263; 1,070-1,491); nos AF dos inquiridos analfabetos (OR = 3,743; 2,514-5,572), quando comparados com os AF dos inquiridos com o 1º ciclo do ensino básico; nos AF dos inquiridos desempregados (OR = 2,411; 1,915-3,037), em comparação com os inquiridos ativos e nos AF dos inquiridos com pré-obesidade (OR = 1,292; 1,090-1,531) ou obesidade (OR = 1,257; 1,023-1,545), quando comparados com os AF dos inquiridos normoponderais. O risco de IA também aumentou sustentadamente à medida que aumenta o número de elementos do AF.

Conclusiones: Foram encontradas iniquidades regionais na IA em Portugal. Verificou-se uma forte associação entre a IA e as diferentes características socioeconómicas e demográficas estudadas. Estamos em crer que a identificação das características socioeconómicas e demográficas dos AF que os pode tornar mais suscetíveis ao problema da IA é crucial para delinear intervenções no sentido de reduzir a prevalência de IA.

609. LA VIOLENCIA EN ESPAÑA A TRAVÉS DEL CONJUNTO MÍNIMO BÁSICO DE DATOS

C.C. Gil-Borrelli, D. Martín Ríos, R. Torres, B. Reche, E. Muriel, M. Quintana, A. Capa, M.A. Rodríguez Arenas

Hospital General Universitario Gregorio Marañón; Hospital Rey Juan Carlos; Hospital Universitario La Paz; Escuela Nacional de Sanidad, Instituto de Salud Carlos III.

Antecedentes/Objetivos: La violencia interpersonal constituye un importante problema de Salud Pública que, sin embargo, está poco estudiado en España. A través del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) al alta de pacientes con diagnóstico de agresión, hemos intentado elaborar perfiles de caso que nos ayuden a conocer mejor estos eventos.

Métodos: Estudio descriptivo de los casos de pacientes con diagnóstico secundario de agresión en CMBD, entre 1999-2011. Se han utilizado los códigos E960-E969 del CIE-9. El perfil se describe en base a la edad (por rango intercuartílico), la gravedad del episodio (en función del tipo de alta) y el tipo de atención requerida, con una visión de género.

Resultados: El perfil de caso de agresión en varón (85%) es de un paciente de entre 15 y 44 años, que en un 93,7% de los casos precisa de atención urgente y cuya gravedad es moderada (95% alta a domicilio), produciéndose la muerte en el 1,2% de las ocasiones. Reingresa en el 3% de los casos. El perfil en las mujeres (15%) difiere levemente: con una edad comprendida entre 31 y 52 años, requieren atención urgente el 94% de las ocasiones, el 96% con una gravedad moderada, produciéndose la muerte de la paciente el 1,7% de las ocasiones y con un reingreso el 2% de los casos. No ha sido posible realizar análisis de tendencias o comparaciones entre CCAA.

Conclusiones: Aunque necesitan ser mejorados para evitar ciertas limitaciones, los sistemas de información sanitaria constituyen una riquísima fuente de datos que pueden ser utilizados para la investigación en Salud y, a través de sus resultados, para el desarrollo de planes de prevención e intervención sociosanitaria en temas de violencia.

de problemas, propuesta de medidas de mejora y su priorización e implementación. Se describe aquí el proceso de planificación de las medidas preventivas propuestas en un ensayo controlado no aleatorizado (Proyecto TME-PREVAL) para la evaluación de la intervención en una empresa sanitaria.

Métodos: La población de estudio son los camilleros de un hospital terciario. Entre febrero y junio 2013 se realizó la intervención de EP, concretándose 29 propuestas de mejora agrupadas en 7 tipos de medidas preventivas generales. Para su planificación e implementación, se creó un grupo operativo de 4 mandos intermedios, 1 directora y 2 expertas en salud laboral. Las medidas preventivas propuestas se organizaron en una tabla de planificación con seis variables de proceso (factibilidad, responsables, previsión, coste añadido, estado actual, seguimiento) que se revisa en reuniones periódicas. La intervención, su evaluación y el proceso de implementación de las propuestas tienen el acuerdo y seguimiento del Comité de Seguridad y Salud.

Resultados: Desde diciembre 2013 se han realizado 3 reuniones, una con Tecnología y Servicios Generales. Hasta el momento se han implementado 3 de las 7 medidas preventivas generales propuestas en los círculos de prevención, basadas en adquisición de equipos para realizar transferencias de pacientes, cambio de las botellas de oxígeno, creación de un grupo de compras formado por los trabajadores y sesiones de formación práctica para el uso de equipos nuevos. Del total de 29 propuestas, el 25% se han resuelto total o parcialmente, especialmente las técnicas (67%) seguidas de las estructurales y organizativas (20%). Un 17% de propuestas están en curso y el 45% siguen pendientes, especialmente las de formación e información. Se encuentra en curso la realización de un inventario y registro de equipos, estudio de ingeniería para la instalación de un ascensor y la reorganización y diseño de espacios de las unidades de hospitalización para facilitar el traslado de pacientes.

Conclusiones: La institución sanitaria en la que se está llevando el Proyecto TME-PREVAL es un marco ideal de actuación para implementar y evaluar la intervención de EP.

513. DESCRIPCIÓN Y EVALUACIÓN DEL PROCESO DE INTERVENCIÓN CON UN PROGRAMA DE ERGONOMÍA PARTICIPATIVA

C. Gual Llorens, A.M. García, C. Sancho, C. Serra

CiSAL-UPF; Universitat de València; Servei de Salut Laboral de Parc de Salut Mar; CIBERESP.

Antecedentes/Objetivos: La ergonomía participativa (EP) es una intervención en el lugar de trabajo que cuenta con la participación activa de trabajadores y otros agentes relevantes de la empresa y cuyo objetivo principal es prevenir los trastornos musculoesqueléticos (TME) de origen laboral a través de cambios y mejoras en las condiciones de trabajo. Un grupo en el que cooperan trabajadores y responsables de la empresa (Grupo Ergo) planifica y guía todo el proceso de la intervención, tanto en la identificación de los problemas (fundamentalmente basada en un cuestionario autoadministrado a los trabajadores) como en la propuesta de medidas preventivas (mediante círculos de prevención) y seguimiento del programa. El Grupo Ergo recibe formación específica para el desarrollo de sus funciones y cuenta con el apoyo de un tutor con conocimiento en programas de EP. El objetivo de esta comunicación es evaluar el proceso de una intervención de EP en un hospital terciario.

Métodos: Para la evaluación del proceso se han considerado indicadores de contexto, alcance, dosis, participación, implementación y fidelidad combinando tanto datos cualitativos (diario, entrevistas a informantes clave, observación) como cuantitativos.

Salud laboral I (Oral 10 minutos)

Jueves, 4 de septiembre de 2014. 11:30 a 13:30 h

Moderadora: Elena Ronda Pérez

753. PLANIFICACIÓN DE MEDIDAS PREVENTIVAS EN UNA INTERVENCIÓN DE ERGONOMÍA PARTICIPATIVA (TME-PREVAL)

C. Sancho, C. Serra, C. Gual, A.M. García

Parc de Salut Mar; CiSAL-Universidad Pompeu Fabra; CIBER de Epidemiología y Salud Pública; Universidad de Valencia.

Antecedentes/Objetivos: La ergonomía participativa (EP) es una intervención en el lugar de trabajo que cuenta con la participación activa de trabajadores y otros agentes de la empresa cuyo objetivo principal es prevenir los trastornos musculoesqueléticos de origen laboral a través de cambios y mejoras en las condiciones de trabajo. Utiliza esencialmente técnicas cualitativas para la identificación

Resultados: Los trabajadores camilleros eran 43. El Grupo Ergo (GE) constituido para la intervención estaba compuesto por 7 miembros incluyendo técnicos, mandos, representantes de los trabajadores y trabajadores con experiencia en el puesto de trabajo. Durante los 5 meses que duró el proceso de intervención, el GE recibió 4 sesiones formativas y llevó a cabo un total de 7 reuniones de trabajo, en las que se planificaban todas las fases del programa y se analizaron los resultados de la identificación de problemas. Para la propuesta de soluciones, se formaron tres círculos de prevención, uno por cada turno de trabajo, participando en total 15 trabajadores. De la información cualitativa recogida durante el proceso destaca la alta motivación de los miembros del GE y su buen funcionamiento en el desempeño de sus tareas. Por su parte, los trabajadores hacen referencia a su satisfacción con la posibilidad de comunicar a la empresa sus preocupaciones y participar directamente en la mejora de sus condiciones de trabajo. Actualmente, se están valorando e implementando las medidas preventivas propuestas desde los círculos de prevención, con el acuerdo y seguimiento del Comité de Seguridad y Salud de la empresa.

Conclusiones: La evaluación del proceso del programa llevado a cabo es en general positiva. Según perciben los trabajadores y otros agentes implicados en la intervención, la experiencia ha sido satisfactoria, aunque queda pendiente la evaluación de los resultados una vez se implementen las medidas preventivas propuestas.

494. CULTURA DE SEGURANÇA: DESENVOLVIMENTO DE UM INSTRUMENTO PARA PREVENÇÃO DE RISCOS DE TRABALHO

M.J. Pedrosa, M.P. Teixeira, L.S. Mónico, F. Rodrigues, H.M. Cardeira

Universidade de Aveiro; Grupo Lusófona; Universidade de Coimbra; Universidade do Porto; Universidade da Extremadura.

Antecedentes/Objetivos: Os acidentes de trabalho afetam a produtividade laboral, por via do absentismo e da desmotivação. Os países mais competitivos são os que registam menor número de acidentes de trabalho, pelo que pensar e atuar na prevenção traz vantagens a diversos níveis. A diminuição dos acidentes de trabalho passa pela modificação das condições de segurança e pela promoção de uma cultura de segurança. Este artigo descreve o processo de desenvolvimento de um instrumento que avalie a Cultura de Segurança na Construção Civil. Pretende contribuir para a implementação de uma cultura de segurança e avaliar como esta pode influenciar comportamentos dos trabalhadores e seu empenho em aumentar as condições de segurança no trabalho.

Métodos: A amostra é composta por 200 homens e 2 mulheres, trabalhadores de 33 empresas de Construção Civil. A maioria possui entre 35 e 60 anos e o 4º ou 6º ano de escolaridade e encontra-se efetivo na empresa (M = 19,9, DP = 11,3 anos de trabalho). Com base na literatura e na consulta de peritos no domínio da prevenção de riscos laborais foi elaborado o Questionário de Cultura de Segurança no setor da Construção Civil (QCS-CC), composto por 30 itens medidos numa escala de Likert (1 = Discordo totalmente a 5 = Concordo totalmente). O estudo da dimensionalidade foi feito através de uma Análise em Componentes Principais (rotação VARIMAX) e a fiabilidade avaliou-se através do coeficiente de Cronbach. Os dados foram recolhidos nos estaleiros das obras em contexto de trabalho, tendo sido respeitados os procedimentos éticos.

Resultados: A análise da dimensionalidade do QCS-CC resultou em três subescalas: 1. Cultura organizacional (= 0,87), 2. Comunicação de Segurança (= 0,89) e 3. Cultura de Segurança (= 0,83). A Cultura Organizacional (M = 4,29; DP = 0,59) é composta por itens que avaliam o modo como os trabalhadores encaram a preocupação com a segurança no trabalho, atendendo aos procedimentos que con-

tribuem para a prevenção do risco. A Comunicação de Segurança (M = 4,09; DP = 0,70) mede as atitudes face à comunicação sobre a segurança e prevenção do risco. A Cultura de Segurança (M = 4,17; DP = 0,58) avalia como é transmitida a mensagem sobre a segurança, reforçando-se as noções de hábito, valor e crença, em detrimento da obrigação.

Conclusiones: Os resultados evidenciam que os participantes manifestam atitudes mais favoráveis face à Cultura Organizacional, seguindo-se a Cultura de Segurança e, em último, a Comunicação de Segurança. O uso deste instrumento permitir-nos-á detetar as dimensões da cultura de segurança mais fragilizadas em contexto laboral, adotando medidas de controlo para a prevenção do risco e redução do número de acidentes de trabalho.

497. EDUCAR NA PREVENÇÃO DE RISCOS LABORAIS NA MANUFATURA DE NANOPARTÍCULAS E NANOMATERIAIS: PROPOSTA DE INVESTIGAÇÃO

M.J. Pedrosa, M.P. Teixeira, L.S. Mónico, F. Rodrigues, H.M. Cardeira

Universidade de Aveiro; Grupo Lusófona; Universidade de Coimbra; Universidade do Porto; Universidade da Extremadura.

Antecedentes/Objetivos: A ideia de nanotecnologia está associada a investigação e desenvolvimento na manipulação de matéria à escala atómica e molecular, com vista à criação de novos materiais. Para além dos benefícios prometidos (desenvolvimentos na área da saúde, melhoria da qualidade de vida, redução da pobreza), impõe-se uma avaliação dos potenciais riscos das Nanopartículas & Nanomateriais (N&N). As metodologias de avaliação de risco aplicadas a substâncias e materiais com potencial dano para a saúde humana não são as adequadas para a avaliação do risco das N&N, sendo necessário um novo quadro de normas e métodos de avaliação. Urge avaliar, monitorizar e dialogar com os stakeholders, pois são estes que enfrentam os riscos, mas nem sempre os benefícios associados às N&N. Partindo do conhecimento sobre os potenciais riscos para os trabalhadores com N&N em ambiente laboratorial e industrial, pretende-se nesta investigação definir medidas de prevenção dos riscos na manufatura e manipulação de N&N.

Métodos: A metodologia contempla uma primeira parte de revisão de literatura sobre N&N, identificando perigos, riscos e doenças associadas. A segunda parte consiste na elaboração e aplicação de um inquérito por questionário autoadministrado, como instrumento de medida para obtenção de conhecimento e contributo para a identificação dos perigos e avaliação de riscos na saúde ocupacional associados à manufatura/manipulação de N&N.

Resultados: Os resultados obtidos permitir-nos-ão: (1) conhecer as N&N que se utilizam em laboratório e nas matérias-primas das indústrias, com vista ao desenvolvimento de medidas de prevenção/controlo de riscos; (2) auscultar a realidade dos stakeholders quanto aos riscos decorrentes da manufatura/manipulação de N&N; (3) contribuir com informação sobre riscos laborais associados às N&N em diferentes sectores da indústria e em laboratório; (4) contribuir para evitar doenças e novas doenças; e (5) adquirir competências para a redefinição de currículos para o ensino geral e técnico, incidindo na aprendizagem sobre condições de segurança e saúde ocupacionais em contexto de trabalho com N&N, com risco tolerável e prevenção de doença.

Conclusiones: Com esta investigação pretendemos dar um contributo no preenchimento de algumas das lacunas apontadas pelo National Institute for Occupational Safety and Health referentes ao conhecimento e produção de recomendações, cuja área mais deficitária indicada é a gestão de riscos associados às N&N: avaliação da exposição e dos de riscos, controlo de engenharia e equipamentos de proteção individual, recomendações/orientações e comunicação/informação sobre os riscos e respetiva prevenção.

263. TIPO DE CONTRATO E INCIDENCIA DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL EN UNA MUESTRA REPRESENTATIVA DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA ESPAÑOLA (COHORTE MUESTRA CONTINUA DE VIDAS LABORALES)

E. Zaballa, J.M. Martínez, X. Duran, F.G. Benavides

Centro de Investigación de Salud Laboral (CISAL), Universitat Pompeu Fabra (UPF); CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP); Institut Hospital del Mar d'Investigacions Mèdiques (IMIM).

Antecedentes/Objetivos: El modelo de flexiseguridad busca un equilibrio entre la flexibilidad del mercado laboral y la seguridad en coberturas sociales y retorno al empleo. La prestación económica y sanitaria derivada de la incapacidad temporal representa uno de los mecanismos de protección social que garantiza la seguridad de los trabajadores. Este derecho debe de poder ser disfrutado independientemente de la flexibilidad del mercado laboral. Este estudio tiene como objetivo evaluar diferencias en la incidencia de la incapacidad temporal por contingencia común (ITcc) en trabajadores temporales y permanentes, para conocer si el tipo de contrato trabajo (indicador de flexibilidad) influye en el ejercicio del derecho a proteger la salud mediante una incapacidad temporal (indicador de seguridad).

Métodos: Estudio de cohorte retrospectiva formada por 653.264 trabajadores afiliados al Régimen General de la Seguridad Social en España incluidos en la Muestra Continua de Vidas Laborales (MCVL), de los cuales 133.724 iniciaron un episodio de ITcc durante 2009. Se calcularon las tasas de incidencia de ITcc utilizando el tiempo en riesgo de cada trabajador. Posteriormente se obtuvieron las razones de tasas crudas (RTc) y ajustadas (RTa) de los trabajadores temporales respecto a los permanentes, así como los respectivos intervalos de confianza al 95% (IC95).

Resultados: La incidencia de ITcc en los trabajadores temporales fue ligeramente superior que en los trabajadores permanentes (32,2 versus 28,9 por 100 trabajadores-año). Las diferencias se observaron tanto en hombres (RTc = 1,12; IC95%: 1,10-1,14) como en mujeres (RTc 1,11; IC95% 1,09-1,12). Después de ajustar por edad, tamaño de empresa y categoría ocupacional, las diferencias desaparecieron en hombres (RTa = 1,01; IC95% 0,99-1,02) y disminuyeron significativamente en mujeres (RTa 1,06; IC95% 1,04-1,07).

Conclusiones: Los resultados muestran que los trabajadores, independientemente del tipo de contrato de trabajo, disfrutan de una baja laboral cuando temporalmente están impedidos para trabajar debido a una enfermedad común o accidente no laboral. Esto sugiere que el sistema de protección social ofrece un nivel de seguridad similar a los empleados tanto si son temporales como permanentes.

Financiación: Beca ICAMS.

778. FACTORES RELACIONADOS CON LA EXPOSICIÓN A RIESGOS PSICOSOCIALES POR OCUPACIÓN EN POBLACIÓN LABORAL ESPAÑOLA (PROYECTO MATEMESP)

M.C. González-Galarzo, A.M. García

Centro de Investigación en Salud Laboral (CiSAL); Universidad de Valencia; CIBERESP.

Antecedentes/Objetivos: El objetivo de este trabajo es analizar la relación entre la exposición a riesgos psicosociales y las características sociodemográficas y condiciones de empleo de los trabajadores por ocupación, según los datos contenidos en la matriz empleo-exposición española (MatEmEsp).

Métodos: Se analizan los datos de MatEmEsp para ocupaciones a 3 dígitos (CNO94). El nivel de exposición a riesgos psicosociales (ritmo de trabajo, influencia e inseguridad) se mide en una escala estandarizada de 0 a 100, utilizándose como estimador la media de exposición en cada ocupación, según los datos procedentes de la Encuesta COPSOQ-ISTAS 21 (2005). La información sobre la distribución en cada ocupación según características sociodemográficas (edad, sexo, nivel de estudios, país de origen y clase social (I-V)) y condiciones de empleo (situación de empleo, contrato temporal y horas de trabajo semanales) proceden de la Encuesta de Población Activa (2005). Se descartaron las ocupaciones con un número de entrevistados inferior a 20. Se calculan los coeficientes de correlación (rho) entre las prevalencias de exposición y las características sociodemográficas y condiciones de empleo en cada ocupación.

Resultados: Conforme aumenta el nivel de ritmo de trabajo disminuye la proporción de asalariados (rho = -0,27) y aumenta la proporción empleadores (rho = 0,25) y el número de horas trabajadas (rho = 0,25) por ocupación. El nivel de influencia se relaciona negativamente con la proporción de menores de 30 años (rho = -0,24), de personas sin estudios (rho = -0,63), o con estudios primarios (rho = -0,56), de personas extranjeras (rho = -0,43), asalariadas (rho = -0,38) y con trabajo temporal (rho = -0,53) por ocupación, y con la clase social (rho = -0,73); y positivamente con la proporción de autónomos (rho = 0,33) y empleadores (rho = 0,40) por ocupación. El nivel de inseguridad se relaciona positivamente con la proporción de personas sin estudios (rho = 0,38) y con estudios primarios (rho = 0,31), la proporción de asalariados (rho = 0,22) por ocupación y la clase social (rho = 0,45).

Conclusiones: Los resultados sugieren que las ocupaciones con características sociodemográficas y condiciones laborales más desfavorables presentan mayor nivel de exposición a los riesgos psicosociales evaluados.

Financiación: Instituto de Salud Carlos III del Ministerio de Ciencia e Innovación y el Fondo Europeo de Desarrollo Regional (FEDER) (referencia PI081496), 2009-2011. Conselleria de Sanidad de la Generalitat Valenciana (referencia 066/2009), 2009. Fundación Prevent (6ª Convocatoria de Becas Fundación Prevent), 2011. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT).

318. EMPLEO INFORMAL EN LOS PAÍSES DE AMÉRICA DEL SUR

M.E. Ruiz, G. Tarafa Orpinell, P. Jódar Martínez, J. Benach Rovira

GREDS-EMCONET, Universitat Pompeu Fabra; Departament de Ciències Polítiques i Socials, Universitat Pompeu Fabra.

Antecedentes/Objetivos: Caracterizar y analizar la situación del empleo informal respecto a su definición, medición y clasificación, en los países de América del Sur.

Métodos: Estudio exploratorio-descriptivo. A través de un scoping review se realizó una revisión bibliográfica a partir de 4 bases de datos y de literatura gris, considerando informes de organismos internacionales y de los 12 países que pertenecen a América del Sur. Se analizó la información, valorando su contenido y estableciendo similitudes por tipología de países.

Resultados: A partir de los datos revisados se observa disparidad en las definiciones, aún cuando en muchos países el empleo informal se define al menos como trabajadores sin contrato. La mayoría de los países miden el empleo informal con encuestas de hogar, pero al existir clasificaciones diferentes, la información encontrada es heterogénea, es decir, existen registros poco estandarizados y por tanto no es posible efectuar una comparabilidad a nivel regional. La definición de la Organización Internacional del Trabajo no es suficiente para el contexto estudiado. Se debe incorporar a la definición de empleo informal la categorización de personas protegidas y desprotegidas.

Conclusiones: Una definición acotada y pertinente permitirá contemplar los matices para hacer visibles las vulnerabilidades que enfrenta la mayoría de la población que trabaja informalmente. La necesidad de encontrar indicadores comunes entre los sistemas de registro locales (mediciones) es un aspecto clave para efectuar comparaciones válidas al interior de la región estudiada y promover la sinergia entre países, determinando el impacto en salud que tiene la población empleada informalmente.

Financiación: Estudio apoyado por el proyecto de la Unión Europea SOPHIE Evaluating the impact of structural policies on health inequalities. Número 278173.

500. FATORES DE RISCO PSICOSSOCIAIS RELACIONADOS COM O TRABALHO E DOR MUSCULOESQUELÉTICA NO INÍCIO DA VIDA PROFISSIONAL

S. Lourenço, R. Lucas, F. Araújo, H. Barros

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

Antecedentes/Objetivos: A influência de fatores psicossociais relacionados com o trabalho no desenvolvimento de dor musculoesquelética tem sido amplamente estudada, sobretudo como determinante de dor persistente ao longo do percurso de vida. Contudo, a investigação nesta área envolve essencialmente trabalhadores de longa duração nos quais a dor musculoesquelética já se encontra estabelecida. Por isso, pretende avaliar-se o impacto precoce dos fatores psicossociais relacionados com o trabalho na dor musculoesquelética numa coorte de base populacional de adultos com 21 anos de idade.

Métodos: A coorte EPITeen foi estabelecida durante o ano letivo 2003/2004 e recrutou adolescentes nascidos em 1990 em escolas públicas e privadas da cidade do Porto (Portugal). A avaliação de seguimento dos 21 anos de idade decorreu entre 2011 e 2013 (n = 1.509; 51,8% mulheres). Todos os participantes com uma atividade profissional nos 12 meses precedentes à avaliação responderam ao Job Content Questionnaire (JCQ) que mede a exigência nas competências, o poder e a latitude na decisão e as exigências psicológicas no contexto laboral. A dor musculoesquelética nos últimos 12 meses foi medida em nove regiões anatómicas através do Questionário Nórdico Musculoesquelético. Testes t-Student foram usados para comparar as médias das pontuações obtidas em cada fator psicossocial do trabalho de acordo com a presença (ou ausência) de dor em cada uma das nove regiões anatómicas.

Resultados: Dos 1.509 participantes, 33,5% (n = 506) tiveram uma atividade profissional durante pelo menos um mês a tempo inteiro ou parcial (> 15 horas/semana). As médias (desvios-padrão) na exigência nas competências, poder de decisão, latitude de decisão e exigências psicológicas no trabalho foram de 32,2 (6,8), 33,6 (6,8), 28,5 (4,7) e 65,9 (12,3), respetivamente. As regiões anatómicas mais frequentemente assinaladas com dor foram a zona lombar (52,6%) e o pescoço (37,3%). A pontuação obtida nas várias dimensões do JCQ não foram significativamente diferentes de acordo com a presença de dor em cada região anatómica, exceto na zona lombar: indivíduos com dor nesta região pontuaram significativamente mais alto nas exigências psicológicas no trabalho quando comparados com os que não reportam dor lombar (29,0 vs 28,8; p = 0,009).

Conclusiones: Os fatores psicossociais adversos no trabalho parecem não interferir substancialmente com o desenvolvimento de dor musculoesquelética no início da vida profissional. Esta fase da vida pode ser um período potencialmente relevante na prevenção de dor musculoesquelética futura relacionada com contextos psicossociais adversos na actividade profissional.

832. SALUD LABORAL DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA DE COLOMBIA, ARGENTINA, CHILE Y CENTROAMÉRICA A TRAVÉS DE LAS ENCUESTAS DE CONDICIONES DE TRABAJO Y SALUD

P. Merino-Salazar, L. Artazcoz, J. Campos-Serna, C. Cornelio, F.G. Benavides

SENESCYT, Ecuador; Agencia de Salud Pública de Barcelona; CISAL-UPF; Área de Investigaciones en Salud, SRT, Argentina.

Antecedentes/Objetivos: La reciente incorporación de las encuestas de condiciones de trabajo y salud en Latinoamérica ha contribuido con información de los distintos niveles de los determinantes de la salud laboral en el ámbito nacional. Las encuestas disponibles ofrecen la oportunidad de comparar las condiciones laborales y la salud de la población trabajadora en diferentes países de la región considerando sus diferencias metodológicas. El objetivo es describir la exposición a factores de riesgo higiénico, ergonómico y el estado de salud de las poblaciones trabajadoras de Colombia, Argentina, Chile y Centroamérica a través de las encuestas de condiciones de trabajo y salud.

Métodos: Estudio transversal basado en los datos de las encuestas de condiciones de trabajo y salud llevadas a cabo en Latinoamérica: Colombia (2007), Argentina (2009), Chile (2009-2010) y Centroamérica (2011). La muestra estuvo conformada por los trabajadores participantes en cada encuesta, de las que se seleccionaron variables de factores de riesgo ergonómico, higiénico y estado de salud, tomando como base un estudio previo que analizó la comparabilidad de los ítems entre las encuestas. Se calcularon prevalencias de forma independiente por país para cada variable seleccionada.

Resultados: La exposición a movimientos repetitivos fue frecuente en todos los países (Colombia 66,63%, Centroamérica 46,1%, Argentina 36,65%; y Chile 33,94%). La prevalencia de exposición menos frecuente en todos los países fue la manipulación de sustancias químicas. La exposición a posturas forzadas mostró una mayor prevalencia en Centroamérica (40,3%) y Colombia (43,44%) que en Chile (24,08%) y Argentina (5,33%). La exposición a ruido fue mayor en Argentina (26,24%) que en Centroamérica, Chile y Colombia (20,2%; 19%; 18,4% respectivamente). La proporción de exposición a vibraciones en Chile (20,5%) fue mayor que en Centroamérica, Colombia y Argentina (10,9%; 11,31%; 4,46%). La prevalencia de salud autopercebida muy buena o buena fue mayor que la prevalencia de salud autopercebida regular; o malo o muy mala en todos los países para los que se disponía de información (Centroamérica 67,8%; Chile 72,7% y Colombia 95,27%).

Conclusiones: Algunas exposiciones a factores de riesgo higiénico y ergonómico en Colombia, Centroamérica, Argentina y Chile siguen una similar tendencia. Las diferencias en las exposiciones laborales que podrían atribuirse a las distintas condiciones de empleo y trabajo en cada población, deben también considerar las diferencias en las características metodológicas de cada encuesta.

212. PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES EN LA UNIDAD DE EPIDEMIOLOGÍA DEL CENTRO DE SALUD PÚBLICA DE DÉNIA

J. Miravet Valenciano, V. Morera Sobà, R. González Martínez, M. Gironés Gil

Centro de Salud Pública de Dénia.

Antecedentes/Objetivos: El objetivo de este trabajo es hacer un estudio integral de la prevención de riesgos laborales en la Unidad de Epidemiología del Centro de Salud Pública de Dénia que permita tener una amplia visión de las diferentes situaciones de riesgo a que los trabajadores están expuestos, realizar una evaluación de éstas y proponer aquellas medidas preventivas que impliquen la desaparición o disminución de la exposición al riesgo.

Métodos: Han sido realizados dos estudios por cada disciplina preventiva, escogiéndose para cada uno la metodología que se ha considerado más adecuada: notas técnicas de prevención del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, Biogaval, Reales Decretos 393/2007 y 171/2004, método Fanger y cuestionario simplificado ISTAS21.

Resultados: En el campo de estudio de la higiene industrial, los trabajadores expuestos a *Legionella pneumophila* se encuentran en una situación de riesgo intolerable por situarse su nivel por encima del nivel de acción biológica; los expuestos a *Mycobacterium tuberculosis*, en un nivel de riesgo fronterizo entre el límite de exposición y el nivel de acción biológica; no existe riesgo a la exposición a *Escherichia coli* y a *Salmonella spp.* En cuanto a la exposición del personal a ambientes térmicos desfavorables, no hay riesgo de incremento térmico y pérdida hídrica en lo referente a la exposición a altas temperaturas y están perfectamente protegidos para realizar trabajos a la intemperie en días muy fríos. No ocurre lo mismo en cuanto a las tareas realizadas en cámaras frigoríficas, donde existe riesgo de estrés por frío. En la disciplina de seguridad en el trabajo se presenta un plan de autoprotección y el diseño de un procedimiento para actuaciones en materia de coordinación de actividades. En el ámbito de la psicología, se ha hecho una evaluación de riesgos psicosociales poniendo de manifiesto que más del 80% del personal del centro considera la doble presencia como factor de riesgo más desfavorable. En el campo de la ergonomía, se ha realizado un estudio ergonómico ambiental en oficinas cuyos resultados denotan que el ambiente térmico es favorable y que la ventilación es adecuada, pero en cuanto al ambiente sonoro, cerca de la mitad del personal estaría insatisfecho.

Conclusiones: Los trabajadores del Centro de Salud Pública de Dénia se ven expuestos a ciertos riesgos laborales relacionados con la higiene industrial, la seguridad en el trabajo y la ergonomía y psicología ante los cuales es necesaria la adopción de las medidas preventivas propuestas con el fin de la reducción o la eliminación de dichos riesgos.

Educación para la salud y estilos de vida (Oral 10 minutos)

Jueves, 4 de septiembre de 2014. 11:30 a 13:30 h

Moderadora: M^a Carmen Davó Blanes

26. PROGRAMA FORMANDO A LAS PERSONAS CUIDADORAS DESDE 2006. CENTRO DE SALUD PÚBLICA CASTELLÓ

V.A. Arrufat Gallén, C.F. Fenollosa Amposta

Técnica Salud Pública y Prevención, Programas de Promoción de la Salud, Centre de Salut Pública Castelló; Técnica de Salud Pública, Programas de Promoción de la Salud, Centro de Salud Pública Castelló.

Antecedentes/Objetivos: Se inicia en 2006, el programa Formando a las personas cuidadoras en el Centre de Salut Pública de Castelló. La formación basada en la promoción y la educación para la salud en grupo es la prioridad para mejorar la calidad de vida de cuidadores y enfermos crónicos/as. De acuerdo con Menéndez, y también M.A. Durán, "...no es la familia sino la mujer la encargada de asumir las actividades referentes a la salud/enfermedad/atención. El programa Formando a las personas cuidadoras tiene una doble finalidad formativa: Por un lado la formación de los profesionales de la salud de Atención Primaria y Especializada, coordinada desde el Centro de Sa-

lud Pública con la realización de la Jornada formativa anual que cubre las necesidades expresadas por los profesionales socio-sanitarios que participan como formadores en los talleres. Por otro lado la formación en los talleres para cuidadores no profesionales que realizan los Equipos de Atención Primaria en los centros de salud del Departamento. Aumentar la cantidad y la calidad de vida "Añadir años a la vida y vida a los años" de las personas con enfermedades crónicas. Tanto personas mayores de 65 años como personas con discapacidad por medio de la realización de un programa de formación a sus cuidadores.

Métodos: Se diseña el Programa Formando a las personas cuidadoras: basado en la Promoción de la Salud y la Educación para la Salud en grupo, como instrumento para el cuidado y autocuidado de la enfermedad crónica y/o su prevención.

Resultados: Se han formado una media anual de 40 cuidadoras en los centros de salud del Departamento. Los resultados de las pruebas realizadas muestran mejoras en la calidad de vida de las personas cuidadoras (test de Zarit Escala de sobrecarga del cuidador; índice de Barthel, actividades básicas de la vida diaria; láminas de medición del Estado Funcional COOP-WONCA).

Conclusiones: Los resultados nos muestran que aumenta la calidad de vida de las personas cuidadoras. Con el Programa Formando a las personas cuidadoras el EAP se consolida como referente para de la formación e la prevención de la cronicidad. La inclusión de la formación de las personas cuidadoras en los talleres, es el primer cambio en la organización de la cartera de servicios de la Atención Primaria para atender las necesidades de las personas con enfermedades crónicas y sus cuidadores/as. Se hace necesaria una oficina para la coordinación de la prevención y atención a la cronicidad en el Centro de Salud Pública.

62. CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS FRENTE AL CONSUMO DE CIGARRILLO EN ESCOLARES DE 4º Y 5º GRADO, VILLA DE LEIVA-BOYACÁ, COLOMBIA, 2012

L. Buitrago Ramos, D. Mojica Meneses, M.P. Franky Rojas, O. Castañeda-Porras

Universidad de Boyacá; SMC-AS Unidad de Investigaciones.

Antecedentes/Objetivos: El tabaco es una de las mayores amenazas para la salud pública, es la principal causa de muerte evitable en el mundo y constituye el mayor riesgo para la salud de los jóvenes. La edad de inicio es un indicador importante que muestra la evolución del consumo de cigarrillo, el cual se ha evidenciado ocupa los primeros lugares de iniciación de consumo en la adolescencia. El objetivo del estudio fue identificar conocimientos, actitudes y prácticas (CAP), la prevalencia de consumo y factores asociados al consumo de cigarrillo en estudiantes de 4º y 5º grado en el municipio de Villa de Leyva.

Métodos: Estudio descriptivo transversal a partir de una encuesta CAP aplicada a todos los alumnos matriculados en los grados 4º y 5º en una institución educativa. Análisis mediante el uso del paquete estadístico SPSS-20® y medidas de frecuencia, tendencia central, razón y asociación.

Resultados: Del total de 202 alumnos, hombres 53,4% y mujeres 46,5%, promedio de edad 6,3 (± 7-15) años. Reconocen como definitivamente nocivo el consumo personal de cigarrillo y el humo generado por el consumo de cigarrillo en su entorno por terceras personas 74,8%; a pesar de las campañas publicitarias no les gusta la idea de fumar 51,0%; consideran que fumar es una buena alternativa en momentos de preocupación 1,5%; ninguno de sus padres o amigos fuma y no vieron a nadie fumar en su casa en promedio 61,9%. Prevalencia de consumo 2,5% (5/202), razón de masculinidad 4:1. Asociación entre haber consumido cigarrillos alguna vez y haber visto a alguien fumar en su casa OR 0,039 (IC95%: 0,006-0,26), p: 0,00.

Conclusiones: La mayoría de los alumnos reconocen el daño que produce el cigarrillo en la salud; prevalencia de consumo inferior a la reportada en la literatura, con predominio del sexo masculino. Se

encontró asociación estadísticamente significativa entre consumir cigarrillos y haber visto a alguien fumar en su casa. Se recomienda fortalecer la implementación de la Estrategia Instituciones Educativas Libres de Humo de Tabaco y el seguimiento de todas sus indicaciones.

228. EVOLUCIÓN DE LOS HÁBITOS ALIMENTARIOS DE LA POBLACIÓN ESCOLAR. DEPARTAMENTO DE SALUD DE ALCOI, 2006-2013

V. Fenollar, I. Parra, M. Rey, M. Ripoll, J. Fenollar

Centro de Salud Pública de Alcoi.

Antecedentes/Objetivos: En el año 2006 se constituyó la Comisión de Promoción de Salud del Departamento de Salud de salud de Alcoi con el objetivo de llevar a cabo una reorientación de la educación para la salud, hacia la potenciación de los estilos de vida relacionados con las causas de morbimortalidad más prevalentes en nuestro departamento. La comisión analizó las necesidades de salud, como resultado del estudio de los indicadores de morbimortalidad existentes, se priorizó en primer lugar el abordaje de la alimentación y el ejercicio físico. Este es el tema del Proyecto de promoción de salud del departamento. El Proyecto posee un abordaje multidisciplinar, centros docentes, centros sanitarios y población en general, fundamentalmente. Con el fin de evaluar las diferentes actividades del Proyecto, se diseñó y validó una encuesta para ser cumplimentada por los padres de los alumnos de los centros escolares sobre "los hábitos alimentarios de sus hijos". La encuesta permite evaluar las actividades y conocer la situación real de los alumnos. El objetivo del presente estudio es conocer los hábitos alimentarios de los escolares del departamento de salud de Alcoi y su evolución desde 2006 hasta la actualidad.

Métodos: Estudio descriptivo observacional mediante un muestreo no probabilístico de los escolares de los centros docentes del departamento que participan en el proyecto.

Resultados: Con la encuesta se ha obtenido información del 90% de los Centros Educativos de Primaria del departamento y del 47,69% de los alumnos de primaria. Ha aumentado el número de comidas que se realizan al día pasando de un 67,8% que realizan cinco comidas en 2006 a un 73,6% en 2013. Se ha incrementado el porcentaje de alumnos que desayunan pasando de un 87,7% en 2006 a un 93,7%. En el desayuno en el que se ha aumentado los productos como los lácteos (del 81,9% al 90,4%) y los cereales (34,7% al 43,6%). En cuanto a la composición de las diferentes comidas ha aumentado el consumo de verdura, pescado y legumbres, disminuyendo el consumo de alimentos precocinados (28,4% al 25,0%). No obstante, los datos sobre el sedentarismo nos alertan que han aumentado en la población estudiada pasando de un 21,2% a un 24,3%.

Conclusiones: Se ha mejorado en muchos aspectos de la alimentación de los escolares del departamento. Pero se necesita continuar trabajando en este tema impulsando nuevas estrategias para poder mantener los hábitos saludables instaurados y poder mejorar aquellos en los que continuamos siendo deficitarios como por ejemplo, en el sedentarismo.

334. PREVISIONES MEDIOAMBIENTALES Y SOCIALES PARA EDUCACIÓN EN SALUD AL AIRE LIBRE

F. Reyero Pantigoso, J.J. Palomares Ruiz, R. García Martín, C. Ramos Martín, I. Morais Berrocal, M.I. Dios Tercero, L.F. Ruiz-Martínez, P. Paz, M. Sastre Paz

Madrid Salud; Protectora de Animales "La Madrileña".

Antecedentes/Objetivos: Dentro del Programa de Madrid Salud (Ayuntamiento) Entorno Urbano Saludable, el Centro de Villaverde, en el Sur del municipio, viene llevando a cabo los últimos años, actividades de sensibilización sobre los beneficios que tiene para la salud de las personas la observación y el cuidado de plantas y animales.

Colaboran ONGs de la zona (Taller Protegido de Jardinería, Protectora de Animales "La Madrileña", Hostelería de Labor, Huerto Comunitario, Foro Minorías y Cronistas de Villaverde). En general, se han hecho al final del curso escolar, con los parques florecidos pero escaso tiempo para llevar a la vida cotidiana de las instituciones participantes lo aprendido en las experiencias puntuales. En 2014 concurren varias circunstancias que facilitan el ensayo de una campaña recortada en el tiempo, la generalización posterior en las instituciones y la evaluación de los efectos a medio plazo. El invierno ha sido duro y hay expectativas hacia la regeneración de la flora y el retorno de las aves migratorias, el segundo trimestre escolar es largo y en Semana Santa se puede ensayar el cuidado de plantas y mascotas en vacaciones. Por otro lado, a principios de la primavera se aprecia la variabilidad de ciclos de floración y de inmigración más que en verano. Como objetivo, ensayo de la preparación en estas circunstancias de experiencias puntuales.

Métodos: Descripción de la preparación de la campaña mediante -coordinación de las entidades organizadoras- motivación y compromiso previo de las instituciones participantes (escolares de Primaria, Secundaria y Adultos, Centros de Mayores) para la asistencia y traslado al temario del curso, -visibilización en el lema "Del Día del Árbol al Día del Libro, en VillaVERDE, me cuido cuidando animales y plantas", -diseño de materiales (mapas y encuestas, Trivial y Juego de la Oca, marionetas, plantas en macetas) - para actividades puntuales en seis parques y locales, en mañana y tarde de días laborables, - con un programa común de senda de flora, fauna e instalaciones de vida saludable y semillado en macetas, con suplementos en cada caso en función de la zona, de huerto comunitario, cocina con especias, mercadillo de frutas, fauna del río, lectura en común en la biblioteca.

Resultados: Se han realizado visitas conjuntas de las entidades organizadoras a los territorios, elaborado materiales (folletos, mapas, encuestas, marionetas y juegos) y comprometido un mínimo de asistencias.

Conclusiones: La agrupación de entidades para una actividad evaluable a corto plazo y el reto de la escasez de materiales y de experiencias previas han favorecido la implicación de los sanitarios y colaboradores.

455. NECESIDADES DE SALUD BUCAL DE NIÑOS DEL PROGRAMA BUEN COMIENZO SEGÚN LA MIRADA DE LAS AGENTES EDUCATIVAS EN MEDELLÍN, COLOMBIA

C. González-Penagos, A.M. Vivares-Builes, M. Cano-Gómez, E.J. Meneses-Gómez

Facultad de Odontología, Fundación Universitaria Autónoma de las Américas.

Antecedentes/Objetivos: El Programa Buen Comienzo oferente de Centros Infantiles contribuye al desarrollo social mediante la promoción integral, diversa e incluyente de niños y niñas desde los 2 hasta los 5 años de edad, en una perspectiva interdisciplinaria del ciclo vital y protección de derechos y en articulación interinstitucional en la ciudad de Medellín. Se pretendió identificar las necesidades de salud bucal desde la percepción de las agentes educativas.

Métodos: Se realizó un estudio cualitativo, con un enfoque histórico hermenéutico. La población objeto fueron 65 agentes educativas a cargo 775 niños. La información se obtuvo a partir de la aplicación de la técnica interactiva mural de situaciones, además de la utilización de la observación y diario de campo. Para el análisis se agrupó la información en categorías y subcategorías que emergieron a partir de la organización y lectura de la información, una vez establecidas se realizaron cruces de la información con la triangulación y se identificaron líneas temáticas, relaciones entre párrafos e identificación de respuestas.

Resultados: Datos preliminares reflejan las necesidades de los menores relacionadas con el acceso y oportunidad de atención odontológica, la deficiencia en acciones de promoción de la salud y pre-

vención de las enfermedades más prevalentes que afectan la salud bucal, además del desconocimiento y la falta de motivación en relación a los hábitos de higiene, su implicación con el crecimiento, desarrollo y la salud general de los menores. Se propone avanzar en la búsqueda de resultados con respecto a cobertura y acceso a la atención en salud bucal, en aras de contribuir a la solución de los problemas de equidad en salud. Es relevante analizar las necesidades desde su relación con los determinantes, ya que con ellos es posible lograr un acercamiento al entendimiento de esta dinámica y a las intervenciones que desde múltiples disciplinas y áreas se pueden lograr.

Conclusiones: Las agentes educativas son conscientes de la importancia de implementar hábitos de higiene bucal a temprana edad en los niños que tienen a su cargo, reconociendo el impacto que pueden generar en la prevención a nivel bucal. Reconocen que el adecuado desarrollo y autoestima de los menores se favorece cuando se cuenta con una buena salud en su componente bucal. También se manifiestan como limitaciones la poca información y capacitación que ellas tienen para replicar en los menores, además de los niveles de delegación de responsabilidad por parte de los padres, madres y cuidadores.

458. FORMACIÓN DEL ODONTÓLOGO PARA LA ATENCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA EN MEDELLÍN, COLOMBIA

E.J. Meneses-Gómez, C. González-Penagos, M. Cano-Gómez, A.M. Vivares-Builes

Facultad de Odontología, Fundación Universitaria Autónoma de las Américas.

Antecedentes/Objetivos: La Facultad de Odontología, propone la articulación de odontólogos en formación a los equipos interdisciplinarios e intersectoriales para complementar la atención de los menores incluyendo componente bucal como parte de la salud integral. Se presenta así la experiencia de formación en las comunidades Buen Comienzo, de las cuales la Fundación Universitaria Autónoma de las Américas es operador en la ciudad de Medellín.

Métodos: Desde la docencia se enmarca esta experiencia en la asignatura de Proyecto Social Promoción y Prevención, la cual está integrada al pensum académico de manera transversal donde los estudiantes adquieren bases teóricas y conceptuales para el trabajo comunitario con enfoque en Atención Primaria en Salud (APS). Desde la investigación, se integran proyectos de investigación de tipo cualitativo que pretenden identificar las percepciones y representaciones de salud bucal que tienen los padres, madres, cuidadores, agentes educativos y niños del programa Buen Comienzo. Por su parte, la investigación formativa, se considera como el aprendizaje significativo de un proceso de construcción de conocimiento por parte del estudiante y egresado, a partir de la reflexión sistemática, de la participación en experiencias investigativas en el desarrollo de proyectos y de la divulgación de resultados.

Resultados: Este trabajo de integración, docencia, investigación y extensión ha permitido generar un acercamiento del odontólogo en formación a la comunidad, a los equipos de salud intersectoriales y a otras disciplinas del saber desde los primeros momentos de su formación académica, al mismo tiempo que ha permitido integrarlo a proyectos de investigación social, enfocados al entendimiento de los determinantes sociales de la salud en su componente bucal, para una mejor comprensión de los procesos de salud y enfermedad.

Conclusiones: En los equipos interdisciplinarios del que hace parte el odontólogo en formación de la Fundación Universitaria Autónoma de las Américas, se trabaja para resolver situaciones que tienen un objetivo común relacionado con la salud integral; cada miembro desempeña una función acorde a su especialidad, especificidad e intereses armonizando y complementando los esfuerzos, habilidades y conocimientos entre sí para cumplir los objetivos propuestos desde la Atención Primaria en Salud (APS). Aporta además,

al logro de una transformación en las comunidades y condiciones de equidad en las poblaciones más vulnerables, dada la importancia de los determinantes de la salud y dentro de ella la salud bucal.

517. CAMBIOS EN LOS CONOCIMIENTOS Y VIVENCIA DE LA ENFERMEDAD DE CHAGAS EN UN GRUPO DE MUJERES AFECTADAS TRAS LA REALIZACIÓN DE UN CURSO DE FORMACIÓN

T. Blasco, L. García San Miguel, M. Navarro, B. Navaza, A. Benito

Centro Nacional de Medicina Tropical, Instituto de Salud Carlos III, Red de Investigación Cooperativa en Enfermedades Tropicales (RICET); Fundación Mundo Sano.

Antecedentes/Objetivos: La enfermedad de Chagas es muy prevalente en muchos países de América Latina, especialmente en Bolivia. España es el país europeo con mayor número de casos de la enfermedad, realizándose el 80% de los diagnósticos en población de origen boliviano. Se estima que el infradiagnóstico alcanza el 90%. El objetivo de este estudio fue identificar los cambios experimentados en los conocimientos y la vivencia de la enfermedad de Chagas en un grupo de mujeres bolivianas afectadas, tras la realización de un curso de formación como agentes de salud comunitaria.

Métodos: Estudio cualitativo realizado en 2013, mediante 11 entrevistas semiestructuradas a mujeres con la enfermedad de Chagas en Madrid, 2 grupos triangulares y 13 sesiones de observación participante. Se elaboró un guión de entrevista y de grupo en torno a unos ejes temáticos. Para el análisis de los datos se utilizó el programa OpenCode. Se efectuó triangulación del proceso y resultados, de forma simultánea por tres investigadoras del equipo.

Resultados: Antes de la realización del curso los conocimientos sobre la enfermedad de Chagas eran relativamente buenos aunque se detectó desconocimiento, sobre todo en relación al tratamiento. Respecto a la vivencia de la enfermedad prevalecía un sentimiento de tranquilidad e indiferencia, con escasa percepción de riesgo, especialmente en mujeres asintomáticas. Antes de la realización del curso, predominaba la creencia de que es mejor no saber que se tiene Chagas porque si se sabe, la enfermedad crece. Los cambios que expresaron después de la realización del curso se centraron en: a) aumento de los conocimientos, lo que les dio mayor tranquilidad y la capacidad de poder romper el silencio, verbalizando sus experiencias; b) adquisición de habilidades de comunicación, sociales y de control de las emociones; c) seguridad en ellas mismas tanto para afrontar la enfermedad como para informar a otras personas. Sin embargo, algunas de las entrevistadas refirieron que todavía tenían que superar algunas barreras como el miedo a decir que se tiene la enfermedad, por temor al rechazo.

Conclusiones: Los resultados de esta experiencia aportan elementos clave importantes que pueden ser muy útiles para diseñar campañas preventivas adaptadas a las creencias, prejuicios, estereotipos e imagen de la enfermedad de Chagas en población inmigrante que procede de zonas endémicas de la enfermedad de Chagas.

879. ENSAYO DE GRUPOS ALEATORIZADOS SOBRE LA EFECTIVIDAD DEL CONSEJO DIETÉTICO INTENSIVO

D.I. Almagro Nievas, M.A. Rubín Gómez, B.A. Gómez Pozo, M.M. Rodríguez del Ágila, R.A. Sánchez Robles, A.C. López García

UGC Medicina Preventiva, Vigilancia y Promoción de la Salud de Granada; Área de Gestión Sanitaria Granada Nordeste; Distrito Granada Metropolitano; Hospital Universitario Virgen de las Nieves; Centro de Salud de Baza; Área de Gestión Sanitaria Granada Sur.

Antecedentes/Objetivos: El proceso asistencial integrado de Riesgo Vascular (RV) identifica a las personas con factores de riesgo, lo calcula (SCORE) y las deriva al Consejo Dietético Intensivo (CDI), individual o

grupal. Se describen el marco y tamaño muestral para un ensayo de grupos aleatorizados (Cluster Randomised Trial -CRT), sobre la efectividad del CDI grupal, comparado con el individual, en la disminución del SCORE. La variabilidad entre grupos, p. ej. CAP, medida con el coeficiente de correlación intragrupo (CCI) exige un tamaño muestral elevado.

Métodos: El tamaño muestral inicial (218 participantes) se estimó a partir de un estudio piloto en el que la puntuación SCORE promedio fue 5.2 y 3, en el grupo control y de intervención, respectivamente y 5 la desviación típica conjunta. Se fijaron errores tipo I y II del 5% y 10%. Diversos estudios han estimado en 0,05 el CCI entre Centros de Atención Primaria (CAP), para resultados como presión arterial, o colesterol. Se consideró factible el reclutamiento de 20 usuarios por CAP. El número de CAP necesarios se calculó mediante " $N(1 + CCI*(20-1)/20$ ", donde N es el tamaño muestral inicial. Para los cálculos se utilizó Sampsiz v.1.0.2. Los 44 CAP de la provincia de Granada con más de tres Médicos de Familia fueron clasificados según el cuartil del Índice de Privación (IP) de su municipio; en Granada capital, se penalizó el IP en Zonas con Necesidades de Transformación Social. Se utilizó Epidat 4.0 para realizar un muestreo por conglomerados bietápico estratificado y equiprobabilístico.

Resultados: La asunción de un CCI de 0,05 estimó el número de participantes necesarios en 440. Se consideró un 30% de incremento (572 participantes) en previsión de negativas a participar o pérdidas en el seguimiento. De los 22 CAP seleccionados, 1 pertenece al cuartil inferior según IP (mínima privación) 9 al segundo cuartil, 5 al tercero y 7 al cuartil superior (máxima privación). Quedaron seleccionados 46 profesionales, con un promedio de 12 usuarios.

Conclusiones: El diseño CRT es adecuado y factible, para la evaluación de intervenciones complejas de promoción de la salud, en CAP. El contexto geográfico y el brazo grupal es evidencia necesaria en este campo.

Financiación: Consejería de Salud de la Junta de Andalucía (Proyecto de Investigación 0969-2012).

316. RED DE SALUD Y BUEN TRATO A LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA. ACTIVOS PROFESIONALES

E. Páez, S. Toro, C. Manuel, J. Gil, E. Vizuete, C. Martínez, M. Hernán
Escuela Andaluza de Salud Pública.

Antecedentes/Objetivos: La Red Sabia se inscribe en la estrategia global de Promoción del Buen Trato a la Infancia y Atención al Maltrato desde el Ámbito Sanitario en Andalucía. En 2013 se desarrollaron actividades de formación e intercambio y gestión del conocimiento a través de un red profesional. Objetivo: Identificar la actividad de la red profesional, los recursos empleados y el mapa generado a partir de acciones de gestión de conocimiento y formación.

Métodos: Trabajo por medio de una plataforma virtual soportada en Moodle que contiene foros profesionales temáticos, aula virtual, espacio de encuentro e intercambio de buenas prácticas. Análisis de los perfiles de las personas formadas y de los usuarios registrados, mapeo de los mismos, temáticas, hilos de debate y usos de la plataforma.

Resultados: La Red Sabia, en diciembre de 2013, contaba con 593 socios activos y 216 personas formadas distribuidas geográficamente en servicios de salud. Los perfiles profesionales responden a las siguientes profesiones dedicadas a la atención a la infancia: medicina-pediatría, psicología, pedagogía-educación, enfermería, trabajo social y otras. El espacio virtual recibió 5772 visitas y se identificaron publicaciones (P) de participantes en los foros de: A) Buen trato y prevención del maltrato, 250 P; B) A propósito de un caso, 167 P; C) novedades documentales 59 P; D) Sensibilización y formación 34 P.

Conclusiones: La red profesional horizontal en contextos de atención integral a la infancia o para la mejora del abordaje del maltrato a la infancia, es un recurso relevante para la gestión, el intercambio de conocimiento y el asesoramiento entre iguales.

Financiación: Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Junta de Andalucía.

80. PROGRAMAS NACIONAIS DE SAÚDE PRIORITÁRIOS EM NÚMEROS

P. Nogueira, A. Costa

Direção-Geral da Saúde.

Antecedentes/Objetivos: Na perspetiva do conhecimento em saúde, importa caracterizar o cenário nacional no que se refere às doenças e determinantes entendidos como prioritários no que respeita ao foco de atenção dedicado à saúde dos portugueses Os programas nacionais de saúde definidos como prioritários são dedicados à Diabetes; à Infecção VIH/SIDA; à Prevenção e Controlo do Tabagismo; à Promoção da Alimentação Saudável a Saúde Mental; às Doenças Oncológicas; às Doenças Respiratórias; às Doenças Cérebro-cardio-vasculares e à Prevenção e Controlo de Infecções e Resistência aos Antimicrobianos.

Métodos: O presente trabalho teve como objetivo analisar o principal objetivo relativamente a cada programa, como a prevalência do consumo de tabaco na população ≥ 15 anos, a mortalidade por doença do aparelho circulatório, a prevalência de excesso de peso e obesidade, a taxa de cobertura total dos rastreios oncológicos (mama e colo útero), a mortalidade intra-hospitalar específica por diabetes, os internamentos por doenças respiratórias crónicas, número de novos casos por VIH e o número de mortes por SIDA e o consumo de carbenemas. A análise envolveu os dados registados em diversas fontes nacionais: recorreu-se à base de dados de mortalidade do Instituto Nacional de Estatística, à base de dados da morbilidade hospitalar (Grupo de Diagnóstico Homogéneo da Administração Central do Sistema de Saúde), bem como ao Sistema de monitorização do Serviço Nacional de Saúde, ao Inquérito Nacional de Saúde (INE/Instituto Dr. Ricardo Jorge) e ao Registo Oncológico Nacional.

Resultados: Destacam-se apenas alguns resultados como sendo o consumo de tabaco em que na população com ≥ 15 anos, 21% eram fumadores, 31% homens e 12% mulheres. Esta prevalência foi maior na população entre os 35 e os 44 anos e entre as pessoas desempregadas ou com maiores dificuldades económicas. A mortalidade por doenças do aparelho circulatório que está em redução progressiva nas últimas duas décadas, sendo mais pronunciada na população com idade superior a 70 anos. Os dados revelaram a elevada prevalência de obesidade na sociedade portuguesa (cerca de 1 milhão de adultos obesos e 3,5 milhões de pré-obesos).

Conclusiones: A monitorização de indicadores sensíveis aos principais objetivos de cada programa é fundamental para o acompanhamento do desenvolvimento e impacto do programa na saúde da população. Assim, realça-se o observado na redução da mortalidade prematura traduzida em ganhos nos "anos potenciais de vida perdidos" que é uma das mais expressivas quando consideradas todas as causas de morte. Da mesma forma, destaca-se a elevada prevalência de obesidade na sociedade portuguesa cujo enfoque direciona para a necessidade de intervir precocemente nos hábitos alimentares não saudáveis que se iniciam desde muito cedo, prevalecendo ou condicionando toda a vida adulta.

358. RED DE EDUCACIÓN DIABETOLÓGICA. PROPUESTA METODOLÓGICA PARA LA PRODUCCIÓN Y DIFUSIÓN DEL CONOCIMIENTO

M. Aguilar, E. Mayoral, N. Lafuente, C. Lineros, O. Leralta

Servicio Andaluz de Salud; Escuela Andaluza de Salud Pública.

Antecedentes/Objetivos: La educación diabetológica (ED) proporciona herramientas para implicar a las personas con diabetes en el tratamiento y manejo de su enfermedad y mejorar su calidad de vida. El Plan Integral de Diabetes de Andalucía (PIDMA) plantea ofertar una ED adecuada, equitativa e integral. La Red de ED tiene como objeti-

vos: 1) Implementar la ED con estándares de calidad basados en criterios de eficacia y eficiencia por medio de la formación continuada y el trabajo en Red. 2) Diseñar una estrategia para la coordinación, intercambio y transferencia de conocimiento entre profesionales del Sistema Sanitario Público Andaluz (SSPA) y otros profesionales que desarrollan actividades relacionadas con la ED, apoyada en una plataforma tecnológica.

Métodos: Se realizan las siguientes actividades: Diseño del Plan de Formación (Formación para Formar, Formación Continuada, trabajo en red, evaluación). Elaboración de materiales docentes (Sesiones didácticas, sugerencias metodológicas, presentaciones, videos). Creación, mantenimiento y gestión de un sitio Web como repositorio de recursos, foro de intercambio y creación de nuevo conocimiento. Creación del sistema de registro en línea para el seguimiento de las actividades. Creación de un espacio común con la Red de Consejo Dietético de Andalucía.

Resultados: En 2011 se inicia el proceso con un grupo de profesionales expertos/as en Diabetes de Andalucía. El grupo lidera la creación de la Red, diseña y participa en el Plan de Formación, los recursos, la estructura y el sistema de seguimiento y evaluación. En 2012 nace la Red de ED y su plataforma de apoyo <http://red.pidma.es/250> profesionales forman parte de la Red (80% enfermería, 15% medicina, 5% otros perfiles. 66% hombres y 34% mujeres). Se han realizado las actividades previstas, incluidas siete ediciones del Curso de Formación para Formar en educación Diabetológica (320 profesionales formados).

Conclusiones: Facilitar y crear espacios para la formación de profesionales en ED y el intercambio y la transferencia de conocimiento permite mejorar la cobertura y hacer más eficientes y eficaces los servicios. Son numerosas las solicitudes de formación y adhesión a la Red, por lo que se considera la continuidad del proyecto. Mantener en contacto a profesionales en un espacio geográfico extenso facilita la motivación, creación de nuevo conocimiento e implementación de la ED en AP. Es necesario consolidar el sistema de registro creado como herramienta de evaluación y seguimiento, además de la relación con otras redes profesionales.

Vigilancia de la salud pública. Vigilancia alimentaria (Oral 10 minutos)

Jueves, 4 de septiembre de 2014. 11:30 a 13:30 h

Moderadora: Desirée Valera Gran

189. ESTUDIO DE CONTENIDO EN NITRATOS EN LECHUGAS CULTIVADAS EN INVERNADERO Y AL AIRE LIBRE

J.C. Escudero Sánchez, E.B. Hernández Hernández, M.P. Oliver Jiménez, J.A. García Navarro, V. García Murcia, M.N. Moreno García, J.G. Cano Montoro

Centro de Salud Pública de Orihuela.

Antecedentes/Objetivos: Las hortalizas, entre ellas las lechugas, son una fuente de la ingesta de nitratos. El efecto tóxico deriva de la reducción bacteriana de los nitratos a nitritos en los alimentos pudiendo ocasionar en niños metahemoglobinemia y/o como agentes carcinógenos por formación de nitrocompuestos. Uno de los objetivos en Seguridad alimentaria es evitar la ingesta masiva de contaminantes, por ello la Dirección General de Salud Pública aborda mediante un programa específico las determinaciones de nitratos en su vigilancia sanitaria. El Reglamento 1881/2006 establece diferentes contenidos máximos de

nitratos en función de la estación, tipo de cultivo y el tipo de lechuga. En la lechuga tipo "iceberg" los valores permitidos son menores que en el resto y se establecen límites 2.500 y 2.000 mg NO₃/Kg (según se cultiven: invernadero/aire libre). En el resto de variedades los límites además vienen determinados por la fecha de recolección: entre 1 de octubre y 31 de marzo 5.000 y 4.000 mg NO₃/Kg (invernadero/aire libre) y entre 1 de abril y 30 de septiembre 4.000 y 3.000 mgNO₃/kg (invernadero/aire libre). El objetivo es conocer el nivel de nitratos en lechuga fresca de la comarca de Orihuela-Torreveja a fin de establecer recomendaciones específicas para los consumidores.

Métodos: Se han estudiado 31 muestras indicativas de lechuga fresca de origen nacional (7 de iceberg y 24 de otras variedades) tomadas por agentes de control oficial según el Reglamento 1881/2006 en diferentes industrias hortofrutícolas, en el periodo 2007 a 2013. Se remitieron al Laboratorio de Salud Pública de Alicante para determinación de nitratos por HPLC con detector de polidiodos (PNTE/LSPA/87).

Resultados: En las 7 muestras de lechuga tipo "iceberg" (cultivadas al aire libre) se han obtenido los siguientes valores expresados en mg NO₃/kg: 325; 335; 343; 632; 448; < 80; 134. Los resultados, según su recolección, en el resto de lechugas han sido: 1 de octubre al 31 de marzo: 1 muestra (aire libre): 1.072. 1 de abril al 30 de septiembre: 21 muestras (aire libre): 292; 297; 397; 404; 425; 439; 451; 478; 494; 497; 552; 707; 764; 1173; 907; 359; 327; 1.048; 884; 562 y 3 muestras (invernadero) 930; 839; 522. El 100% de las muestras analizadas han resultado conformes con lo legislado.

Conclusiones: 1. Los resultados evidencian que las lechugas cultivadas en la zona presentan un contenido bajo de nitratos inferiores a los límites establecidos por la normativa comunitaria. 2. Los contenidos en nitratos son muy heterogéneos, no encontrando asociación entre ellos y la época del año en que se ha recogido la muestra. 3. En las lechugas iceberg se observan niveles de contaminantes inferiores al resto de variedades.

190. EVALUACIÓN DEL ESTADO SANITARIO DE LOS ESTABLECIMIENTOS ALIMENTARIOS EN LA VEGA BAJA

J.A. García Navarro, J.C. Escudero Sánchez, M.P. Oliver Jiménez, E.B. Hernández Hernández, V. García Murcia, M.N. Moreno García, J.G. Cano Montoro

Centro de Salud Pública de Orihuela.

Antecedentes/Objetivos: La determinación del riesgo de los establecimientos alimentarios, es un paso previo a la planificación del control oficial. Este riesgo, resulta de la interacción de dos factores, uno genérico relacionado con la actividad desarrollada y uno específico que tiene en cuenta el conjunto de condiciones higiénico-sanitarias y de autocontrol, es decir su estado sanitario. El objetivo de este trabajo es conocer la evolución en el estado sanitario de los establecimientos alimentarios de los Departamentos de Orihuela y Torreveja en los últimos tres años y comprobar si la programación basada en el riesgo alimentario sirve para realizar una correcta frecuencia de inspección.

Métodos: Estudio descriptivo observacional y retrospectivo. La muestra del estudio son todos los establecimientos alimentarios programados y visitados durante los años 2011 a 2013. Los agentes de control realizaron las inspecciones y auditorías cumplimentando los formularios. Estos datos fueron introducidos en el programa ISSA categorizando el estado sanitario en cinco tipos (A, B, C, D y E) de mejor a peor estado sanitario. Dado que la puntuación de los intervalos de riesgo varían en función del grado de autocontrol del establecimiento, se han diferenciado 2 grupos, aquellos que tienen un sistema de autocontrol (APPCC, PCH y RPHT) y los que sólo tienen visita de inspección. La fuente de datos utilizada es el programa ISSA y para el análisis se ha utilizado Microsoft Excel.

Resultados: Se han estudiado 3.648 establecimientos en 2011, 3.639 en 2012 y 3.680 en 2013. Las categorías A+B suponen un

92,27% (2011), un 95,19% (2012) y 89,95% (2013). Desglosado por tipo de establecimiento representan 93,45%, 95,83% y 91,94% para los años 2011, 2012 y 2013 en la inspección tradicional y 73,36%, 84,91 y 76,62% para los establecimientos con sistema de autocontrol en esos mismos años.

Conclusiones: 1. El estado sanitario de los establecimientos alimentarios se sitúa en estos tres años mayoritariamente en las categorías A y B, con escasa presencia de categoría E, considerándose en general satisfactorio. 2. La dificultad, sobre todo documental y analítica, que generan los sistemas de autocontrol en este tipo de establecimientos se traduce en que el estatus sanitario de las categorías A+B esta disminuido aproximadamente en un 15% respecto a aquellos establecimientos sin este tipo de requisitos. 3. En la inspección tradicional predomina el estado sanitario tipo A, y en el autocontrol el tipo B.

191. ESTUDIO DE RESULTADOS DE MUESTRAS DE MATERIALES EN CONTACTO CON ALIMENTOS TOMADAS EN LA COMUNIDAD VALENCIANA DURANTE LOS AÑOS 2010-2013

M. Canós Cerdá, V. Serrano Moreno, P. Beltrán Sirera, C. Monerri Aparisi, N. Díaz-Alejo Bua, A. Sánchez Agulló

Dirección General de Salud Pública; Centro de Salud Pública de Alicante, Conselleria de Sanitat, Generalitat Valenciana.

Antecedentes/Objetivos: El programa de vigilancia sanitaria de alimentos de la Conselleria de Sanitat incluye como uno de sus subprogramas el control de Materiales y objetos en contacto con alimentos. Entendemos por estos aquellos materiales y objetos en contacto con alimentos o destinados a entrar en contacto con ellos, que pueden transferir sus componentes a los alimentos en condiciones normales de empleo. El objetivo es comprobar su grado de adecuación a los límites de migración general o específica establecidos en la legislación.

Métodos: La Dirección General de Salud Pública planifica las muestras a tomar anualmente en cada Departamento, los parámetros a analizar, tipo de objeto/producto a tomar, planes de muestreo y fase de la cadena alimentaria (fabricante, importador, minorista). Las muestras se han tomado por los agentes de control oficial de las unidades de Seguridad Alimentaria de los diferentes Departamentos de la Comunidad Valenciana entre los años 2010 y 2013 y se han analizado en los Laboratorios de Salud Pública de Alicante y Valencia de acuerdo a los métodos oficiales establecidos. Las determinaciones realizadas y legislación que aplica son: Reglamento 10/2011: Migración global en objetos plásticos terminados y films multicapa, migración específica (aminas aromáticas primarias en objetos plásticos de nylon negro y etilenglicol/dietilenglicol en envases de PET), formaldehído en objetos de melamina; Reglamento 1895/2005: derivados epoxídicos en conservas en aceite; RD 891/2006: plomo y cadmio en objetos de cerámica uso alimentario.

Resultados: De las 537 muestras tomadas, 483 han sido conformes (89,94%) y 54 no conformes (10,05%). A continuación se indica para cada determinación el nº de muestras tomadas, el nº de muestras no conformes y el porcentaje: en derivados epoxídicos 0 de 70 (0%), en cerámica 2 de 119 (1,68%), en formaldehído 17 de 51 (33,33%), en etilenglicol/dietilenglicol 0 de 41 (0%), en aminas aromáticas primarias 17 de 76 (22,37%) y en migración global 18 de 180 (10,05%).

Conclusiones: El parámetro para el que se obtiene un porcentaje mayor de resultados no conformes es formaldehído, seguido de aminas aromáticas primarias y en tercer lugar la migración global. Si comparamos estos datos con valores de notificaciones de The Rapid Alert System for Food and Feed (alertas, informaciones y rechazos) por migración en materiales en contacto con alimentos durante el mismo periodo vemos que los tres más frecuentes coinciden con estos tres parámetros, un 33% de las notificaciones son por formaldehído, un 25% por aminas y un 21% por migración global.

195. UTILIZACIÓN DE CONSERVANTES EN PREPARADOS CÁRNICOS (LONGANIZA) ELABORADOS EN LA VEGA BAJA

E.B. Hernández Hernández, M.P. Oliver Jiménez, J.A. García Navarro, J.C. Escudero Sánchez, V. García Murcia, M.N. Moreno García, J.G. Cano Montoro

Centro de Salud Pública de Orihuela.

Antecedentes/Objetivos: Los sulfitos son un grupo de aditivos utilizados en algunos alimentos por su acción conservante y antioxidante. La ingestión de estos aditivos puede ocasionar efectos secundarios, principalmente en personas susceptibles, por ello se considera un alérgeno alimentario. Además su adición en productos ricos en vitamina B1 como la carne ocasiona una pérdida nutricional por la descomposición de esta vitamina. Todo ello restringe su utilización a una dosis máxima de 450 mg/kg en preparados cárnicos como longaniza/salchicha fresca, butifarra fresca y burger meat (Reglamento 1333/2008). En la Comunidad Valenciana las determinaciones de sulfitos están contempladas en el Programa de Vigilancia Sanitaria de Alimentos (PVSA) y su estudio viene incluido desde el año 2010 en el Programa de Control de Alergias e Intolerancias. El objetivo de este trabajo es conocer el contenido de sulfitos presentes en el preparado cárnico "longaniza fresca" elaborado en diferentes industrias de los Departamentos de Salud Orihuela y Torrevieja.

Métodos: Estudio observacional y retrospectivo. Se han estudiado todas las muestras indicativas de longaniza fresca tomadas en industrias elaboradoras de los Departamentos Orihuela y Torrevieja desde el año 2008 al 2013 dentro del PVSA. Éstas fueron remitidas al Laboratorio de Salud Pública de Alicante para determinación de sulfitos. En el análisis de datos se clasificaron como aptas y no aptas, categorizándose la variable cuantitativa "contenido de sulfitos" en: bajo o ausente (< Lc), moderado (> 24 - ≤ 450 mg/kg) y alto (> 450 mg/kg). El análisis estadístico se ha realizado en el programa Microsoft Excel.

Resultados: Se han estudiado 52 muestras de longaniza. La variedad mayoritaria ha sido la blanca (77%). Un 12% de las muestras analizadas han resultado no aptas: 4 muestras de blanca y 2 de roja. Las muestras no aptas fueron más frecuentes en el año 2010 (50% del total de año) y 2011(20%). En la categorización según el contenido de sulfitos se ha obtenido: 12% alto, 71% moderado y 17% bajo.

Conclusiones: Las industrias elaboradoras de preparados cárnicos dosifican adecuadamente estos aditivos si tenemos en cuenta el alto porcentaje de muestras aptas, pero la existencia de resultados no aptos evidencian la importancia de seguir con la vigilancia por la gran repercusión desde el punto de vista epidemiológico que puede tener su utilización en personas sensibles.

295. VIABILIDAD DE ESTABLECER EL LÍMITE DE OCRATOXINA A EN ALIMENTOS EN 15 PPB

A. Subiela, J. Furió, M. Cano, S. Navarro, F. Albertos, A. Jiménez, E. Verche, G. Arroyo, P. Vélez

Centro de Salud Pública de Elda.

Antecedentes/Objetivos: La Unión Europea, en el R 1881/2006, fija los contenidos máximos de ciertos contaminantes con vistas a reducir su presencia en productos alimenticios. Entre esos contaminantes se encuentra la ocratoxina A con propiedades carcinógenas, nefrotóxicas, teratógenas, inmunotóxicas y posiblemente neurotóxicas. Esta micotoxina, aunque regulada para algunos grupos de alimentos, no tenía establecido límite en especias y condimentos. El Reglamento 105/2010 estableció un límite de Ocratoxina A para determinadas especias, de 30 ppb a su entrada en vigor y de 15 ppb a partir de julio 2012. Las empresas elaboradoras y envasadoras de especias manifestaron su preocupación por la especial dificultad en el cumplimiento de estos límites, concretamente en productos pertenecientes a la familia *Capsicum spp* (pimentón), lo que dió lugar al Reglamento

594/2012 que retrasó la aplicación del límite de 15 ppb en pimentón a enero 2015. Con este estudio se pretende hallar la prevalencia de muestras de pimentón no aptas para Ocratoxina A en el departamento de salud de Elda en el periodo 2007-2013 y determinar la evolución de prevalencia anual de muestras no aptas en ese periodo.

Métodos: Diseño: estudio descriptivo desde el año 2007 al 2013 en el departamento de Elda. Se ha recopilado los análisis realizados dentro del subprograma de micotoxinas en productos alimenticios de la Dirección General de Salud Pública, cuyo plan de muestreo viene fijado por el R 401/2006. Se consideraron no aptas las muestras con valores > 15 ppb de Ocratoxina A.

Resultados: El 60% [-246-366] (21) de las 35 muestras analizadas resultaron no aptas. Las prevalencias anuales de muestras no aptas han sido: en 2007 100%, 2008 57,1%, 2009 83,3%, 2010 60%, 2011 50%, 2012 83,3% y 2013 0%.

Conclusiones: En el periodo de estudio se ha observado una prevalencia elevada de muestras no aptas que, con la entrada en vigor del nuevo límite quedarían fuera de la comercialización. Un límite muy restrictivo puede tener repercusiones económicas en el comercio de los productos alimenticios implicados pero frente a estos intereses prevalecen aspectos de prevención de las enfermedades asociadas a la micotoxina. En el análisis anual no se aprecia una tendencia clara en la evolución del cumplimiento del límite, sin embargo, en el último año se observa una reducción total de las muestras no aptas, posiblemente debido en parte a la implantación obligatoria desde el 2009 de los análisis de peligros en las empresas envasadoras de especias, lo que permite ser optimista sobre el cumplimiento del nuevo límite.

492. PEZ MANTEQUILLA: KERIORRHEA E INTOXICACIÓN HISTAMÍNICA

M.A. Fariñas Cabrero, C. Berbel Hernández, M. Allúe Tango, M. Díez Hillera, J.A. Herrero Marcos

Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid; Servicio Territorial de Sanidad de Valladolid.

Antecedentes/Objetivos: El consumo del pez mantequilla se está extendiendo en nuestro país; si no se cumplen unas adecuadas normas de conservación y de preparación de este tipo de alimento puede producir intoxicaciones. El objetivo es describir un brote de doble intoxicación por histamina y ésteres cerosos tras consumo de pez mantequilla.

Métodos: Estudio descriptivo de la doble intoxicación producida en un banquete celebrado en julio de 2013 en la provincia de Valladolid. Se estudió mediante la cumplimentación de una encuesta específica, cumplimentada telefónicamente o desde los centros asistenciales que atendieron comensales. La base de datos y posterior análisis estadístico se realizaron con el programa Microsoft Excel Professional Plus 2010.

Resultados: De los 27 casos declarados, obtuvimos información sobre los síntomas en 24 de ellos. La distribución por sexos de los encuestados fue 52% varones y 48% mujeres, y la edad media 45 años. La tasa de ataque que se constató fue del 22,5%, con un cuadro clínico en el que predominó la diarrea (71%), cefalea (46%), dolor abdominal (38%) y sudoración (38%), destacando por su especificidad el picor/ardor de boca (29%). Cuatro pacientes presentaron heces anaranjadas y oleosas (keriorrhea). El tiempo medio transcurrido desde el inicio de la cena hasta la aparición de los síntomas fue de 119 minutos. La duración media de la sintomatología fue de 14 horas con un mínimo de 2 horas y un máximo de 48 horas. La analítica del pescado servido en el banquete mostró niveles de histamina superiores a 2.000 mg/kg.

Conclusiones: Se produjo una doble intoxicación (histamina y ésteres cerosos) por consumo de pez mantequilla. El cuadro fue leve y autolimitado. Es necesario conocer este tipo de intoxicaciones para manejarlas adecuadamente evitando pruebas innecesarias, y notificarlas a la autoridad sanitaria para su investigación y posterior adopción de las medidas pertinentes.

518. ABORDAJE INTEGRAL DE UN BROTE DE FIEBRE Q EN UN MUNICIPIO RURAL. SALUD PÚBLICA VS SANIDAD ANIMAL

E. Torres Butrón, M. Pina Valero, A. Hernández Jiménez, F.J. Sanz Daza, J. Jiménez Gallardo, J.J. Candau Camacho, M. Muniain Ezcurra, E. Ramírez de Arellano, J. Rodríguez Baño

Distrito Sanitario AP Aljarafe-Sevilla Norte; Oficina Comarcal Agraria Cantillana; Consultorio Villaverde del Río; Hospital Universitario Virgen Macarena.

Antecedentes/Objetivos: El 25 de marzo de 2013 se declaran 3 casos de fiebre Q en un municipio de 7.685 hab. sin antecedentes de declaración de casos previos. Desde ese momento se inician las tareas de investigación, vigilancia y control del brote.

Métodos: Desde Epidemiología y Protección de la Salud se realizan encuestas epidemiológicas a los casos y se recaba la información disponible sobre posibles factores de exposición. Se solicita la colaboración de facultativos de Atención Primaria y Especializada para la búsqueda activa de casos, asumiendo la definición de caso del protocolo vigente del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Andalucía, añadiendo como criterio epidemiológico residir en el municipio de Villaverde del Río (Sevilla) o los circundantes, y haber iniciado los síntomas a partir de enero de 2013. Por otro lado se informa a Delegación de Agricultura para que realice las tareas de investigación oportunas en la cabaña ganadera.

Resultados: Se contabilizan un total de 58 casos (84% confirmados), entre las semanas 9 y 27 de 2013. El perfil de paciente es un hombre joven sin factores de riesgo y residente en Villaverde del Río. Si bien el 24% precisó ingreso hospitalario (rango de 2 a 64 días; mediana 5), todos los casos evolucionaron favorablemente. Aún se desconocen los resultados de posible cronificación de algunos casos. El origen se localizó en dos rebaños de cabras ubicados en el límite del casco urbano. Los análisis serológicos y de microbiología molecular realizados a los animales evidenciaron una alta tasa de infección por *Coxiella burnetti*. Se pusieron en marcha diversas medidas de control, siguiendo recomendaciones de publicaciones recientes a nivel europeo, centradas fundamentalmente en límite del tránsito de animales dentro del casco urbano, confinamiento, vacunación, limpieza y desinfección de superficies contaminadas, manejo de residuos animales y control de vectores.

Conclusiones: Tras la implantación de las medidas de control se constató una disminución de casos. Aunque el fin del brote pudo estar asociado al cese de partos en animales, se considera que las medidas de control contribuyeron de forma decisiva. El abordaje integral fue posible gracias a la gran implicación de algunos profesionales con amplia experiencia y conocimiento de la zona, y a la colaboración de las Consejerías de Salud y Agricultura, Ayuntamiento municipal y Diputación Provincial. Se recomienda mantener un umbral alto de sospecha de FQ en el territorio epidémico y la prevención de nuevos brotes asociados a explotaciones de pequeños rumiantes.

655. LESIONES BUCALES TRAS CONSUMO DE UNA GOLOSINA

A. Aznar, C. Compés, M.A. Lázaro, J.P. Alonso, J. Guimbao

Sección de Vigilancia Epidemiológica de Zaragoza.

Antecedentes/Objetivos: El 24 de mayo de 2013 la enfermera de un colegio de Zaragoza comunicó a la Sección de vigilancia Epidemiológica de Zaragoza, la existencia de lesiones bucales en varios alumnos tras consumir una golosina llamada Crazy Roller. El producto era un envase plástico en forma de roll-on que al chupar dispensaba un caramelo líquido. Se descartaron otras ingestas comunes. El objetivo fue establecer la posible relación entre los síntomas y el consumo de la golosina y describir las medidas adoptadas.

Métodos: Se estableció vigilancia activa comunicándolo a los Servicios de Urgencias hospitalarias y Puntos de Atención Continuada de Zaragoza. Se obtuvo un listado de todos los niños afectados, realizando encuesta a los padres e investigando la existencia de otros casos relacionados con el consumo de este producto. Se investigó la trazabilidad del producto, se recogieron muestras para la realización de un análisis de acidez y se procedió a la inmovilización cautelar del mismo. Se realizó una búsqueda en google para ver si existían más casos descritos por consumo de esta golosina.

Resultados: El 29 de mayo de 2013 se obtuvo un listado de los niños del colegio que presentaron lesiones bucales tras el consumo de la golosina, con un total de 80 niños: 67 (84%) de primaria y 13 (16%) de 1º de la ESO. Todos tenían el antecedente de consumo del producto. La distribución de los síntomas fue la siguiente: 56 casos (70%) irritación papilar, 21 (26%) aftas en lengua y 3 (4%) abrasiones en labio. Ninguno requirió asistencia sanitaria. No fue posible llevar a cabo un estudio casos-controles porque la información obtenida por los padres era confusa. No se realizó encuesta epidemiológica a los niños, pues debido a la corta edad era poco fiable la información que pudieran ofrecer. Los valores de pH de las muestras analizadas oscilaban entre 2 y 3. Se notificó al Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias (CCAES) que remitió la información a los Servicios de seguridad alimentaria de las CCAA implicadas. Según información procedente de AESAN, la golosina procedía de China e importada a España vía Polonia. El producto se había distribuido por dos empresas de Zaragoza a otras CCAA. En Google se halló que el producto se retiró en Valencia en el año 2011.

Conclusiones: Agregación de casos de lesiones bucales en niños de un colegio de Zaragoza. Probablemente la irritación producida al chupar la bola del roll-on y la excesiva acidez de la golosina (pH 2-3), pudieron contribuir a la aparición de las lesiones. Al no requerir los afectados asistencia sanitaria, es probable que hubiera más casos que no se pudieron detectar. Es importante destacar que la detección y notificación urgente a Salud Pública por parte de un centro no sanitario hizo posible la adopción de medidas de salud pública de forma precoz.

467. LA INTERSECTORIALIDAD EN LOS PLANES DE SALUD DE LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS ESPAÑOLAS

M. Morteruel, E. Cabeza, A. González, E. Díez, D. Rojas, E. Roure, N. de Lara, V. Martínez, E. Rovira, et al

Osteba, País Vasco; Direcció General de Salut Pública de Illes Balears; Agència de Salut Pública de Catalunya; Agencia de Salut Pública de Barcelona; CREAL; Departament de Salut de Catalunya.

Antecedentes/Objetivos: La estrategia Europea 2020 (EU20) obliga a los estados a adoptar la Salud en Todas las Políticas (STP), es decir, a actuar desde todos los determinantes sociales para la mejora de la salud y la equidad. STP supone creación de sinergias entre sectores, la evaluación de los impactos de las políticas sobre la salud de la población. Las relaciones entre sectores han de evolucionar desde la información, cooperación, coordinación hasta la intersectorialidad (modelo O Solar) para llegar a STP. Responder a EU20 supone aplicar STP a nivel nacional, regional y local. Los planes de salud (PS) recogen los valores, objetivos, estrategias que rigen las políticas de salud de las CCAA. Una revisión de PS de CCAA evidenció que no incorporan las desigualdades en salud. El objetivo es la revisión de los PS de CCAA mediante el "Instrumento para identificar oportunidades y debilidades para la ampliación y el fortalecimiento del trabajo intersectorial" (checklist) de O. Solar para: 1) evaluar la incorporación de la intersectorialidad; 2) valorar oportunidades y debilidades que ofrecen los PS para el trabajo intersectorial y la STP, y 3) validar el checklist.

Métodos: Revisión de PS de las CCAA y selección de los que incorporan intersectorialidad y/o STP. Checklist mediante peer review a los PS identificados. Para la validación del checklist: se establece-

rán las concordancias de los/as revisores/as con el uso de la herramienta y el grupo de trabajo evaluará su efectividad para el primer objetivo.

Resultados: Se presentan los resultados referidos al cribado de PS que incorporan STP y algún grado de actuación con otros sectores así como el análisis de las oportunidades y debilidades que presentan los PS para el desarrollo del trabajo intersectorial. Validación del checklist para valorar el grado de intersectorialidad de políticas, planes y estrategias.

Conclusiones: Conocer grado de acción intersectorial de los PS de las CCAA y validar instrumento de evaluación de la intersectorialidad de políticas, estrategias y programas ofrecerá una mejor comprensión de como impulsar la intersectorialidad y avanzar hacia la STP en España.

402. PREVALÊNCIA DO CONSUMO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS EM ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS PORTUGUESES

E. Almeida, L. Marçal, M. Faria, W. Chyc, C. Correia, C. Samorinha, J. Precioso

Instituto de Educação, Universidade do Minho; Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto.

Antecedentes/Objetivos: Na adolescência, o consumo de álcool é um factor de risco para o contágio de doenças sexualmente transmissíveis, acidentes de viação, alterações estruturais do cérebro, baixo rendimento académico e dependência na idade adulta. Os estudos para determinar a prevalência de consumidores de bebidas alcoólicas, em Portugal, têm sido realizados sobretudo no ensino básico e secundário, sendo escassos os que incluem estudantes universitários. A monitorização do consumo de álcool é necessária como forma de avaliar a eficácia das medidas preventivas desenvolvidas no controlo do alcoolismo. Assim, este estudo tem como objetivo descrever a prevalência do consumo de bebidas alcoólicas, assim como de consumos excessivos (embriaguez), em estudantes universitários.

Métodos: Estudo transversal descritivo. A amostra é constituída por 487 estudantes de uma universidade portuguesa (345 do sexo feminino e 142 do sexo masculino). Os dados foram recolhidos em 2012 através da aplicação de questionários de autopreenchimento. As variáveis foram avaliadas através das questões: "Atualmente, com que frequência consomes os seguintes tipos de bebidas?" e "Já alguma vez bebeste o suficiente para ficares embriagado?".

Resultados: Consta-se que 73,4% dos rapazes e 22,4% das raparigas declararam consumir bebidas alcoólicas regularmente (consumos diários ou semanais). A bebida mais consumida pelos rapazes é a cerveja (29,2%) e pelas raparigas as bebidas brancas (11,8%). Os dados revelam que 68,1% dos rapazes e 48,9% das raparigas declararam já se ter embriagado. Destes, 59,4% dos rapazes e 37,1% das raparigas declararam já o ter feito pelo menos duas vezes ao longo da vida (34,8% dos rapazes e 10,7% das raparigas já o fizeram mais de 10 vezes ao longo da vida).

Conclusiones: A prevalência de consumidores regulares é superior nos rapazes, face às raparigas, tal como tendencialmente acontece em faixas etárias mais jovens. Os rapazes consomem mais cerveja e as raparigas bebidas brancas, tendências presentes em alunos mais jovens, tal como o demonstram relatórios internacionais, como o Health Behavior on School-Aged Children, de 2010. Com o aumento da idade, parece haver uma tendência crescente da prevalência de embriaguez. Em 2010, era de 23% no sexo masculino e 18% no sexo feminino (HBSC, 2010), em adolescentes de 15 anos, e neste estudo é de 59,4% e 37,1% respetivamente. Para prevenir o consumo de bebidas alcoólicas em estudantes universitários, as Universidades devem proporcionar Educação para a Saúde, com o intuito de promover a adoção de estilos de vida saudáveis e capacitar os seus alunos a responsabilizar-se pela sua própria saúde e pela dos conviventes.

695. BROTES SINGULARES

R.M. Carbó Malonda, C. Marín Sanchis, A. Arnedo Pena, M.V. García López de Meneses, E. Giner Ferrando, M.V. Rigo Medrano, A. Salazar Cifre, S. Guiral Rodrigo, F. González Morán

Servicio de Vigilancia y Control Epidemiológico; Centros de Salud Pública.

Antecedentes/Objetivos: La Vigilancia Epidemiológica estudia brotes cuya fuente y fisiopatología es conocida y con medidas de control específicas, y otros caracterizados por su excepcionalidad. El objetivo es describir algunos brotes de baja incidencia con etiología inicialmente desconocida que generan alerta social y precisan celeridad en su control.

Métodos: Estudio descriptivo con revisión de informes de brotes entre 2006 y 2013. Selección de los singulares con descripción epidemiológica, grado de confirmación etiológica e instituciones participantes.

Resultados: Se detectan 1.387 brotes, 12% (170) son procesos de baja incidencia no incluidos en las Enfermedades de Declaración Obligatoria, y 1,1% (15) corresponde a brotes singulares, de los que describimos los más relevantes: 1) Aparición súbita de mareos, cefaleas, vómitos, dolor abdominal y lipotimias en 25 niños, 5 hospitalizados, en una pista de hielo. Coordinación con Seguridad Ciudadana. Las gasometrías confirmaron intoxicación por CO tras exposición a los gases emitidos por una pulidora. 2) Insuficiencia respiratoria aguda grave con edema de glotis y pulmón, en trabajadores de aeropuerto tras consumo de anabolizantes ilegales. Participa Farmacovigilancia y Policía Judicial. 3) Fiebre de los Humidificadores: cuadro autolimitado de artralgias, disnea, tos, rinitis y cefalea en trabajadores con exposición ambiental en sala de hidroterapia. Bibliografía con escasa evidencia etiológica pero consistente con el brote. Sospecha: antígenos ambientales. Participa Sanidad Ambiental y Salud laboral. 4) Sintomatología neurológica y respiratoria en 32 trabajadores de matadero tras la reparación del suelo con metacrilato de metilo. Intervienen Cuerpos de Seguridad, Inspección de Trabajo y Seguridad Alimentaria. Etiología consistente con el Centro Nacional de Toxicología. 5) Intoxicación alimentaria escolar con 173 afectados, tasa ataque 43%, con diarrea color naranja. Confirmación epidemiológica y bibliográfica por consumo de Pescado Escolar G. Coordinación con Seguridad Alimentaria. 6) Onicomadesis: desprendimiento indoloro y sin inflamación de láminas ungueales en 247 niños, asociada a síndrome Boca-Mano-Pie (OR: 13,5 IC95%: 6-28). Confirmación genética por Enterovirus. Gran alerta mediática.

Conclusiones: Los brotes singulares provocan situaciones de alerta que precisan una respuesta rápida. La investigación y la aplicación de medidas de control requieren coordinación de diversas instituciones. La presión mediática que generan interfiere su investigación. Su presentación en foros epidemiológicos contribuye a alcanzar respuestas más oportunas.

735. PARAMETRIZACIÓN DE ENFERMEDADES EN LA RED MICROBIOLÓGICA DE LA COMUNITAT VALENCIANA (REDMIVA)

M. Martín-Sierra, A. de la Encarnación, N. Tormo, D. Navalpotro, M. Selva, J.M. Marín, F. González, H. Vanaclocha

Servei de Vigilància i Control Epidemiològic, Comunitat Valenciana.

Antecedentes/Objetivos: La Red de Vigilancia Microbiológica de la C. Valenciana (RedMIVA), gestiona toda la información de los 27 laboratorios hospitalarios de la Conselleria de Sanitat, y la base de datos actual tiene 24 millones de registros. El objetivo de este trabajo

pretende mostrar los criterios utilizados en la "parametrización" de cada enfermedad a partir de los resultados de las diferentes pruebas diagnósticas realizadas.

Métodos: Se han estudiado de forma pormenorizada las tablas de determinaciones, tipos de muestra, resultados, y rangos e interpretaciones utilizadas por los diferentes laboratorios, así como la bibliografía relativa a la interpretación de las pruebas diagnósticas. Se ha programado un árbol de decisiones para los resultados de las nuevas pruebas de cada paciente frente al histórico, realizándose una clasificación dinámica del estado de infección (Aguda, Probable, Presencia de anticuerpos, no existe o no detectada) y la correspondiente equivalencia en la clasificación de caso (Nuevo, Probable, No determinado y No caso), teniendo en cuenta las características de la enfermedad desde un punto de vista inmunológico. Se muestra la parametrización de las nuevas enfermedades sometidas a vigilancia desde el 1 de enero 2014.

Resultados: Enfs por vectores. Se ha seleccionado el Dengue como enfermedad tipo, para la que sus marcadores, IgM+, RNA+, Ag+, o seroconversión, responden a Infección aguda (Caso Nuevo), anticuerpos totales a Caso no determinado, y todos los resultados negativos a No caso. Enfs transmitidas por alimentos; las determinaciones que dan caso nuevo, serían: En la Campylobacteriosis (aislamiento, PCR); Cryptosporidiosis (tinción, PCR y antígeno); salmonelosis (cultivo, PCR, antígeno), E. coli (SHU) (PCR, Toxina); Listeriosis Invasiva (aislamiento líquido estéril y feto); Yersiniosis (aislamiento, IgA, seroconversión); y giardiasis (Ag, presencia de quistes/trofozoitos). El intervalo mínimo entre resultados positivos (episodios diferentes), para considerar un nuevo caso, es de 90 días para la Giardia, Yersinia y Salmonella, de 150 para el Cryptosporidium y 30 para Listeria y E. coli. Enfs de transmisión sexual; Clamydiosis (Trachomatis) identificada por aislamiento, PCR, Ag). Resto de enfs; En la fiebre Q (aislamiento, PCR, IgM específico fase II, seroconversión.). En toxoplasmosis congénita, en menores de 12 años, aislamiento, PCR, IgM, IgG baja avidéz, seroconversión).

Conclusiones: La parametrización aporta valor añadido a la clasificación de caso, automatizándose esta, lo que supone un ahorro de importante de tiempo, y una mejora en la calidad de la información para la RedMIVA, pues mejora su especificidad frente a la detección de casos nuevos.

Promoción de la salud (Oral 10 minutos)

Jueves, 4 de septiembre de 2014. 11:30 a 13:30 h

Modera: Joan Paredes Carbonell

107. DISEÑO DEL "PROYECTO ONDA". PREVALENCIA DE OBESIDAD EN LA POBLACIÓN INFANTOJUVENIL INSTITUCIONALIZADA CON DISCAPACIDAD EN CANTABRIA

F. Amo, M.J. Durá, R. Pesquera, M. Paz, P. Parás, R. Sarabia, L.M. López, C. Ortego

Universidad de Cantabria; Observatorio de Salud Pública de Cantabria.

Antecedentes/Objetivos: El grado de sobrecarga ponderal (Sobrepeso + Obesidad) en la población infantil con discapacidad varía en función de la causa que la origine y el estudio consultado. Autismo: (42,5% sobrepeso + 24,6% obesidad), sínd. de Down: (55% + 31,2%), Discapacidad intelectual no específica: (27,2% + 12,4%), Parálisis Cerebral: (18,8% + 4%), Espina Bífida: (64,5% + 18,6%). En Cantabria no existe ningún estudio epidemiológico que evalúe esta situación. Ob-

jetivo: determinar la prevalencia de obesidad y sobrepeso en niños y adolescentes institucionalizados por problemas de discapacidad en Cantabria.

Métodos: Se realizará un estudio descriptivo transversal durante 2014-2015. Se incluirán niños institucionalizados en Centros de Educación Especial: "El Apolinar", "Fernando Arce", "Parayas", "Pintor Martín Sáez" y "Ramón Laza", con edades comprendidas entre los 6 y 17 años, y con discapacidad intelectual, física, sensorial y/o multidiscapacidad. Se estima que la población de niños discapacitados entre 6 y 17 años es, en Cantabria, de 862. Partiendo de un porcentaje de obesidad del 20%, adoptando un nivel de confianza del 95%, un contraste bilateral y una precisión del 4%, se estima una muestra representativa de 266 individuos. Se adopta una tasa de pérdidas del 35%, resultando una cohorte de 351 niños. Como variables principales se recogerán: datos sociodemográficos, antropométricos, analíticas, comorbilidad, medicación, estado nutricional y actividad física. Se analizará la relación de la obesidad con otras variables y se llevarán a cabo modelos de regresión multivariantes con fines predictivos así como para detectar la existencia de interacciones entre las variables. La prueba de Shapiro-Wilk se empleará para estimar la normalidad de la distribución y la prueba de Levene para analizar la homogeneidad de las varianzas. En la medida que se cumplan los supuestos se emplearán técnicas paramétricas, en caso contrario las técnicas no paramétricas, como la prueba U Mann Whitney, la prueba no paramétrica H de Kruskal Wallis o chi-cuadrado. Se han cumplido con todos los requisitos establecidos en el marco ético de confidencialidad, consentimiento informado establecidos por el Comité Ético de Investigación Clínica de Cantabria.

Resultados: Esperados: la prevalencia de obesidad sea mayor en niños con discapacidad física que intelectual, los factores socioeconómicos influyan significativamente en el grado de obesidad, la edad se correlacione linealmente con el porcentaje de grasa corporal y la medicación esté asociada a la obesidad.

Conclusiones: Estudio de prevalencia y factores de riesgo con implicaciones para la práctica y futuras investigaciones.

534. ARTE Y SALUD, UNA BUENA ALIANZA

J. Segura del Pozo, A. Orellana Toral, N. Ávila Valdés, D. Claver Martín, M. García Cano, N. Antúnez del Cerro, M. Martínez Cortés, M. Hernández Belver

Servicio de Prevención y Promoción de la Salud, Instituto de Salud Pública, Madrid Salud, Ayuntamiento de Madrid; Departamento de Didáctica de la Expresión Plástica de la Facultad de Bellas Artes, Universidad Complutense de Madrid.

Antecedentes/Objetivos: El uso del arte como terapia (o arteterapia) se ha utilizado repetidas veces con niños hospitalizados o enfermos mentales. Sin embargo, presentamos varios proyectos en los que el arte se ha puesto al servicio de la Prevención y la Promoción de la salud. Son frutos del Convenio firmado en 2012, entre la Facultad de Bellas Artes (FBA) de la Universidad Complutense de Madrid y Madrid Salud (Ayuntamiento de Madrid).

Métodos: Los profesionales de un centro municipal de promoción de la salud (Centro Madrid Salud [CMS] de Usera) exponen a los profesores y estudiantes de la FBA (del Grado de Bellas Artes y del Master de Educación Artística en Instituciones Sociales y Culturales) sus retos y necesidades en sus actividades de prevención y promoción de la salud. Estos diseñan materiales, situaciones y actividades que faciliten los objetivos de prevención de la depresión, el aislamiento social y la pérdida de memoria, en ancianos, y eliminación de las barreras socio-culturales al uso de los servicios en jóvenes. Después de ponerlas en práctica, se evalúan.

Resultados: A lo largo de tres cursos escolares, se desarrollaron varios proyectos: 1. Uso del color y la música en los talleres de memoria (Proyecto CMYK), 2. Ser joven y sentirse a gusto en un centro de salud (Un salón para todos), 3. Las Meninas ayudan con la memoria (Proyecto Asociación y Retención), 4. La comida como actividad de comunicación (proyecto MESA), 5. Dibujo del espacio doméstico y selección de fotografías de los recuerdos (El espacio interior vs espacio exterior en los Grupos de Psicogeriatría). Las evaluaciones apuntan a que: 1. La alianza permite alcanzar más fácilmente los objetivos docentes de la FBA y los de los programas y talleres de los CMS. 2. Se han enriquecido los instrumentos en los grupos con mayores y en las intervenciones en institutos. 3. Estas permitieron despertar el interés de jóvenes en riesgo de exclusión social por el arte y por los programas del CMS.

Conclusiones: Hay que considerar a los artistas como valiosos profesionales para la intervención interdisciplinaria en contextos de promoción de la salud (rebautizada como "Arteprevención"). El uso del arte es una valiosa herramienta que puede ayudar a personas sanas a conservar su salud. Por otra parte, los docentes y estudiantes de arte encuentran en el campo de acción de un CMS, un ámbito aplicado apropiado para la apertura a la sociedad y el uso del arte como herramienta de cambio social en un barrio.

598. VALORACIÓN DEL PLAN DE ACTIVIDAD FÍSICA, DEPORTE Y SALUD (PAFES) POR PARTE DE LOS REFERENTES EN LOS CENTROS DE SALUD DE CATALUÑA

A. González, P. Clavero, M. Violán, C. Miñarro, C. Cabezas

Agencia de Salud Pública de Cataluña; Secretaría General del Deporte.

Antecedentes/Objetivos: El objetivo Plan de Actividad Física (AF), Deporte y Salud (PAFES) es aumentar % población suficientemente activa (SAc) potenciando: 1) el consejo AF en el Centro de Salud (CS) a adultos con factores de riesgo cardiovascular y 2) entornos facilitadores a nivel local. Implementación mediante: formación 2 referentes (R) en cada CS, introducción registro AF en historia clínica informatizada (HCI), www.pafes.cat, boletín noticias, impulso celebración del Día Mundial AF (DMAF) y soporte municipios para edición rutas saludables y listado oferta AF. A finales 2013: 97% CS formados, 700 rutas y disminución del sedentarismo (20% de 2006 a 2012). Objetivos: mostrar resultados valoración de R entre 2005-2013: 1) Elementos de implementación; 2) características CS y R, utilidad PAFES; 3) diferencias valoración por sexo, formación (antes/después 2011), edad (< 46 y 46 o +), profesión y nivel AF suficiente.

Métodos: Cuestionario ad-hoc 43 ítems, 3 apartados: 1) Grado acuerdo (0-10) con formación, registro, web, noticias y DMAF. Preguntas abiertas 2) CS: grado implementación en EAP, relación municipio, utilidad PAFES 3) datos demográficos, nivel AF R. Enviado a 635 R (email) en oct 2013. Análisis descriptivo univariante y comparación de medias.

Resultados: 150 respuestas (23,61%). Acuerdo (0-10): Formación "experiencia ponentes" (7,82 DE 0,12), "herramientas para el consejo" (6,95, DE 0,15); Registro "comprensibilidad" (6,90, DE 0,16) "grado utilización" (6,35, DE 0,20); Web "es atractiva" (7,52, DE 0,12) "utilidad" (7,15, DE 0,14). Noticias "novedades" (7,23, DE 0,14) "propuestas formativas" (6,60, DE 0,16). DMAF "material" (7,23, DE 0,21) "retorno información" (7,06 DE 0,26). De 83% conocen web 86% la recomiendan. Reciben noticias 87%. 40% celebra DMAF. Propuestas: más formación y mejoras en registro. En 95% CS hay registro AF HCI. 55% del equipo aconseja, 36% registra, 43% SAc. 84% R relación con municipio: 41% conoce oferta AF, 27% colaboran y 17% trabajan en red. PAFES útil (95%) y potencia: consejo (81%), registro (64%), salud

comunitaria (42%), comunicación (26%) y trabajo en red local (21%). Ha supuesto > oferta AF local (46%). 77% R son SAC e influye su nivel consejo (84%) y rol (74%). Diferencias significativas en la valoración de aspectos para los > 46, enfermer@, mujer y formados > 2011. No diferencias por nivel AF.

Conclusiones: El PAFES recibe buena valoración por parte de los R, que destacan la experiencia formadores y su utilidad para potenciar el consejo y registro de AF. Los profesionales enfermería, mujer, > 46 y formados > 2011 mejor valoración. Los resultados ayudan a mejorar el soporte que desde el PAFES se ofrece a profesionales y municipios para la promoción de la AF en Cataluña.

608. AGENTES DE SALUD COMUNITARIA ESPECIALIZADAS EN ENFERMEDAD DE CHAGAS, UN NUEVO RECURSO EN ESPAÑA

M. Navarro, T. Blasco, B. Navaza, L. García, I. Serrano, A. Pérez de Ayala, P. Merino, P. Toribio, A. Guionnet

Fundación Mundo Sano; Centro Nacional de Medicina Tropical, Instituto de Salud Carlos III; RICET; Universidad Rey Juan Carlos; Hospital Universitario 12 de Octubre; Hospital Universitario Clínico San Carlos; Hospital Universitario Fundación Alcorcón.

Antecedentes/Objetivos: España es el país europeo con mayor número de casos de enfermedad de Chagas, enfermedad parasitaria endémica de Latinoamérica que se ha globalizado por los movimientos migratorios. Un 80% de los casos en nuestro país ocurre en bolivianos. La enfermedad puede transmitirse congénitamente. Más del 60% de los casos estimados en España se dan en mujeres. Existe un infradiagnóstico del 90%. El objetivo del programa "Madres Comprometidas con el Chagas: actuando aquí y allá" ha sido formar como agentes de salud en enfermedad de Chagas a madres afectadas de área endémica y residentes en Madrid para que ellas mismas desarrollen actividades comunitarias posteriormente.

Métodos: Un equipo multidisciplinar diseñó un programa formativo inicialmente de 12 sesiones sobre los temas: enfermedad de Chagas, otras enfermedades transmisibles, salud materno-infantil, funcionamiento del sistema sanitario, comunicación y mediación intercultural, entre otros. Las clases se impartieron en lugares de referencia que las alumnas debían conocer de primera mano: hospitales con consultas de Chagas, ONG, etc. Antes y después de la formación las alumnas cumplimentaron las escalas: BISS (aculturación), escala WHOQOL (calidad de vida) escala CAE (enfrentamiento al estrés); y cuestionarios de conocimientos sobre enfermedad de Chagas y sobre salud materno-infantil.

Resultados: Entre abril y julio de 2013 se celebraron 19 sesiones de 2h de duración. Cuatro mujeres de Bolivia (dos de Cochabamba, dos de Santa Cruz), media de edad 34,7 (rango 28-47 años) finalizaron el curso, con un aumento estadísticamente significativo de los conocimientos sobre enfermedad de Chagas y salud materno-infantil tras el curso. La evaluación de la formación por parte de las alumnas fue excelente. En los primeros tres meses de actividades tras la formación, el programa se ha presentado a más de 40 centros socio-sanitarios de la Comunidad de Madrid y se han realizado varias actividades comunitarias (información personalizada, charlas, difusión de material, acompañamiento a consulta, etc.) que han llegado a más de 210 personas en riesgo. Una de las agentes vive actualmente en Hamburgo (Alemania), donde está informando a inmigrantes de área endémica sobre la enfermedad y dónde diagnosticarse. El programa será replicado en Barcelona en 2014.

Conclusiones: Consideramos fundamentales iniciativas de este tipo para desarrollar intervenciones de salud pública adaptadas y llegar de manera eficaz a los colectivos en riesgo.

670. REACTIVANDO EL PARQUE DE EL RAVAL: UNA EXPERIENCIA PARTICIPATIVA EN UN PROYECTO DE PROMOCIÓN DE SALUD EN UN BARRIO EN SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD

M. López Nicolás, D. Aviñó Juan-Ulpiano, I. Ramo Jordà, M.J. Fuertes Montalvã, M.J. Iglesias Ortiz, J. Nàcher Martínez, L. Benlloch Calvo, E. Tormo Sanfelix

FISABIO-Centre de Salut Pública Alzira; Ayuntamiento de Algemés; CEIP Salvador Andrés; Centre Sociocultural El Carrascalet; Projecte Barri-Escola.

Antecedentes/Objetivos: El "Projecte RIU: un riu de cultures, un riu de salut" lleva actuando en el barrio de El Raval (Algemés) desde 2008. Se han desarrollado 5 ediciones con ciclos de selección, capacitación y acción de agentes de salud de base comunitaria que participan activamente promoviendo su propia salud, la de sus iguales y la del barrio en donde viven. Se pretende describir el proceso participativo llevado a cabo para reactivar la utilización de un parque infantil del barrio en situación de abandono.

Métodos: Un grupo de 13 agentes de salud (4 mujeres gitanas y 3 no gitanas, 1 latinoamericana y 2 hombres árabes) desarrolla una metodología de investigación-acción participativa (IAP) a partir del tema detectado de "la no utilización del parque infantil por los niños y niñas del barrio y su estado de abandono". Mediante técnicas de autodiagnóstico (sociograma, flujograma y role-in-playing) y autoformación (estudio de experiencias parecidas en otros contextos similares), el grupo de agentes generó propuestas de actuación que se priorizaron, programaron y ejecutaron. 2 dinamizadoras del Projecte RIU con la colaboración de un grupo intersectorial de profesionales condujeron el proceso desde mayo de 2013 hasta julio de 2013.

Resultados: Las técnicas basadas en la IAP, junto a la autoformación de los agentes de salud, su esfuerzo y forma de trabajo, se plasmaron en una jornada comunitaria que resume a la perfección la capacidad de movilizar y crear acción de esta metodología. Las principales actividades realizadas fueron: acuerdos con Ayuntamiento, limpieza y acondicionamiento del parque, colocación de papeleras, jornada de juegos tradicionales dirigidos por población adulta del barrio, negociación y pacto de usos compartidos del parque. Participaron un total de 13 agentes de salud que movilizaron a 70 personas (40 eran menores de 16 años). En la actualidad la propia población del barrio mantiene la reactivación del espacio y su uso compartido.

Conclusiones: El proceso participativo llevado a cabo desde el grupo de agentes de salud ha sido exitoso para reactivar la utilización del parque del barrio por la población infantil y los resultados se mantienen tras 9 meses de la intervención.

799. "NO TE QUEDES FUERA DE JUEGO" 2013. LUCHA CONTRA LA POBREZA Y LAS DESIGUALDADES SOCIALES

M.V. Cañada Guallar, P. Sánchez Villanueva, P. Rubio Ibáñez, M.D. Esteban, L. Sabín, M.L. Gellida, A. Hernández Torres

Subdirección de Salud Pública Teruel; Agentes de Cáritas Teruel Albarracín.

Antecedentes/Objetivos: Se pretende apoyar la lucha contra la pobreza y las desigualdades sociales y de salud, intentando promover el empoderamiento de los participantes, apoyar su desarrollo personal para que puedan tomar las riendas de su proyecto vital, ser protagonistas de su vida, a partir del aprendizaje de habilidades que ayuden a mantener su salud y mejorar su empleabilidad.

Métodos: Se utiliza la metodología de "Itinerarios integrados de inserción" propia de Cáritas, que tiene las siguientes fases: Acogida y Orientación, Taller Motivacional, Taller Prelaboral, Taller Laboral- Iniciativas de Empleo social. Tras un estudio de las necesidades de cada persona, se indican una serie de objetivos a conseguir mientras par-

ticipan en los talleres de San Nicolás- Caritas Teruel. El Taller Motivacional lo llevan a cabo, voluntarios de diferentes perfiles profesionales (de salud pública, psicología, maestros, creatividad, informática) realizando actividades de alfabetización, creativas-artísticas, de mejora de la empleabilidad y educación para la salud. En el 2013 se atendieron 53 personas: 43 mujeres y 10 hombres; con edades entre los 18 y los 54 años, solo uno era mayor de 54 años. Todos ellos son desempleados, salvo uno que está inactivo por jubilación. Su situación económica es sin ingresos y 21 de ellos reciben ayudas institucionales. El 50,94% llevan en el paro más de 2 años. El 16,98% no tiene estudios y el 50,94% no han pasado del 1^{er} ciclo de Secundaria.

Resultados: En la evaluación de 2013 se observan una serie de indicadores que consideramos relacionados con los determinantes de salud. Mejoran el autoconocimiento el 89% de las personas, el interés el 70%, la autoestima el 65%, el autocontrol el 75%. Mejoran la participación del trabajo en equipo 77%, la capacidad de adaptación el 75%. Mejoran en la sociabilidad el 81%, en empatía el 71%, en aumentar la resistencia a la presión social el 50%. Mejoran la capacidad de aprendizaje el 76%, en fluidez verbal el 86%, en creatividad el 10%. Mejoran en higiene personal el 88%, en alimentación el 88%, en puntualidad el 68%, en constancia el 67%. Mejoran en el orden el 71%.

Conclusiones: A pesar de encontrarse estas personas en una situación de gran vulnerabilidad y con riesgo de exclusión social, se observa que existe satisfacción personal por participar en estos talleres, y una mejoría en las capacidades y habilidades valoradas. Conviene seguir trabajando para mejorar su empoderamiento y desarrollo personal, ofrecer unos espacios laborales protegidos y una renta básica. Todo esto puede contribuir a disminuir las desigualdades sociales y por ende las desigualdades de salud que padecen algunos grupos sociales.

201. VALIDACIÓN DE UNA HERRAMIENTA PARA MEDIR EL ENTORNO DE LAS CALLES PARA ANDAR Y USAR LA BICICLETA EN MADRID: MEDICIÓN DIRECTA Y CON GOOGLE STREET VIEW

P. Gullón, S. Alfayate, F. Escobar, U. Bilal, J. Díez, M. Franco

Grupo de Epidemiología Social y Cardiovascular, UAH; Escuela Nacional de Sanidad, Instituto de Salud Carlos III; Departamento de Geografía, UAH; Department of Epidemiology, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health.

Antecedentes/Objetivos: La inactividad física es uno de los principales factores de riesgo para el desarrollo de enfermedad cardiovascular. La investigación del entorno urbano es crucial para desarrollar actividades que aumenten la actividad física de la población. Nuestros objetivos son: 1) Validar una herramienta para medir el entorno de las calles para andar e ir por bicicleta en Madrid. 2) Validar el uso de esta herramienta por Google Street View (GSV) usando la medición directa como Gold-Standard.

Métodos: Se seleccionaron 36 secciones censales de 3 áreas diferentes (12 por área) en Madrid. Las áreas seleccionadas corresponden a densidades de población baja, media y alta. La unidad de análisis fue el segmento, definido como el espacio de calle entre dos intersecciones. Para medir los segmentos usamos una versión adaptada de la herramienta Systematic Pedestrian and Cycling Environment Scan (SPACES). SPACES recoge información de cada segmento, midiendo cuatro factores en relación con andar y montar en bicicleta: vía, seguridad, estética y destinos. Cada factor está dividido a su vez en elementos, y estos, en ítems. Dos investigadores completaron dos veces el SPACES para los segmentos: directamente en las calles, y usando GSV. La mitad de los segmentos se midieron primero en las calles y luego con GSV; la otra mitad, al revés. Uno de los investigadores midió también con ambos métodos el área de densidad media (169 segmentos) en 2013. Para el análisis usamos el Coeficiente de Correlación

Intraclase (ICC) que compara el grado de acuerdo de: 1) GSV contra medición directa. 2) Acuerdo inter-observador. 3) Acuerdo intra-observador. El ICC varía de 0 a 1, con 1 indicando un acuerdo perfecto.

Resultados: Los resultados preliminares (un área y uno de los investigadores) dan un grado de concordancia entre la medición directa y con GSV sustancioso o casi perfecto. De los factores, seguridad y destinos son los que más acuerdo muestran (ICC = 0,88 e ICC = 0,83, respectivamente), y todos menos vías para ir en bicicleta muestran un acuerdo aceptable (ICC > 0,7). Entre los elementos, los valores más bajos son para la superficie (ICC = 0,38 para andar e ICC = 0,33 para bicicleta) y las evaluaciones subjetivas (ICC = 0,33); el resto de los elementos muestran un grado de acuerdo de moderado a casi perfecto.

Conclusiones: La herramienta SPACES es correcta para su utilización en una ciudad Europea como Madrid. El uso de SPACES mediante GSV es una alternativa fiable para medir el entorno urbano de las calles para andar e ir en bicicleta.

765. HABITANDO ESPACIOS, ESPACIO PROPIO. LA APORTACIÓN DEL ARTE AL TRABAJO DE PROMOCIÓN DE SALUD

M.D. Claver Martín, M. García Cano, A. Orellana Toral, J. Segura del Pozo, N. Ávila Valdés, M. Martínez Cortés, E. Carrasco Álvarez

Servicio de Prevención y Promoción de la Salud, Madrid Salud, Ayuntamiento de Madrid; Departamento de Didáctica, Facultad de Bellas Artes, Universidad Complutense de Madrid.

Antecedentes/Objetivos: Los grupos de Psicohigiene para Mayores están dirigidos a conseguir un estado de bienestar psicológico y prevenir el desarrollo de trastornos mentales relacionados con el envejecimiento. En este contexto de salud, nuestro objetivo es investigar cómo nos influyen los espacios por los que transitamos a lo largo de la vida y si podrían convertirse en lugares más saludables. La intervención del artista puede aportar una exploración diferente de la relación entre espacio e individuo y promover habitar esos espacios con mejor calidad de vida.

Métodos: Desde la perspectiva de lo cotidiano, trabajamos dimensiones que abarcan de manera transversal, "la Temporalidad" presente/pasado como un continuum que integre la biografía de cada individuo. De forma secuencial, "los Espacios", potenciando la reflexión entre espacio físico/espacio mental, espacio interior/espacio exterior, espacio privado/espacio público, espacio doméstico/espacio social. Intervenimos en dos grupos de 10 mujeres mayores con sesiones semanales a lo largo de un cuatrimestre cada uno. Introdujimos ejercicios como el diseño de un plano de su casa, el "mapa afectivo" de sus habitaciones o el dibujo de los recorridos "emocionales" por el barrio, como instrumentos favorecedores de la reflexión, la expresión emocional y del cambio.

Resultados: El hallazgo más importante fue descubrir la estrecha relación entre los espacios (la capacidad de disponerlos, utilizarlos y vivirlos) y el estado mental de las participantes, encontrando una carencia de espacio propio en la mayoría de las mujeres. Al inicio aparecieron resistencias que en parte se proyectaron en la figura del artista. Esto nos obligó a reflexionar y trabajar con el grupo las dificultades surgidas ante lo nuevo y desconocido. En la evolución del proceso grupal, se consiguieron experiencias transformadoras que ayudaron al avance del grupo. A nivel individual, el cambio favorable hacia la autonomía se tradujo en una mejor autopercepción, mejoría anímica, establecimiento de nuevas relaciones y mayor participación social.

Conclusiones: El trabajo interdisciplinar entre arte y salud puede ser una metodología efectiva en grupos de orientación preventiva y crea un espacio transdisciplinar con nuevas formas de acercamiento a la promoción de la salud. El trabajo creativo con los espacios cotidianos puede generar recursos enriquecedores para la salud mental de

mujeres mayores. Hay un diálogo entre el trabajo grupal y el trabajo creativo que debe seguir siendo investigado como herramienta facilitadora de transformaciones internas.

569. PERFIL SOCIAL DE LOS USUARIOS DE UNA RED DE CENTROS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD CON ENFOQUE DE “UNIVERSALISMO PROPORCIONAL”

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

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

Antecedentes/Objetivos: Evaluar el enfoque de “universalismo proporcional” de la “Estrategia Gente Saludable, 2010-2015” del Ayuntamiento de Madrid, desarrollada por los 23 Centros Madrid Salud (CMS), a partir del uso de variables sociales contextuales e individuales que permiten conocer el perfil social de los 132.000 usuarios de los diferentes centros y programas, y si se corresponden con la población diana de los mismos.

Métodos: Se introducen en el sistema OMI variables de perfil social (domicilio del usuario o de la institución donde se interviene situado en Zona de Intervención Preferente-ZIP, nivel de estudios, situación laboral, estado civil y país de nacimiento) y de objetivos tácticos de los programas (centros educativos con unidades para alumnado con peor rendimiento escolar, procedencia del usuario). Se analiza el nivel de cumplimentación y la distribución de las categorías de las variables por programas y CMS, se estima el % población atendida en situación social desfavorecida. Se desarrolla formación y control de calidad sobre la cumplimentación.

Resultados: De 2012 a 2103 se ha mejorado la cumplimentación (lugar residencia del 35 al 73%; nivel educativo 25 a 62%, etc.). En 2013 se atendieron 60.915 usuarios en atención individual y 71.354 en atención grupal. El 30% de usuarios nuevos residían en ZIP (21% del total de madrileños). Por programas, el rango va desde el subprograma de atención al niño en situación de riesgo social (38%) al de salud materno-infantil (25%). En este destaca que el 52% de los usuarios (principalmente mujeres embarazadas) tengan estudios universitarios. El % población atendida en situación social desfavorecida por situación laboral es de 31% (rango de 21,9% Chamberí a 50,3% Usera), por nivel de estudios 25,7% (rango de 10,9% Chamberí a 52,4% Latina), por tipo de captación 6,6% (rango Centro Joven 2,1% a Villa de Vallecas 12,1%). Durante el curso se ha intervenido en 482 centros educativos de Madrid (el 69% tienen unidades para alumnado con peor rendimiento escolar). Se ha intervenido en el 76% de los Centros de Mayores situados en ZIP.

Conclusiones: La modificación introducida en el sistema de información OMI es útil para evaluar el programa de Desigualdades Sociales en Salud. Los resultados son coherentes con la estrategia de “universalismo proporcional” y permiten metas incrementales. En el programa de salud materno-infantil, el perfil social de los atendidos no se corresponde con la población diana. Las diferencias entre centros permiten identificar estrategias de captación de mayor éxito.

732. DISCAPACIDAD Y HÁBITOS DE VIDA RELACIONADOS CON LA SALUD EN POBLACIÓN ≥ 50 AÑOS EN ARAGÓN

C. Rodríguez-Blázquez, M.J. Forjaz, J. Almazán, J. Damián, C. Ruiz, J.M. Castellote, M. Comín, J. de Pedro-Cuesta

Instituto de Salud Carlos III; Universidad de Zaragoza.

Antecedentes/Objetivos: Existe escasa bibliografía sobre los hábitos de vida relacionados con la salud (HVRS) en discapacidad. El objetivo del estudio es analizar la prevalencia de HVRS (siguiendo la

taxonomía propuesta por Salvador-Carulla y cols, 2013) según niveles de discapacidad.

Métodos: Muestra de 1723 personas ≥ 50 años (edad media: 68,8 ± 11,38 años; 56,6% mujeres), positivos a cribado de discapacidad (WHODAS 12) en Aragón. Se recogió información sobre HVRS: índice de masa corporal (IMC), como medida proxy del dominio Dieta; escala de depresión Euro-D (punto de corte para depresión > 3) para el dominio Depresión; ítem “insomnio” de la escala Euro-D y código b134 de la CIF, para el dominio Sueño; Mini-Examen Cognoscitivo (MEC, punto de corte para deterioro cognitivo < 24) para el dominio Cognición; consumo de alcohol y tabaco para el dominio Uso de sustancias; y escala de actividad física de Yale (YPAS) para el dominio Actividad física. La discapacidad se evaluó mediante la escala WHODAS 2.0-36 ítems. Las diferencias entre grupos se analizaron mediante las pruebas ANOVA y chi-cuadrado.

Resultados: El 19,6% de las personas con discapacidad leve y el 39,5% de las personas con discapacidad grave tiene un IMC > 30 (obesidad). El 40-48% de las personas con discapacidad moderada-grave manifestaron síntomas depresivos, frente al 21,1% en las personas con discapacidad leve ($p < 0,001$). El insomnio estuvo presente en el 31,2% de las personas con discapacidad leve y en el 46% de las personas con discapacidad moderada-grave. El deterioro cognitivo se detectó en el 5,9% de las personas con discapacidad leve y en el 19,4-49,6% en la discapacidad moderada-grave ($p < 0,001$). Las horas/semana de actividad física y el gasto energético disminuyeron significativamente en los grupos con discapacidad moderada-grave, en comparación con la discapacidad leve (26,1-9,6 vs 45,7 h/sem; 5.667,7-1.979,5 vs 10.133,2 kcal/sem, $p < 0,001$). El porcentaje de fumadores fue del 11,5% en las personas con discapacidad leve al 1,5% en la discapacidad grave; mientras que los que habían consumido alcohol en los últimos 12 meses fueron del 38% (discapacidad leve) al 6,6% (discapacidad grave/extrema) ($p < 0,001$).

Conclusiones: Las personas mayores de 50 años con discapacidad moderada y grave muestran en general unas prevalencias más altas de HVRS no adecuados que las que la padecen en grado leve. Este resultado, previo análisis causal en profundidad, puede ayudar a diseñar estrategias de prevención de la discapacidad mediante la intervención en HVRS.

Financiación: ISCIII (EPI 1637/06; EPI 1530/07; FIS PI06/1098; PI07/90206), CIBERNED, Diputación de Zaragoza y Fundación Farasdués.

366. DESCRIPCIÓN DE UNA INICIATIVA PARA EL FOMENTO DE LA RESPONSABILIDAD CIUDADANA EN SU SALUD. ESCUELA CÁNTABRA DE SALUD

L.M. López López, M.S. Blanco Incera, M.D. Prieto Salceda, O. Pérez González, C. González Cobo, B. Porras González, R. Pesquera Cabezas, M. Gatón Lasheras, E. Ocejeda Setián

Observatorio de Salud Pública de Cantabria, FMDV; Plataforma Asociaciones Romanes Cantabria; Consejería de Sanidad y SS.

Antecedentes/Objetivos: La estrategia para el abordaje de la cronicidad en el SNS tiene como objetivo impulsar y reforzar la capacitación de las personas y de la comunidad para promover la autonomía, el autocuidado y los estilos de vida saludables. Objetivo: describir el proyecto Escuela Cántabra de Salud para la ciudadanía, un compromiso alineado con la estrategia para el abordaje de la cronicidad en Cantabria.

Métodos: Descripción de una iniciativa desarrollada en Cantabria para impulsar y reforzar la capacitación de las personas y de la comunidad, promover la autonomía, el autocuidado y los estilos de vida saludables. Se realizó una revisión de la literatura científica en diferentes bases de datos, empleando las palabras clave: programas de formación/capacitación para ciudadanos. Se establecieron tres fases: de partida (estado actual del tema)/identificación de necesidades/

diseño-planificación plataforma web), desarrollo (divulgación del proyecto/creación de grupos de trabajo) y evaluación (cumplimiento y planes de mejora). Se elabora un esquema gráfico con las fases estratégicas y un cronograma.

Resultados: Se establecen contactos con instituciones sanitarias, servicios sociales, asociaciones de pacientes, colegios profesionales, entidades locales, fundaciones y universidad, y se define el marco de actuación de la escuela de salud con unas líneas fundamentales de apoyo al autocuidado: educación para la salud, en población general, en personas enfermas (programa de paciente activo/experto empleando la metodología de la Universidad de Stanford), en cuidadores y familiares, en niños, adolescentes y en el entorno escolar. Junto a estas cuatro líneas se identifica una quinta, de carácter transversal, educación para la salud en población con necesidades especiales. Se ofrece una Biblioteca guiada a la ciudadanía para acceder a información científica de salud, saber utilizarla de forma eficiente y facilitar el acercamiento de los ciudadanos al mundo médico.

Conclusiones: Estas iniciativas pretenden influir en nuestro sistema sanitario público, fomentando la participación de la población al pasar de un modelo clínico a otros modelos de capacitación personal y social-colectivistas que empoderan a la persona para tomar sus propias decisiones en el cuidado de su salud y basan su actuación en la concienciación y autogestión de la ciudadanía como centro del sistema sanitario.

342. APRENDIENDO A PARTICIPAR. PROYECTO RUTAS SALUDABLES ALREDEDOR DE LOS CENTROS DE SALUD

E. Cabeza, G. Artigues, C. Vidal, J. Mateu, C. Riera

DGSP Govern Balear; Ibsalut, Gabinete Técnico de Atención Primaria.

Antecedentes/Objetivos: Caminar ha sido descrito como la forma de AF que mayores beneficios aporta para la salud de las personas. A pesar de los beneficios que reporta, la mayoría de las personas no cumplen las recomendaciones diarias. Los últimos datos de la ENS revelan que el 45% de los residentes a las Illes Balears manifestaban llevar una vida sedentaria. Últimamente surge el concepto de caminabilidad (walkability), definida como el grado por el que el ambiente urbano promueve el hábito de caminar. Se ha demostrado que aspectos como la funcionalidad (el tránsito, el diseño de las calles etc.), la seguridad o la estética influyen sobre el hábito de caminar de las personas. Los objetivos de este estudio son: 1) diseño de rutas saludables alrededor de los Centros de salud (CS) con participación comunitaria 2) promover la actividad física en pacientes y población del CS.

Métodos: El CS interesado en el proyecto identifica y convoca a las asociaciones, entidades y personas clave de la zona y se constituye una Comisión que participa en el diseño de la ruta. Una vez definida la ruta, es validada por la comisión que realiza una evaluación in situ de las condiciones de caminabilidad mediante un cuestionario de percepción del ciudadano. Posteriormente se elabora un informe que se envía al área de infraestructuras del ayuntamiento de la zona y entre todos se consensua la ruta final. Los profesionales sanitarios, formados previamente en consejo breve, evalúan los hábitos de AF de los pacientes mediante el cuestionario IPAQ introducido en la historia clínica electrónica. Desde el CS se organizan, según sus posibilidades, grupos para caminar.

Resultados: Se han adherido al proyecto de participación comunitaria 23 CS de los 56 existentes en las Illes. Han participado un promedio de 10 asociaciones, entidades, pacientes clave por CS, en total más de 200. Se han evaluado los hábitos de AF previos de 714 pacientes (58% de mujeres). El 8% revela un grado de AF elevado, 28% moderado y el 64% bajo. En 6 CS ya se ha establecido la ruta definitiva y se han creado grupos de caminantes <http://e-alcavac.caib.es/rutas-portada.html>. Los pacientes, en la evaluación realizada, manifiestan un efecto positivo en su condición física y en su salud mental.

Fruto de la participación comunitaria algunos CS han establecido colaboraciones con otras entidades de la zona para la puesta en marcha de talleres de AF.

Conclusiones: La participación de la comunidad es uno de los factores clave en el éxito del proyecto. El proyecto ayudará a mejorar la salud y el bienestar de los participantes además de mejorar la cohesión social del barrio.

MESA ESPONTÁNEA

La vigilancia de las lesiones por causas externas y su impacto en salud

Jueves, 4 de septiembre de 2014. 11:30 a 13:30 h

Moderan: Maica Rodríguez-Sanz y Elena Cabeza Irigoyen

625. SALUD EN TODAS LAS POLÍTICAS PARA PREVENIR LAS LESIONES EN EL PLAN INTERDEPARTAMENTAL DE SALUD PÚBLICA DE CATALUÑA

J.M. Suelves, C. Cabezas, A. Segura

Agència de Salut Pública de Catalunya; Pla Interdepartamental de Salut Pública de Catalunya; Departament de Salut.

Antecedentes/Objetivos: Las lesiones no intencionadas y las derivadas de conductas suicidas se encuentran entre las principales causas de mortalidad prematura y de discapacidad tanto en Cataluña, como en el conjunto del Estado y a nivel mundial. Para prevenirlas, son necesarias acciones que contribuyan a llevar la salud a todas las políticas sectoriales (de movilidad, educación, bienestar social, empleo...) que influyen sobre sus principales determinantes. De acuerdo con la Ley 18/2009 de salud pública, el Gobierno de Cataluña debe formular un Plan Interdepartamental de Salud Pública (PINSAP) que emane del Plan de Salud de Catalunya en cuya elaboración participen tanto las administraciones como los agentes sociales y económicos, las sociedades científicas, las corporaciones profesionales y la sociedad civil en general.

Métodos: En noviembre de 2012 se constituyó la Comisión Interdepartamental de Salud, integrada por representantes de todos los departamentos de la administración de la Generalidad de Cataluña y liderada por la Secretaría de Salud Pública del Departamento de Salud. Se constituyó un grupo de trabajo que elaboró una propuesta de acción basada principalmente en el modelo de determinantes de salud de Dahlgren y Whitehead y que fue recogiendo un conjunto de acciones validadas primero por la comisión, sometidas después a la consideración de representantes de la administración local, la comunidad científica y la sociedad civil, y finalmente aprobada por el Gobierno de Cataluña en febrero de 2014.

Resultados: El PINSAP plantea 30 áreas de actuación interdepartamental agrupadas en un primer eje orientado al incremento del número de años de vida con buena salud y un segundo eje orientado a incorporar la visión de salud en el diseño y la evaluación de políticas públicas. Las actuaciones dirigidas a la modificación de los determinantes sociales de los principales mecanismos responsables de la morbimortalidad por lesiones (colisiones de tráfico, caídas y conductas suicidas) están expresamente contempladas en el primer eje del PINSAP, especialmente en referencia a las políticas de movilidad, vivienda y atención sanitaria. Además, algunas de las actuaciones incluidas en el segundo eje del PINSAP pueden contribuir a facilitar el desarrollo y la evaluación de actuaciones preventivas.

Conclusiones: El PINSAP es un instrumento para llevar la salud a todas las políticas en Cataluña que puede favorecer el desarrollo de políticas públicas orientadas a la mejora de la salud, la reducción de las desigualdades, y la disminución de la morbimortalidad por lesiones y otras patologías.

119. ESTUDIO DE UNA COHORTE DE CONDUCTORES ATENDIDOS EN ATENCIÓN PRIMARIA: FACTORES RELACIONADOS CON LA RESPUESTA EN EL SEGUIMIENTO

M. García Muñoz, C. Martín Cantera, M.V. Feijoo Rodríguez, E. Puigdomènech Puig, S. Valiente Hernández, J. Birulés Muntane, A. Martín Pujol, C. Pérez, E. Briones

Institut Català de la Salut; Unitat Suport a la Recerca Barcelona Ciutat; Unitat d'Avaluació, Sistemes d'Informació i Qualitat; Agència de Salut Pública de Barcelona.

Antecedentes/Objetivos: Describir el seguimiento y analizar los factores sociodemográficos, sanitarios y de conducción relacionados con el seguimiento de una cohorte de conductores atendidos en atención primaria (AP).

Métodos: Estudio de cohortes prospectivo realizado en 25 Centros de AP de Catalunya. Se incluyeron 1.940 conductores ≥ 16 años de edad con posesión de permiso de conducir o licencia de motocicleta. Durante 2009 se realizó el estudio basal (entrevista presencial) y en 2011 el seguimiento telefónico. Mediante regresión logística no condicional se compararon las características sociodemográficas, de conducción y sanitarias de los participantes a los que se les pudo realizar seguimiento con los que no se les pudo realizar.

Resultados: De los 1.940 conductores incluidos en el estudio, se pudo realizar un seguimiento telefónico a 1.673 (86,2%). De las pérdidas, 54,7% ha sido por teléfonos erróneos o ilocalizables, 38,9% por rechazo (mayoritariamente por no interés), 4,5% por defunción y 1,8% por otros motivos. Se hallaron diferencias entre los que se les había hecho un seguimiento y los que no en cuanto a sexo, edad, estado civil, consumo de cannabis y otras sustancias adictivas, tener patología de riesgo y los años de permiso de conducir. Al comparar los 1.673 conductores a los que se pudo seguir con los que no, las variables que se asociaron con un mayor seguimiento fueron: ser mujer (OR = 2,0; IC95% 1,5-2,7), vivir en pareja (OR = 1,5; IC95% 1,1-2,1) y tener patología crónica de riesgo (OR = 1,5; IC95% 1,1-2,1).

Conclusiones: Se deberían tener en cuenta varios aspectos para minimizar las pérdidas y asegurar una tasa de respuesta alta en futuras investigaciones: necesarias estrategias de seguimiento utilizando sistemas múltiples, conveniente un soporte económico y un protocolo establecido previamente y recomendado incluir la recogida de más de un teléfono y del correo electrónico.

Financiación: Mutua Madrileña.

171. CARACTERÍSTICAS DE CONDUCTORES MAYORES ATENDIDOS EN ATENCIÓN PRIMARIA. DATOS BASALES COHORTE LESIONAT

E. Puigdomènech Puig, C. Martín Cantera, S. Valiente Hernández, M. García Muñoz, J.L. del Val García, A. Martín Pujol, V. Feijoo, E.M. Briones Carrió

IDIAPI Jordi Gol; Unitat de Suport a la Recerca Barcelona Ciutat; Institut Català de la Salut; Unitat d'Avaluació, Sistemes d'Informació i Qualitat.

Antecedentes/Objetivos: Los conductores mayores presentan un riesgo superior de sufrir una colisión debido, en parte, al consumo de medicamentos y presencia de enfermedades crónicas. Los objetivos del estudio son: a) describir las características sociodemográficas, de conducción, consumo de sustancias psicoactivas y

medicación crónica y patologías crónicas en conductores mayores y b) determinar los principales factores asociados a haber sufrido una colisión en conductores mayores atendidos en atención primaria de Barcelona.

Métodos: Datos basales cohorte LESIONAT: conductores ≥ 65 años atendidos 25 Centros de Atención Primaria reclutados durante 2009. Se les realizó una entrevista personal sobre variables sociodemográficas, relacionadas con la conducción, enfermedades crónicas y medicación, percepción de riesgo de sufrir una colisión, consumo de alcohol (Audit-C Test) y otras sustancias psicoactivas y colisiones sufridas el año previo. Los datos se verificaron mediante los registros médicos.

Resultados: Se incluyeron 343 pacientes de ≥ 65 años, edad media de 72,14 (DE: 5,58); 105 (27,3%) mujeres. En comparación con el resto de la muestra, mayoritariamente tenían estudios \leq secundarios, pertenecían a clases sociales desfavorecidas y estaban casados. El consumo de alcohol elevado y el de tranquilizantes y cannabis en los últimos 12 meses fue inferior al resto de la muestra (2,7%, 2,8% y 0,6%, respectivamente). Es el grupo de edad con más patología y que consumen más fármacos crónicos (sobre todo de riesgo elevado para la conducción), así como el grupo que declaró haber sufrido menos colisiones (con y sin lesión). Son el grupo de edad que declaró una menor percepción de riesgo de sufrir un accidente. Al comparar los 25 individuos que declararon haber sufrido una colisión en el último año con los que no (351), el sexo masculino (OR = 4,71; $p = 0,038$) y el consumo de alcohol de riesgo bajo se asociaron al hecho de haber sufrido una colisión. Tras ajustar por posibles confundidores, sólo el consumo de alcohol se asoció al haber padecido una colisión (OR = 11,61; $p = 0,020$).

Conclusiones: Se muestran característica sociodemográficas, patologías y consumo de medicamentos crónicos y características de conducción en conductores mayores atendidos en AP, así como los principales factores asociados a haber sufrido una colisión en conductores mayores atendidos en atención primaria.

Financiación: Mutua Madrileña.

155. EFECTIVIDAD DE UNA INTERVENCIÓN PARA REDUCIR LA CONDUCCIÓN BAJO LOS EFECTOS DEL ALCOHOL ENTRE CONDUCTORES. PRUEBA PILOTO

C. Martín Cantera, M. García Muñoz, A. Martín Pujol, E. Puigdomènech Puig, A.M. Cantó Pijoan, B. García Rueda, C. Solé Brichs, M. Lozano Moreno, M. Sanjuán García

Institut Català de la Salut; Unitat de Suport a la Recerca Barcelona Ciutat.

Antecedentes/Objetivos: Son necesarias acciones para identificar conductores de riesgo, si conducen bajo efectos del alcohol y intervenciones (consejo breve) para disminuir consumo en conductores. Objetivo: valorar la efectividad y factibilidad de una intervención breve para reducir consumo de alcohol relacionado con conducción entre conductores atendidos en Centros de Salud.

Métodos: Estudio de intervención fase piloto, sin grupo control, con inclusión aleatorizada, abierto y tipo antes/después. Muestra: Personas 18-65 años, conductores que han conducido al menos 1 vez después de consumir alcohol los 30 días previos. Variable resultado: frecuencia conducción bajo efectos del alcohol 30 días previos. Otras: consumo habitual de alcohol (UBE), Estado de cambio. Variables relacionadas: Perfil socio demográfico, Perfil conductor, autopercepción riesgo y conductas conducción bajo efecto alcohol. Intervención: Consejo breve consumo de alcohol relacionado con conducción. Controles: inicial, mes y 12 meses. Se solicitara opinión de factibilidad del proyecto a profesionales y población.

Resultados: $n = 151$, 78,5% hombres, edad 44,9 (11,5), estudios superiores 57,6%, años conducción 23,4 (12,3), conductores no profesionales 89,2%, UBE habituales 5,1 (9,7), frecuencia conducción bajo los

efectos del alcohol últimos 30 días 3,9 (5,3) veces, media UBE antes de conducir 2,05 (1,3), autopercepción de riesgo accidente (DE 0-10) 2,8 (2,3), estadio contemplativo 45%.

Conclusiones: Perfil de personas participantes: hombres, mediana edad, no son conductores profesionales, no perciben tener más riesgo de accidentes después consumo alcohol y están en fase contemplativa al cambio.

Financiación: Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària.

750. DESIGUALDADES ESPACIO-TEMPORALES DE LA MORTALIDAD POR LESIONES EN HOMBRES DE 4 CIUDADES DE ESPAÑA

M. Gotsens, M.A. Martínez-Beneito, M. Marí-Dell'olmo, M. Rodríguez-Sanz, A. Nolasco, K. Pérez, L. Palència, C. Borrell
CIBERESP, ASPB; FISABIO; Universidad de Alicante.

Antecedentes/Objetivos: En los últimos años en España, la mortalidad por lesiones ha experimentado un descenso importante. Además, se sabe que existen desigualdades en la mortalidad por lesiones en áreas pequeñas de varias ciudades españolas. Sin embargo, no existen estudios que hayan analizado la evolución espacio-temporal de esta causa a nivel de área pequeña. El objetivo del estudio es analizar las desigualdades espacio-temporales de la mortalidad por lesiones en hombres de 4 ciudades españolas durante el periodo 1996-2007.

Métodos: Estudio ecológico donde las unidades de análisis fueron el tiempo (12 años) y las secciones censales de Alicante (215), Barcelona (1491), Castellón (95) y Valencia (553). La población de estudio fueron los hombres residentes en cada ciudad durante el periodo 1996-2007. Las fuentes de información fueron los registros de mortalidad de cada comunidad autónoma y el censo de población de 2001. La variable dependiente fue el total de muertes por causas externas. Se realizó una modelización espacio-temporal mediante serie temporal autoregresiva de modelos de Besag York y Mollié para obtener Razones de Mortalidad Estandarizadas suavizadas (RMEs). Se representaron gráficamente las RMEs de las secciones censales para cada año del periodo y su evolución. Se calculó el porcentaje de la varianza total de las RMEs explicada por la componente espacial, temporal y espacio-temporal. Todos los análisis se realizaron estratificados por ciudad.

Resultados: En los hombres, el número total de defunciones por lesiones en el periodo es de 770 en Alicante, 4551 en Barcelona, 494 en Castellón y 1968 en Valencia. En las 4 ciudades se observa una disminución de las RMEs siendo más importante en Alicante y Castellón, donde la componente temporal explica un 17% de la varianza total. En Barcelona se observa un claro patrón espacial que se mantiene en el tiempo, donde las secciones censales del norte y sur-este presentan mayor riesgo de mortalidad, explicando la componente espacial un 89% de la varianza total. En Alicante, Castellón y Valencia se observa cierto patrón geográfico que cambia en el tiempo, es decir, la evolución de la mortalidad es diferente en unas secciones censales que en otras. Por ejemplo, las secciones censales del sur de Castellón que presentaban un exceso de riesgo al inicio presenten un defecto de riesgo al final del periodo.

Conclusiones: Los resultados confirman que existe una evolución diferente en el patrón de mortalidad por lesiones en hombres, mientras que en Barcelona este patrón es fijo, en las ciudades de la Comunidad Valenciana este patrón es variable. En el futuro será necesario estudiar factores asociados a dichas desigualdades y a su evolución.

Financiación: FIS: PI081488 PI080330.

763. MORTALIDAD JUDICIAL PARA LA VIGILANCIA EN BARCELONA: EL EJEMPLO DE LA MORTALIDAD POR SUICIDIOS

M. Rodríguez-Sanz, M. Gotsens, K. Pérez, D. Martos, C. Borrell
Agència de Salut Pública de Barcelona; CIBERESP; IIB Sant Pau; Universitat Pompeu Fabra.

Antecedentes/Objetivos: La Agència de Salut Pública de Barcelona en colaboración con el Institut de Medicina Legal de Cataluña recoge información de las autopsias y analíticas complementarias de las defunciones que requieren intervención judicial (violentas, accidentales y/o inexplicadas) con el objetivo de mejorar la calidad de la causa de muerte del registro de mortalidad. El objetivo de este trabajo es estimar la mortalidad por suicidio en residentes en Barcelona según características sociodemográficas y su evolución en el periodo 2005-2012.

Métodos: Estudio de tendencias a partir de dos cortes transversales (2005-2008 y 2009-2012). La población de estudio fueron los residentes en Barcelona el periodo 2005-2012. Las fuentes de información fueron el registro de mortalidad judicial y el padrón de habitantes de la ciudad. Se describieron las muertes judiciales por suicidio según el sexo, la edad, el país de nacimiento, y la causa básica de defunción (%). Se estimaron las tasas de mortalidad por suicidio y se ajustaron modelos de Poisson para estimar el riesgo relativo (RR [IC95%]) entre grupos y entre periodos.

Resultados: El registro de mortalidad judicial de Barcelona en el periodo 2005-2012 recogió información de 5.772 autopsias realizadas a residentes de la ciudad, siendo el 71% hombres, con una media de edad de 58 años en hombres y 66 en mujeres. Se registraron 835 suicidios en todo el periodo (586 hombres y 249 mujeres), más del doble que el número de suicidios notificados por el registro de mortalidad oficial. Esto supone una tasa específica de 11 y 4,1 suicidios por 100.000 hombres y mujeres, respectivamente (RR = 2,7 IC95% [1,7-4,2]). Si bien la mortalidad por suicidio se muestra menor en los jóvenes (4,7 y 2,3 en hombres y mujeres de 15-29 años), aumenta con la edad (24,2 y 5,5 en hombres y mujeres mayores de 75 años); y es menor en población inmigrante (5,9 y 3,2 en hombres y mujeres extranjeros). A pesar de la tendencia estable, en el periodo 2009-2012 se observa un aumento en la mortalidad por suicidio en hombres de 65 a 74 años (RR = 1,3 IC95% [0,9-1,9]) y en mujeres de 30 a 44 años (RR = 1,6 IC95% [0,9-2,8]), sin llegar a ser significativos.

Conclusiones: La mortalidad por suicidio en Barcelona muestra estabilidad durante el periodo de tiempo estudiado, pero varía según grupos de edad, sexo y país de origen. El registro de mortalidad judicial de Barcelona supone una fuente complementaria a las estadísticas oficiales de mortalidad. No sólo mejora la calidad de la causa de muerte respecto al registro oficial, si no que se muestra útil para la vigilancia de determinadas causas como el suicidio, por su validez y su inmediatez, ya que dispone de datos más actualizados que el registro de mortalidad.

620. MONITORIZACIÓN DE LA MORTALIDAD POR TRÁFICO EN CATALUNYA A PARTIR DE FUENTES FORENSES

E. Barbería, J.M. Suelves, A. Xifró, J. Medallo

Institut de Medicina Legal de Catalunya; Agència de Salut Pública de Catalunya.

Antecedentes/Objetivos: Las muertes anuales por lesiones de tráfico se ha reducido en más de un 70% desde el año 2000 hasta la actualidad, pero las lesiones de tráfico siguen siendo una causa destacada de mortalidad prematura y de discapacidad. Las estadísticas de mortalidad subestiman los fallecimientos por lesiones, por lo que suelen usarse fuentes policiales para monitorizar la mortalidad por

lesiones de tráfico. Los registros policiales identifican adecuadamente las muertes producidas durante las 24 h siguientes a una colisión, pero no los fallecimientos producidos durante los 30 días siguientes, a pesar de que la mortalidad a los 30 días es el indicador de referencia en estudios internacionales. En España, todas las muertes por causas externas son objeto de autopsia judicial, que en el caso de Cataluña es practicada por médicos forenses del Institut de Medicina Legal de Catalunya (IMLC). Con la finalidad de mejorar los datos disponibles, desde el año 2003 el IMLC informa mensualmente al Servei Català de Trànsit de todos los fallecidos (inmediatos o diferidos) por lesiones de tráfico que son sometidos a autopsia judicial.

Métodos: A partir de los libros de registro de las autopsias practicadas en el IMLC entre el 1 de enero de 2005 y el 31 de diciembre de 2010, se seleccionaron los casos en los que se practicó una autopsia por accidente de transporte. Se excluyeron los casos debidos a muerte natural, suicidio, o a accidente de transporte distintos a los de tráfico. Las variables analizadas fueron: partido judicial, edad, sexo, fecha del accidente, fecha y lugar de defunción, condición de la víctima y tipo de vehículo.

Resultados: Durante el periodo de estudio se practicaron 2.970 autopsias a personas fallecidas en Cataluña en los 30 días siguientes a una colisión de tráfico. Los fallecidos el mismo día de la colisión representaron el 86,2% del total de casos. Comparados con los fallecidos en el día de la colisión, los fallecidos en días posteriores mostraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a edad (43,3 años frente a 49,3), sexo (21,4% de mujeres frente al 27,8%), porcentaje de casos procedentes de centros sanitarios (20,8% frente a 97,3%) y proporción de peatones en relación al total de los fallecimientos (18,6% frente a 35,0%).

Conclusiones: Para monitorizar adecuadamente la mortalidad por lesiones de tráfico, es indispensable incorporar los datos de fuentes forenses. De este modo es posible evitar el sesgo que supondría registrar únicamente los fallecimientos en las horas inmediatas a una colisión, que se caracterizan por una edad inferior, e incluyen menores proporciones de mujeres, peatones y defunciones hospitalarias.

362. EL BALCONING COMO PROBLEMA SOCIAL Y DE SALUD PÚBLICA

E. Cabeza, R. Aranguren, M. Molinas, A. Calafat, M. Juan, I. Borrás

DGSP Govern Balear; Irefrea.

Antecedentes/Objetivos: El "balconing" se define como una práctica que consiste en saltar entre balcones de hoteles o directamente a la piscina. Este fenómeno se viene produciendo de forma habitual en los veranos desde hace unos años, especialmente en las zonas turísticas de Mallorca e Ibiza, y suelen estar involucrados jóvenes europeos. Hasta el momento desconocemos con precisión la dimensión del problema. Por ello se ha puesto en marcha un proyecto para describir el patrón de mortalidad de los casos afectados.

Métodos: Estudio descriptivo transversal de los fallecidos en las Illes Balears durante los años 2009-2012. Fuente de información: Certificados de defunción. Criterios de inclusión: Fallecidos no residentes con edad entre 15-34 años cuyo diagnóstico implique los siguientes códigos de la CIE-10: Caídas accidentales desde altura (W10-W19). Ahogamiento y sumersión accidental (W67-W68-W73-W74) y Envenenamiento accidental por exposición a sustancias nocivas (X40-X49). Análisis estadístico descriptivo.

Resultados: Entre 2009-2012 fallecieron 31 casos no residentes, todos ellos extranjeros. Se excluyeron 11 (ahogamientos en mar, caídas en medio natural o envenenamiento por sustancias nocivas). 2 casos fueron inciertos al no disponer suficiente información en el CD como para incluirlo en el estudio. El 66% eran varones. La edad media es de

25 años, los varones ligeramente mayores ($26 \pm 4,45$) que las mujeres ($23,8 \pm 5,74$). La mayoría provenían del Reino Unido (68%) sobre todo en el caso de los varones (83%). El 50% de los fallecimientos ocurren en Ibiza y en Mallorca en Calviá y Palma. El 100% de las mujeres fallecen a causa de la caída. Entre los varones, el 25% por ahogamiento en la piscina. En 2 CD constaba un consumo excesivo de alcohol.

Conclusiones: Los resultados de este estudio permitirán una primera aproximación, a pesar de las limitaciones de los datos, de la dimensión de un problema novedoso y de gran importancia por las repercusiones que esta práctica está teniendo, no sólo desde el punto de vista sanitario por afectar a gente joven con graves repercusiones para su salud, sino también social, por la imagen negativa para el sector turístico, base de la economía de las Illes Balears. Será de interés analizar los determinantes sociales facilitadores del proceso: estilos de vida, oferta complementaria etc. conjuntamente con todos los actores implicados en este fenómeno (turismo, tour operadores, federación hotelera, asociaciones de salas de fiesta, de oferta complementaria, policía judicial, local, ayuntamientos...) y proponer recomendaciones para minimizar los impactos negativos que esta práctica conlleva.

411. ESTUDIO TRANSVERSAL SOBRE EL SUICIDIO EN CONSUMIDORES DE DROGAS

E. Arribas-Ibar, J.M. Suelves, A. Sánchez-Niubó, M.T. Brugal, A. Domingo-Salvany

IMIM-Hospital del Mar; Agència de Salut Pública de Catalunya; Agència de Salut Pública de Barcelona.

Antecedentes/Objetivos: El suicidio, una de las principales causas de muerte en personas de 15-44 años en muchos países, es un problema de salud pública prevenible. En España, en el año 2012 un total de 3.539 muertes fueron atribuidas a suicidios. El objetivo de este estudio es evaluar la presencia de ideas de suicidio en los consumidores de drogas ilegales e identificar los factores asociados.

Métodos: Estudio transversal a 514 consumidores de sustancias reclutados en centros ambulatorios, comunidades terapéuticas y centros de reducción de daños de Cataluña, mediante cuestionario adhoc. El suicidio se estudió a partir de 3 preguntas sobre Pensamientos de muerte, Ideas y/o Planes de suicidio (PIP), referidas a los últimos 12 meses. Tres personas no contestaron estas preguntas. Otras variables de interés fueron sociodemográficas, consumo de sustancias, serología VIH y VHC, tratamiento psicológico, víctima de maltrato psicológico, tráfico y financiación del consumo. Para cada sexo se ajustó una regresión de Poisson con varianza robusta, para identificar la asociación entre PIP y las características de los consumidores mediante razones de prevalencia (RP).

Resultados: La muestra fue de 390 hombres (76%) y 121 mujeres, con una edad media de 37,9 años (DE 8,6). Mostraron respuestas positivas a PIP el 50% de los hombres y el 58,7% de las mujeres. No se hallaron diferencias significativas por sexo ni por edad. Tenían una mayor prevalencia de PIP tanto los hombres (64%) como las mujeres (77%) con maltrato psicológico. También los hombres extranjeros (63%), pensionistas/con incapacidad (62%), con consumo de riesgo de alcohol (57%), consumo de cocaína (52%) y financiación por el traficante (55%) tenían prevalencias más elevadas. El policonsumo de drogas (76,3%) fue la otra variable que mostró mayor prevalencia de PIP en las mujeres. Las que no conocían estado serológico mostraron una menor prevalencia de PIP (36,4%). En la regresión resultaron asociados a una mayor prevalencia de PIP para los hombres: ser extranjero (RP = 1,34 [IC95%: 1,03-1,73]), pensionista/incapacitado (RP = 1,49 [1,09-2,04]), haber financiado su consumo el traficante (RP = 1,34 [1,06-1,69]) y el maltrato psicológico (RP = 1,46 [1,19-1,78]); mientras que el consumir heroína tenía una RP = 0,74 [0,60-0,90].

Para las mujeres se asociaron a una mayor prevalencia de PIP el maltrato psicológico (RP = 1,88 [1,37-2,59]) y el policonsumo (RP = 1,46 [1,19-1,78]).

Conclusiones: La prevalencia de PIP hallada en consumidores de drogas ilegales es muy alta, por lo que el riesgo de suicidio es elevado en esta población y debe ser evaluado en los centros de tratamiento y tenido en cuenta para políticas de prevención.

Financiación: FIS PI11/01358.

COMUNICACIONES ORALES

Sesión especial comunicaciones preseleccionadas a premios SEE-CIBERESP para jóvenes investigadores

Miércoles, 4 de septiembre de 2014. 15:00 a 17:00 h

Moderadora: Diana Gil González

627. RELAÇÃO ENTRE A VARIAÇÃO DE ADIPOSIDADE AO LONGO DA ADOLESCÊNCIA E A PRESSÃO ARTERIAL

J. Araújo, H. Barros, E. Ramos

Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto; Departamento de Epidemiologia Clínica, Medicina Preditiva e Saúde Pública, e Unidade de Investigação e Desenvolvimento Cardiovascular, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

Antecedentes/Objetivos: Avaliar a associação da variação no índice de massa corporal (IMC) e na percentagem gordura corporal (%GC) ao longo da adolescência com a pressão arterial elevada no final da adolescência.

Métodos: No âmbito da coorte de base-poblacional EPITeen, foram avaliados 1584 adolescentes aos 13 e 17 anos de idade. Foram calculados z-scores de IMC baseados nas referências do CDC, e a%GC foi avaliada através bioimpedância elétrica. A variação no IMC e na%GC foi calculada pela diferença entre os dois momentos de avaliação, e a diferença foi posteriormente categorizada em 3 classes: "redução" da adiposidade ($P25 \leq P75$); "aumento" ($> P75$). Aos 17 anos, considerou-se pressão arterial elevada quando os valores de pressão arterial sistólica e/ou diastólica se encontravam acima do percentil 90, específico para o sexo, idade e altura, de acordo com os critérios da American Academy of Pediatrics. Foi calculada a razão das taxas de incidência (incidence rate ratio, IRR) e respetivos intervalos de confiança a 95% (IC95%) através de modelos lineares generalizados com função de ligação log e distribuição de Poisson, para avaliar a associação entre a variação na adiposidade e a pressão arterial elevada aos 17 anos. As estimativas foram ajustadas para o sexo e IMC/%GC aos 13 anos.

Resultados: A mediana ($P25$ - $P75$) de variação do z-score de IMC foi $-0,15$ ($-0,46$; $0,15$) e da %GC $-1,0$ ($-4,3$; $1,9$). A prevalência de pressão arterial elevada aos 17 anos foi de 21,9%. Considerando a classe de "manutenção" como referência, os indivíduos que registaram um decréscimo de IMC, apresentaram um risco cerca de 30% inferior de ter pressão arterial elevada aos 17 anos de idade (IRR = 0,68; IC95%: 0,52-0,90). Pelo contrário, o grupo com um aumento de IMC apresentou um risco acrescido de pressão arterial elevada, embora sem

significância estatística (IRR = 1,26; IC95%: 0,98-1,63). Os resultados foram semelhantes, quando consideradas as alterações na%GC: o risco de pressão arterial elevada foi cerca de 30% inferior nos adolescentes com decréscimo na%GC (IRR = 0,69; IC95%: 0,52-0,92) e foi 36% superior nos adolescentes em que a%GC aumentou (IRR = 1,36; IC95%: 1,05-1,75).

Conclusiones: Verificou-se que a redução de adiposidade entre os 13 e os 17 anos diminuiu o risco de pressão arterial elevada aos 17 anos de idade. Alterações na adiposidade durante a adolescência, ainda que em períodos relativamente curtos, permitem modificar o risco cardiovascular.

Financiación: Financiado pela Fundação para a Ciência e a Tecnologia (FCOMP-01-0124-FEDER-015750 e SFRH/BD/78153/2011).

647. ¿AFECTAN LAS DESIGUALDADES DE GÉNERO A LA INSEGURIDAD ALIMENTARIA EN IBEROAMÉRICA?

C. Calderón-Vallejo, J. Fernández-Sáes, V. Clemente-Gómez, M.T. Ruiz-Cantero

ESPOCH; Universidad de Alicante.

Antecedentes/Objetivos: Pese a que los países Iberoamericanos intentan desarrollar políticas de intervención contra la inseguridad alimentaria, sigue elevada e incontrolada. La influencia de factores como la riqueza del país está demostrada, mucho menos de otros factores como las desigualdades de género. Se pretende analizar la relación entre la inseguridad alimentaria y las desigualdades de género en los países iberoamericanos, con énfasis en Ecuador.

Métodos: Estudio transversal ecológico, año 2012, que utiliza el país como unidad de análisis, sobre la relación del indicador compuesto de desigualdad de género (IDG: 0 igualdad y 1 desigualdad) y la seguridad alimentaria: suministro de proteínas promedio (SP), intensidad del déficit alimentario (DA), y prevalencia de subnutrición (SN) en los 19 países Iberoamericanos, controlada por PIB. Fuentes de información: estadísticas de las Naciones Unidas, Comisión Económica para América Latina y el Caribe, Banco Mundial, y FAO. Se realiza modelo de regresión lineal simple y múltiple para analizar la asociación entre el IDG y variables de seguridad alimentaria.

Resultados: Controlando por PIB de los países iberoamericanos, se detecta una asociación significativa entre: 1. el suministro de proteína promedio y el IDG $R^2 = 81,6\%$ ($p = 0,02$), en el sentido que a mayor desigualdad de género menor suministro de proteínas. 2. la intensidad del déficit alimentario y el IDG $R^2 = 48,7\%$ ($p = 0,05$), siendo que a mayor desigualdad de género mayor frecuencia de la intensidad del déficit alimentario. No se detecta asociación entre la prevalencia de subnutrición y el IDG de los países analizados. Pero se asocia con componentes del IDG, como con la mortalidad materna $R^2 = 56,9\%$ ($p = 0,001$). También se asocia de forma inversa: con la fertilidad en adolescentes $R^2 = 41\%$ ($p = 0,04$), y con el nivel de educación de las mujeres $R^2 = 55,1\%$ ($p = 0,002$) y hombres $R^2 = 43,2\%$ ($p = 0,03$), pues a mayor nivel de educación menor prevalencia de subnutrición.

Conclusiones: Las desigualdades de género explican una parte importante de la variabilidad de la disponibilidad y acceso inadecuado a los alimentos de los países iberoamericanos, pues a mayor desigualdad de género menor suministro de proteínas y mayor frecuencia de la intensidad del déficit alimentario. Además, la mayor prevalencia de subnutrición se asocia a mayor prevalencia de mortalidad materna. Así como la educación se mantiene asociada a la subnutrición como factor protector. Aplicar la perspectiva de género incrementaría la potencialidad del programa del buen vivir de Ecuador como ejemplo para aquellos países Iberoamericanos interesados en mejorar su seguridad alimentaria.

Financiación: Proyecto Prometeo. SENESCYT, Ecuador.

768. CONSUMO DE DROGAS DE ABUSO A NIVEL POBLACIONAL: PROPUESTA DE UN NUEVO INDICADOR

N. Rubio López, M.J. Andrés Costa, M.M. Morales Suárez-Varela, Y. Pico García

Universidad de Valencia; Centro Superior de Investigación en Salud Pública (CSISP); CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP).

Antecedentes/Objetivos: El consumo de drogas de abuso tiene consecuencias negativas tanto para las personas como para la sociedad, conocer su prevalencia a nivel local es importante para definir intervenciones más efectivas. Actualmente los indicadores que se utilizan para evaluar el consumo de drogas son encuestas de población, que se basan en autorrespuestas de consumo, por lo que son propensos a subestimar la cifra verdadera; también se usa estadísticas criminales, datos médicos, etc., todos ellos nos proporcionan datos infravalorados. El objetivo de este estudio es estimar la prevalencia de consumo de droga de abuso a nivel comunitario en Valencia, con un nuevo indicador a partir de las determinaciones de drogas en aguas residuales.

Métodos: Se tomaron muestras del agua residual en el afluente de las depuradoras (Pinedo I, Pinedo II y Quart-Benàger) durante 7 días consecutivos, obteniéndose un total de 84 alícuotas. Para analizar las aguas residuales se usó la extracción de fase sólida y la cromatografía líquida de alta resolución acoplada a un espectrómetro de masas (LC-MS/MS). Para estimar el consumo de drogas se cuantifica los marcadores biológicos específicos de cada una de ellas (ng/L), el caudal diario de agua residual que llega a la depuradora (L/día), el tamaño de la población (calculado a partir de la COD) y los factores correctores de cada droga.

Resultados: Analizando estas tres depuradoras, analizamos las aguas residuales de aproximadamente 1.500.000 de habitantes de la provincia de Valencia. Las estimaciones del consumo de drogas en nuestro estudio señalan al THCCOOH (metabolito del cannabis) como la droga que más se consume (~10 g/día/1.000 hab), seguido de la cocaína (~1 g/día/1.000 hab), ketamina, anfetamina, MDMA, metanfetamina. El consumo de droga predomina el fin de semana, lo que refleja el uso recreativo de estas sustancias. A excepción de la THCCOOH y ketamina que no poseen un patrón semanal.

Conclusiones: Estos resultados coinciden con las estimaciones nacionales oficiales que establecen que la droga más consumida en España es el cannabis seguido de la cocaína, pero encontramos diferencia en que la tercera droga que más se consume es el MDMA, seguido de la anfetamina. Este tipo de análisis podrían ser una alternativa para monitorizar el consumo de droga de abuso a tiempo real, de manera más rápida, económica y fiable. Permite identificar las tendencias de consumo y cambio en dichas tendencias, lo cual es fundamental para identificar problemas en la sociedad y evaluar la efectividad de los programas de prevención, ya que el consumo de drogas fomenta una de las epidemias sociales de mayor extensión del siglo XXI.

709. EL ACOSO A TRAVÉS DEL MÓVIL O CORREO ELECTRÓNICO, UNA NUEVA FORMA DE EJERCER VIOLENCIA DE GÉNERO

M. Pichiule, A. Gandarillas, M. Sonogo, B. Zorrilla, M. Ordobás

Servicio de Epidemiología, Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención, Dirección General de Atención Primaria, SERMAS.

Antecedentes/Objetivos: El acoso a través del móvil o correo electrónico (ciberacoso) no se incluye en la definición de violencia de pareja hacia la mujer (VPM). El objetivo es determinar su prevalencia y asociación con características sociodemográficas y con la VPM.

Métodos: Los datos proceden de la encuesta poblacional de VPM, realizada en 2009 a una muestra representativa de mujeres de 18 a 70 años residentes de la Comunidad de Madrid. Se preguntó a la mujer si en los últimos 12 meses 'se sintió acosada/agobiada a través de

mensajes de móvil o de correo electrónico' y si 'se sintió agobiada debido a que (su pareja o expareja) le controlaba las llamadas o mensajes'. Se consideró víctima de ciberacoso cuando respondió a alguna de las dos preguntas: algunas veces, frecuentemente o siempre. La definición de VPM se basó en 26 preguntas (cuestionarios CTS-1 y ENVEFF). Se calculó la prevalencia de ciberacoso con intervalos de confianza al 95% (IC) entre las mujeres que en los últimos 12 meses tuvieron una relación de pareja o mantuvieron contacto con expareja. La asociación entre ciberacoso y características sociodemográficas se cuantificó mediante odds ratio (OR) según modelos de regresión logística. El análisis se realizó con STATA v.11.

Resultados: La tasa de respuesta fue de 70%. En 2.835 mujeres que en el último año tuvieron una relación de pareja o contacto con expareja, se encontró una prevalencia de ciberacoso de 4,6% (IC: 3,9-5,3). Se encontró mayor prevalencia en jóvenes (18-24 años) (11,7%; IC: 8,1-15,3); extranjeras (7,6%; IC: 5,5-9,7); con nivel de estudios medio-bajo (6,3%; IC: 4,4-8,2); en estudiantes (8,6%; IC: 3,9-13,4) y en aquellas de clase social V (7,8%; IC: 5,3-10,3). En el análisis multivariante, al ajustar por estas variables, se encontró que el ciberacoso disminuye por cada año de edad (OR: 0,44; IC: 0,34-0,58) y es mayor entre aquellas de clase social V (OR: 2,50; IC: 1,05-5,93) respecto a clase social I. De las 129 mujeres con ciberacoso, el 55,8% (IC: 47,1-64,5) refirió estos comportamientos por parte de su pareja actual; el 31,0% (IC: 22,9-39,1) por parte de su expareja del último año y el 13,2% (IC: 7,3-19,1) por parte de su expareja anterior al último año. De las 341 mujeres que cumplieron con los criterios de caso de VPM, el 31,1% (IC: 26,1-36,0) presentaron además ciberacoso, mientras que en las mujeres sin VPM la prevalencia fue del 0,9% (IC: 0,5-1,3) ($p < 0,001$).

Conclusiones: El ciberacoso se presenta como una nueva forma de ejercer violencia de género más frecuente entre las mujeres jóvenes y de baja clase social. Su frecuencia entre las mujeres que cumplen criterios de VPM es alta por lo que podría valorarse el incluirlo en su definición.

873. INCIDENCIA DE CONSUMO DE RIESGO DE ALCOHOL EN EUROPA EN PERSONAS DE 50 A 69 AÑOS E INFLUENCIA DE VARIABLES CONTEXTUALES

A. Espelt, M. Bosque-Prous, A. Pérez-Giménez, L. Sordo, M.T. Brugal, M.J. Bravo

Agència de Salut Pública de Barcelona; CIBER de Epidemiología y Salud Pública (Subprograma Crisis-CIBERESP); Instituto Carlos III.

Antecedentes/Objetivos: Estimar la incidencia de consumo de riesgo de alcohol en personas de 50 a 69 años en diferentes países de Europa y analizar la influencia de variables contextuales.

Métodos: Diseño longitudinal basado en las encuestas del proyecto SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe). La población de estudio fueron 18.215 personas de 50-69 años de 12 países europeos (Alemania, Austria, Bélgica, Dinamarca, España, Francia, Italia, Países Bajos, Polonia, República Checa, Suecia y Suiza) seguidos entre 2006 y 2012, con un seguimiento total de 50.365 personas-año (35,7% de personas sin seguimiento). La variable dependiente fue la incidencia de consumo de riesgo de alcohol. Se incluyeron en el estudio las personas que tenían un consumo de bajo riesgo de alcohol (consumo medio diario menor a 40 gramos de alcohol puro en hombres y menor a 20 gramos en mujeres). Se ajustó por diferentes variables sociodemográficas individuales. A nivel contextual se incluyeron en el análisis: desigualdades de género en la sociedad (GII), cambios en GII, tasa de desempleo, cambios en la tasa de desempleo, patrón de consumo de alcohol, grado de restricción de la publicidad de alcohol y otras políticas sobre alcohol. Se estimaron las tasas de incidencia del consumo de riesgo de alcohol por país y sexo. Para determinar las variables asociadas a un mayor riesgo de incidencia de bebedor de riesgo de alcohol, se estimaron modelos de regresión de Poisson.

Resultados: 426 personas pasaron de un consumo de bajo riesgo a un consumo de riesgo de alcohol entre 2006 y 2012. La tasa de incidencia de consumo de riesgo de alcohol fue de 8,4 por 1.000 personas-año (IC95% = 7,6-9,2), siendo significativamente superior en hombres que en mujeres (9,8 y 7,3 por 1000 personas-año, respectivamente) y con diferencias entre países. Para ambos sexos, la jubilación fue protectora frente al consumo de riesgo de alcohol. En mujeres, trabajar como ama de casa también ejercía un papel protector. A nivel contextual, en hombres se observó una asociación entre el grado de restricción de la publicidad de alcohol y la tasa de incidencia del consumo de riesgo [RR = 0,72 (IC95% = 0,55-0,95)], mientras que en mujeres además se encontró asociación con las desigualdades de género en la sociedad [RR = 0,97 (IC95% = 0,95-0,99)] y la tasa de desempleo [RR = 1,01 (IC95% = 1,00-1,01)].

Conclusiones: En Europa, los países con mayores restricciones en la publicidad de alcohol presentan menor tasa de incidencia de consumo de riesgo. Además, a mayor igualdad entre géneros y a menores tasas de desempleo en un país, las tasas de incidencia de consumo de riesgo en mujeres son mayores.

Financiación: PI13_00183.

601. CRISIS, SALUD Y DESIGUALDADES SOCIALES EN SALUD EN EUSKADI: 2002-2013

U. Martín, A. Bacigalupe, M. de Diego, E. Elorriaga, M. Calvo, E. Aldasoro, B. Pardillo, S. Esnaola

Departamento de Sociología 2, UPV/EHU; Departamento de Salud, Gobierno Vasco.

Antecedentes/Objetivos: Varios estudios han analizado el efecto de la actual crisis en el estado de la salud de la población con resultados todavía poco concluyentes. Son aún escasos los estudios que han incluido en ese análisis el efecto sobre las desigualdades sociales en salud. El objetivo de esta comunicación es analizar la evolución de las desigualdades sociales en el estado de salud y varias conductas relacionadas con la salud en la población vasca tras el inicio de la crisis económica de 2008.

Métodos: Estudio transversal de tendencias a partir de los datos de las ediciones de la Encuesta de Salud de Euskadi de 2002, 2007 y 2013. Como variables resultado se utilizaron la autovaloración de la salud, la salud mental (MIH-5), el consumo de tabaco y de alcohol y la obesidad. Como variable socioeconómica se consideró la clase social basada en la ocupación. Para analizar el cambio en las variables resultado, se calcularon prevalencias estandarizadas por edad para cada año y razones de prevalencia (RP) mediante modelos log-binomiales. Como medida resumen de las desigualdades por clase social, se utilizó el índice relativo de desigualdad (IRD). Los análisis se realizaron separados para hombres y mujeres.

Resultados: En el periodo 2002-2007, la salud general percibida y la salud mental no variaron. Sin embargo, de 2007 a 2013 la salud percibida mejoró significativamente mientras que la salud mental empeoró (RP de mala salud, hombres = 1,45 [IC95% 1,27-1,66]; mujeres = 1,19 [IC95% 1,09-1,30]). En relación a las conductas, el consumo de tabaco se redujo significativamente de 2007 a 2013 (RP, hombres = 0,86 [IC95% 0,79-0,94]; mujeres = 0,89 [IC95% 0,81-0,98]), y aumentó ligeramente el consumo de alcohol en mujeres. La prevalencia de obesidad se estabilizó en 2013 tras un aumento de 2002 a 2007. Las desigualdades sociales aumentaron ligeramente de 2007 a 2013 en la autovaloración de la salud en ambos sexos y en la salud mental en los hombres, mientras que en las mujeres descendieron levemente. Las desigualdades en obesidad aumentaron especialmente en los hombres, mientras que en el resto de conductas, la evolución de las desigualdades prosiguió la tendencia anterior a 2007.

Conclusiones: El efecto de la crisis sobre el estado de salud y las conductas relacionadas con la salud parece ser complejo: si bien pa-

rece observarse una merma de la salud mental y un aumento de sus desigualdades en hombres desde 2007, no se observa ningún efecto negativo en la salud general percibida ni sobre las conductas tal y como describen otros estudios. En el caso del consumo de tabaco, la crisis junto con la ley antitabaco pudo haber motivado su marcado descenso.

891. CINE Y SALUD. "EL CINE COMO HERRAMIENTA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD"

E.P. Niño de Guzmán Quispe, J. Gallego Diéguez

Unidad Docente de Medicina Preventiva y Salud Pública de Aragón; Sección de Educación para la Salud, Dirección General de Salud Pública de Aragón.

Antecedentes/Objetivos: Cine y Salud es un recurso que apoya la labor del profesorado en Aragón, tiene por finalidad fomentar la responsabilidad y competencia de los adolescentes para adoptar las actitudes y decisiones más adecuadas sobre la salud potenciando los valores y habilidades personales, la salud emocional, las relaciones interpersonales y la comprensión del entorno. En este estudio se pretende conocer la satisfacción con este recurso y el nivel de interés percibido por parte del profesor.

Métodos: Se analizan las evaluaciones recibidas desde el año 2007 al 2012, con un análisis descriptivo por subgrupos de acuerdo al sexo del profesor, titularidad del centro, centro urbano o rural, curso de estudios, año de evaluación. Las respuestas posibles tienen 4 categorías ordinales. Se parte de un análisis porcentual valorando las diferencias por categorías mediante el estadístico χ^2 . Se halla la media de satisfacción a nivel global y por subgrupos calculando la diferencia de medias mediante la prueba U de Mann Whitney, se calcula el coeficiente de contingencia para valorar la relación entre dos tipos de respuesta.

Resultados: De las 1.827 evaluaciones, el 70,5% proceden de docentes de centros públicos. El 98,2% considera los materiales útiles para el cumplimiento de los objetivos previstos, sin diferencias significativas por ninguna de las variables analizadas. La media de satisfacción con docente fue 3,14 (IC95% 3,11-3,17), sin diferencias por sexo del docente, centro rural o urbano o año de evaluación. Con valores superiores en centros privados, $p < 0,001$. El grado de interés de los alumnos fue significativamente superior en centros privados con una media de 3,16 (IC95%: 3,11-3,22) frente a los públicos, media 3,03 (IC95% 2,99-3,07). En los cursos 1º y 4º de la ESO se han percibido el interés y aceptación más altos. La relación del interés del alumnado con la satisfacción de docente es una relación significativa y relativamente intensa (0,65).

Conclusiones: En general el programa Cine y Salud demuestra tener materiales que se consideran útiles para los distintos niveles de educación secundaria, y todo tipo de centro. El nivel de satisfacción de los profesores así como la percepción del interés parecen estar influenciados por la titularidad del centro. Con estos resultados se podrán plantear estrategias para mejorar el grado de aceptación de este importante recurso.

138. MODELO PREDICTIVO DE MORTALIDAD A 30 DÍAS CR-POSSUM EN LA CIRUGÍA DEL CÁNCER COLORRECTAL EN ESPAÑA

N. Torà, M. Baré, M. Pont, M.J. Alcántara, J.M. Quintana, E. Briones, P. Collera, G.R. CARESS-CCR

Epidemiología y Cirugía General, Hospital Parc Taulí, UAB, REDISSEC; Unidad de Investigación, Hospital Galdakao, REDISSEC; Distrito Sanitario AP, Sevilla; Cirugía General, Althaia.

Antecedentes/Objetivos: La mortalidad a 30 días es uno de los indicadores de calidad en cirugía y se considera un efecto adverso de la misma. Disponer de una regla predictiva podría ser de utilidad en

la evaluación y gestión de pacientes quirúrgicos. El objetivo fue validar el modelo predictivo de mortalidad a 30 días Colo-Rectal Physiological and Operative Severity Score for the Enumeration of Mortality and Morbidity (CR-POSSUM) desarrollado en Gran Bretaña.

Métodos: Estudio de cohorte prospectiva de 15 hospitales en España. Se incluyeron los pacientes intervenidos consecutivamente por cáncer colo-rectal (CCR) invasor entre abril del 2010 y junio del 2012. Entre otras, se recogieron las variables del CR-POSSUM: edad, presencia de patología cardíaca, tensión arterial sistólica (TAS), frecuencia cardíaca, hemoglobina (g/dL), urea (mmol/dL), gravedad quirúrgica, contaminación peritoneal, estadio según Dukes y tipo de intervención. Se llevo a cabo un análisis descriptivo y bivariado, se aplicó la prueba chi-cuadrado para variables categóricas. Se calculó la puntuación del componente fisiológico (PS) y de la intervención (OSS) y se estimó el riesgo de fallecer para cada paciente según la fórmula definida por sus creadores: $\text{Ln}[R/(1-R)] = -9,167 + (0,338 \times \text{PS}) + (0,308 \times \text{OSS})$. Se analizó la capacidad de discriminación del modelo mediante la curva ROC y se calculó el área bajo la curva (AUC) y su IC95%.

Resultados: Se analizaron 2.084 pacientes intervenidos, la edad media fue 68 años, el 62,6% eran hombres, el 29,5% tenían un estadio C de Dukes, el 4,0% de las intervenciones fueron urgentes y el 5,5% tenían insuficiencia cardíaca moderada. La mortalidad a 30 días fue del 1,7%. Las variables asociadas y de forma estadísticamente significativa con la mortalidad fueron la edad, la insuficiencia cardíaca, la hemoglobina, la contaminación peritoneal, el estadio según Dukes y el tipo de intervención. El 45,5% de los pacientes tenían una probabilidad de mortalidad estimada según el CR-POSSUM menor del 10%, el 31,8% entre el 10-20% y el 22,7% mayor del 20%, con una mortalidad observada del 0,8%, el 3,2% y el 4,9% respectivamente para cada una de las categorías anteriores. El AUC fue de 0,73 (IC95% 0,63-0,83).

Conclusiones: La mortalidad observada a 30 días fue del 1,7%. El modelo CR-POSSUM sobreestimó la mortalidad en todas las categorías de predicción, y el poder de discriminación fue razonable. Sin embargo, es necesario desarrollar modelos que mejoren el poder predictivo del CR-POSSUM en nuestro contexto para poder ser utilizados en la práctica clínica.

Financiación: Fondo de Investigación Sanitaria (PS09/00805; PS09/90441).

63. EXPOSICIÓN A RIESGOS PSICOSOCIALES E INCIDENCIA DE LESIÓN POR ACCIDENTE DE TRABAJO: UN ESTUDIO DE COHORTE

M. Julià, C. Catalina, E. Calvo, F.G. Benavides

Centro de Investigación en Salud Laboral (CISAL), Universitat Pompeu Fabra; Departament de Projectos Sanitarios, Ibermutuamur; CIBERESP.

Antecedentes/Objetivos: El estudio de la relación entre la exposición a los riesgos psicosociales y la incidencia de lesión por accidente de trabajo (LAT) es compleja. Pocos son los estudios que se han realizado y muestran resultados dispares. El objetivo de este estudio es analizar la incidencia de LAT con baja según la exposición a las distintas dimensiones de riesgos psicosociales en una cohorte de trabajadores.

Métodos: Estudio de cohorte prospectiva dinámica de 16.663 trabajadores en una población cubierta por Ibermutuamur. Los trabajadores fueron seleccionados mediante muestreo estratificado aleatorio en el momento de acudir a realizarse un reconocimiento médico. Después de firmar el consentimiento informado, rellenaban un cuestionario con características sociodemográficas, laborales y de salud además de los riesgos psicosociales que fueron evaluados con la versión breve del COPSOQ-Istas21. Se realizó un seguimiento de los expedientes clínicos de los trabajadores durante un año para determinar la incidencia de LAT. Se calculó la incidencia de LAT por

1.000 trabajadores-año. La asociación entre la incidencia de LAT y las distintas dimensiones de los riesgos psicosociales fue evaluada con el cálculo de las RR y los intervalos de confianza del 95% a través de modelos de regresión Poisson.

Resultados: Se produjeron un total de 636 LAT con baja representando una incidencia de 38,9 por 1.000 trabajadores-año. Después de ajustar el modelo, encontramos una asociación significativa en los niveles no favorables para la salud de estima en los hombres (RRa = 1,28, IC95% 1,01-1,63). En las mujeres en cambio, encontramos una asociación significativa en los niveles desfavorables de salud de apoyo social y calidad de liderazgo (RRa = 1,87, IC95% 1,01-3,48), exigencias psicológicas (RRa = 2,2, IC95% 1,08-4,47) y trabajo activo y posibilidad de desarrollo (RRa = 1,83, IC95% 1,02-3,28). Para la dimensión de doble presencia, encontramos una asociación con las LAT cuando se produce un nivel intermedio de exposición (RRa = 2,31, IC95% 1,01-5,30).

Conclusiones: Este estudio prospectivo encuentra evidencia de una asociación entre algunas de las dimensiones de los riesgos psicosociales y las LAT con baja. Nuestros hallazgos sugieren que esta asociación se produce en más dimensiones en las mujeres. Aún así, en casi todas las otras dimensiones encontramos un gradiente aunque sin significación estadística tanto en hombres como en mujeres. Estos resultados podrán ser de utilidad en la implementación de programas de prevención de las LAT en los centros de trabajo.

423. SALUD Y ASISTENCIA SANITARIA EN ANCIANOS (ESPAÑA 2006-2012): INFLUENCIA DE LA CLASE SOCIAL

I. Aguilar, P. Carrera, M.T. Sartolo, S. Solsona, S. Malo, M.J. Rabanaque

Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad de Zaragoza; CIBER Enfermedades Hepáticas y Digestivas; CS Santa Eulalia del Campo; Geriatria, Hospital San José.

Antecedentes/Objetivos: Estudiar la relación entre el nivel de salud y utilización de servicios sanitarios en población española ≥ 65 años, no institucionalizada, y explorar las diferencias por sexo y clase social, así como la evolución temporal.

Métodos: Estudio transversal, utilizando la Encuesta Nacional de Salud (ENS) 2006 y 2011-12 (13.613 sujetos). Como variables de salud se utilizaron la salud percibida y diagnosticada (número y tipo de diagnósticos). Para la utilización de servicios sanitarios se usaron variables de consultas médicas, hospitalización y urgencias. La clase social se obtuvo a partir de la última ocupación del sustentador principal, agrupándose en clases manuales y no manuales. Se realizó un estudio descriptivo y se elaboraron modelos de regresión logística ajustados por nivel de salud, clase social y edad. Los análisis se estratificaron por sexo y año. Se calculó el estadístico C para conocer la capacidad predictiva de los modelos.

Resultados: La prevalencia de mala salud percibida en 2012 fue el 49% en hombres y el 61% en mujeres, mejorando de forma estadísticamente significativa (e.s.) respecto al 2006. El número de diagnósticos fue mayor en mujeres. Entre los años de estudio existió un aumento de tumores malignos en hombres (5,7% vs 9,0%) y patologías metabólicas en mujeres (24,3% vs 29,8%). Las visitas a Atención Primaria (AP) y Especializada (AE) sufrieron un descenso e.s. en ambos sexos, así como los ingresos en mujeres. La mala salud percibida y diagnosticada se asociaron a una mayor frecuentación en todos los niveles asistenciales, para ambos sexos y en los dos años analizados. La mala salud percibida se asoció especialmente a un mayor riesgo de hospitalizaciones y la salud diagnosticada a la AE. Los trabajadores manuales tuvieron más riesgo de visitas a AP que los no manuales (mujeres 2012, Odds Ratio (OR) 1,5; IC95% 1,3-1,7) pero un menor riesgo de visitas a AE (hombres 2012, OR: 0,7; IC95% 0,6-0,9) y Hospital de Día (OR:0,6; IC95% 0,5-0,9). La salud y la clase social predijeron mejor la utilización de servicios sanitarios en hombres y en las urgencias y hospitalizaciones.

Conclusiones: Las mujeres presentan peor salud que los hombres. En términos generales, se ha observado un descenso en la utilización de servicios sanitarios. Los trabajadores manuales tuvieron un mayor riesgo de utilización de AP, pero una menor frecuentación de AE y Hospital de Día. Los modelos mostraron la limitada capacidad predictiva de la salud y el nivel socioeconómico referidos por los individuos para predecir la utilización de servicios sanitarios, por lo que otros factores deben ser considerados.

COMUNICACIONES ORALES

Actividades preventivas II (Oral 10 minutos)

Jueves, 4 de septiembre de 2014. 17:30 a 19:30 h

Moderador: Francisco González Morán

693. AVALIAÇÃO DE INDICADORES ANTROPOMÉTRICOS E FATORES DE RISCO CARDIOVASCULAR EM ESTUDANTES DO ENSINO SUPERIOR

A.M. Silva, J.M. Frade

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra; Escola Superior de Saúde de Leiria.

Antecedentes/Objetivos: A identificação do risco cardiovascular tem como objetivo desenvolver estratégias de prevenção e promoção de saúde adequadas à população. Neste estudo destacamos avaliação da FC, da TA, do IMC, do IMG e do perímetro da cintura, como fatores indicadores da presença de risco cardiovascular, com o objetivo de medir a prevalência desse risco em estudantes do ensino superior.

Métodos: Realizou-se um estudo transversal, com uma amostragem de conveniência não probabilística, constituída por 94 indivíduos de ambos os sexos, com idades compreendidas entre os 19 e 64 anos de idade. Foi avaliada a tensão arterial (TA), a frequência cardíaca (FC), o índice de massa corporal (IMC), o índice de massa gorda (IMG) e o perímetro da cintura, recorrendo a instrumentos de medida e de avaliação devidamente credenciados e calibrados. A TA foi avaliada após 30 minutos de repouso. Foi tida em conta a classificação da OMS, para análise dos valores avaliados (OMS, 2013).

Resultados: A prevalência de excesso de peso, do IMG e do perímetro da cintura aumentado foi de 31,9%, 41,5% e 22,3%, respetivamente. A idade não apresentou um efeito estatisticamente significativo no aumento do IMC do IMG e do perímetro da cintura ($R^2 = 0,1$, $p > 0,05$). O IMC foi superior no sexo masculino ($p = 0,001$). A probabilidade de ter excesso de peso foi 2,514 vezes maior também no sexo masculino ($OR = 2,5$; $IC = 1,031-6,129$). Relativamente à frequência cardíaca e à pressão arterial, não foram influenciadas pela idade ($p > 0,05$).

Conclusiones: Os dados apresentados revelam que foram encontrados valores de tensão arterial ligeiramente aumentados na amostra estudada, sendo estes valores mais elevados no sexo masculino. A prevalência dos fatores de risco cardiovascular avaliados foi considerada elevada, na amostra estudada, tendo em conta o grupo etário a que os indivíduos pertencem. Embora reconheçamos a necessidade de um estudo mais abrangente, que incluísse uma abordagem mais global, onde os indicadores de risco cardiovascular fossem relacionados com fatores associados aos estilos de vida, pensamos que as estratégias de prevenção e promoção da saúde, mesmo perante estes dados, são possíveis e desejáveis de serem desenvolvidas e implementadas.

632. EFECTIVIDAD DE LA IMPLANTACIÓN DE CURSOS SISTEMÁTICOS DE PREVENCIÓN DE SOBREDOSIS

A. Espelt, A. Sarasa-Renedo, C. Folch, M. Bosque-Prous, X. Majó, M.T. Brugal, J. Casabona

Agència de Salut Pública de Barcelona; CIBER de Epidemiologia y Salud Pública; Center for Epidemiological Studies on HIV/STI in Catalonia (CEEISCAT); Subdirecció General de Drogodependències.

Antecedentes/Objetivos: Analizar la eficacia, en los inyectores de heroína, de los cursos sistemáticos de prevención de sobredosis en la adquisición de conocimiento sobre cómo prevenir una sobredosis o cómo actuar al ver una persona con sobredosis.

Métodos: Estudio de diseño cuasi-experimental pre-post con grupo comparación. La población de estudio fueron dos muestras representativas (años 2008-2009 y 2010-2011) de inyectores de heroína que acudían a centros de reducción de daños en Cataluña. Se realizaron entrevistas antes ($n = 728$) y después ($n = 729$) de la implantación de los cursos sistemáticos de prevención de sobredosis. En las dos entrevistas se preguntó a los usuarios sobre sus conocimientos acerca de las principales razones que los usuarios creían que producían una sobredosis y las principales acciones que creían que se tenían que llevar a cabo para prevenirlas. Se crearon dos variables dependientes de conocimiento en prevención de sobredosis: 1) Número de razones o acciones adecuadas y 2) número de razones o acciones inadecuadas. La principal variable independiente fue el grupo de estudio: Grupo Intervención (IG), Grupo Comparación (CG) o Grupo Pre-Intervención (PREIG). El IG incluía todos los usuarios que habían realizado un curso durante el período 2010-2011, el CG los que en el 2010-2011 no lo habían realizado y el PREIG incluía todos los encuestados en el 2008-2009 cuando aún no existían los cursos. La relación entre la variable dependiente y la variable independiente se estimó mediante modelos de regresión de Poisson, obteniendo Riesgos Relativos con sus respectivos intervalos de confianza al 95%. Para el análisis multivariado se tuvieron en cuenta distintas variables que podían actuar como factores de confusión.

Resultados: El conocimiento en prevención de sobredosis aumentó después de la implantación de los cursos sistemáticos. La media de respuestas adecuadas en el IG, CG y en PREIG fue de 4,39, 3,59 y 3,20 respectivamente, mientras que las inadecuadas de 0,30, 0,60 y 0,85. Respecto al conocimiento adecuado e inadecuado comparado con PREIG, el IG tenía un RR de 1,30 (IC95%: 1,23-1,37) y 0,38 (IC95%: 0,28-0,52), respectivamente. A los usuarios que hacían el curso se les daba naloxona (fármaco que revierte una sobredosis), y un 40% que habían recibido la naloxona y habían presenciado una sobredosis la habían utilizado.

Conclusiones: Los cursos sistemáticos de prevención de sobredosis incrementaron el conocimiento en los inyectores de heroína. Además un elevado porcentaje de inyectores de heroína que había sido formado y habían visto una sobredosis habían utilizado la naloxona.

639. PERFIL DE LOS HOMBRES QUE TIENEN SEXO CON HOMBRES QUE HICIERON SU ÚLTIMA PRUEBA DEL VIH EN EL CONTEXTO DE LA DONACIÓN DE SANGRE

A. Mozalevskis, P. Fernández-Dávila, C. Folch, L. Ferrer, R. Soriano, J. Casabona, M. Díez

Centro Nacional de Epidemiología, ISCIII; European Programme for Intervention Epidemiology Training (EPIET), European Centre for Disease Prevention and Control, (ECDC); Centre d'Estudis Epidemiològics sobre les ITS i SIDA de Catalunya (CEEISCAT)/ICO/ Agència de Salut Pública de Catalunya; Stop Sida; CIBERESP; Universitat Autònoma de Barcelona.

Antecedentes/Objetivos: En España, los hombres que tienen sexo con hombres (HSH) no están excluidos de la donación de sangre, a menos que hayan realizado conductas de riesgo. Por otra parte, las

autoridades sanitarias recomiendan no utilizar la donación de sangre como medio para hacerse la prueba del VIH. El objetivo de este estudio fue determinar las características socio-demográficas y conductuales asociadas a haber donado sangre entre HSH VIH-negativos.

Métodos: La European MSM Internet Survey (EMIS) fue una encuesta online realizada en 2010, que investigó extensamente aspectos socio-demográficos y conductuales, análisis para VIH e infecciones de transmisión sexual (ITS), entre otros temas. Se incluyeron los participantes VIH-negativos residentes en España. Se hicieron análisis univariante y bivariantes, y mediante regresión logística multivariante se identificaron las características de los HSH que recibieron su última prueba negativa al donar sangre.

Resultados: En total participaron 13.111 HSH. De los 1.115 que eran VIH-positivos, 41 (3,5%) fueron diagnosticados en los centros de donación de sangre (87,8% más que hace un año). De los 8.440 que eran VIH-negativos, 684 (8,1%) se realizaron su última prueba al donar sangre. Ser donante se asoció con: tener menos de 25 años (ORa = 1,82; IC95%: 1,43-2,32), ser español (ORa = 2,01; IC95%: 1,54-2,61), residir en poblaciones con < 500.000 habitantes (100.000-499.999 habitantes: ORa = 1,35; IC95%: 1,09-1,67 y < 100.000 habitantes: ORa = 1,44; IC95%: 1,16-1,78), ser estudiante (ORa = 1,48; IC95%: 1,13-1,93), ser bisexual (ORa = 1,35; IC95%: 1,01-1,81), tener sólo una pareja sexual (ORa = 1,79; IC95%: 1,29-2,48) y no haber visitado locales de sexo en el último año (ORa = 1,26; IC95%: 1,04-1,52). Haber donado sangre se asoció inversamente con uso de drogas inyectadas alguna vez (ORa = 0,54; IC95%: 0,30-0,95) o diagnóstico de ITS en el último año (ORa = 0,38; IC95%: 0,26-0,56). Los donantes notificaron con mayor frecuencia inaccesibilidad a la prueba del VIH (ORa = 2,15; IC95%: 1,66-2,79).

Conclusiones: 1) Los HSH que recibieron su última prueba del VIH al donar sangre tenían menor perfil de riesgo y menor probabilidad de estar involucrados en la comunidad gay. 2) A algunos donantes les falta información sobre los servicios de pruebas del VIH, por lo que la promoción de estos servicios también debería dirigirse a quienes acuden a centros de donación de sangre.

567. APLICACIÓN DEL PROTOCOLO DE PROFILAXIS ANTIRRÁBICA EN SITUACIÓN DE ALERTA NIVEL I TRAS CASO DE RABIA ANIMAL EN TOLEDO

R. Perea Rafael, P. González Yuste, E. Muñoz Platón, A. Corroto Barroso, M.C. Méndez Gómez Chacón

Servicio Medicina Preventiva, Hospital Virgen de la Salud.

Antecedentes/Objetivos: En junio de 2013, a raíz de la agresión en Toledo a varias personas por un mismo perro que resulta positivo para rabia, tratándose éste de un caso importado, se activa el nivel 1 de alerta de rabia en un radio de 20 Km alrededor de la ciudad, lo que implicó la modificación del protocolo de profilaxis antirrábica postexposición en nuestro hospital así como una serie de actividades preventivas para evitar la transmisión. Este nivel de alerta de mantuvo durante 6 meses. Objetivo: Describir el perfil de casos expuestos a animales de riesgo y las actividades realizadas por el Servicio de Medicina Preventiva en una situación de alerta nivel 1 para rabia.

Métodos: Fuente de datos: Base de datos a partir del registro de exposiciones del Servicio de Medicina Preventiva durante el periodo de alerta, junio-diciembre 2013. Análisis: análisis descriptivo de las variables de interés: demográficas, relativas a la exposición, la asistencia y la profilaxis. Se describen, además, las modificaciones al protocolo.

Resultados: Durante el periodo de activación del nivel de alerta 1 de rabia se registraron 167 casos de exposición a animales de riesgo, de los que el 54% correspondieron a personas de entre 26 a 65 años. La mayoría de los casos (65%) se produjeron durante los meses de junio y julio. El 87% de ellas fueron mordeduras. Respecto a los animales

implicados, el 70% fueron perros (de los cuales, 20 casos estuvieron relacionados con el perro rabioso) y el 25% gatos. En el 55% de los casos se precisó administrar gammaglobulina. En el 70% de los casos se consiguió completar la inmunoprofilaxis; en los casos de suspensión, el principal motivo (50%) fue que el animal de riesgo resultó negativo para rabia. No se detectaron efectos secundarios graves de las vacunas. La principal modificación del protocolo consistió en la indicación de profilaxis post-exposición ante agresiones por animales antes no susceptibles de ello.

Conclusiones: La activación del nivel de alerta 1 supuso la ampliación de las indicaciones de profilaxis antirrábica postexposición. Esto unido al hecho de que la administración de la vacuna es exclusivamente hospitalaria supuso un incremento de la actividad del SMP. Se realizó profilaxis en todo tipo de pacientes sin que se presentaran complicaciones. La mayoría de las agresiones fueron mordeduras de perro. Este caso refleja la necesidad del control de los animales que entran en el país pues la aparición de un caso importado de Marruecos provocó un nivel de alerta similar a una zona endémica de rabia.

272. ESTABILIDAD DE LA HEMOGLOBINA EN EL TEST INMUNOLÓGICO DE SANGRE OCULTA EN HECES

G. Binefa Rodríguez, N. Gonzalo Diego, N. Milà Díaz, C. Muñoz Sánchez, A. Molina Muñoz, A. Clopés Estela

Institut Català d'Oncologia-IDIBELL.

Antecedentes/Objetivos: El test de sangre oculta en heces es la estrategia seleccionada por los programas de cribado de cáncer colorrectal españoles. El test inmunológico (iFOBT) se basa en la utilización de anticuerpos específicos para la hemoglobina humana (Hb), pero hay diversos factores que influyen en la estabilidad de la Hb. Bajo condiciones ideales de laboratorio, la concentración de Hb fecal decrece en el tiempo, especialmente si se conservan a temperatura ambiente. A temperaturas más altas, como puede ser en nuestro país, la degradación de la Hb fecal podría ser más rápida y, de confirmarse esta hipótesis, comprometer los resultados de los programas de cribado con un incremento en la tasa de falsos negativos. Objetivo: realizar un análisis global de la estabilidad de la Hb, tanto en solución, en el tampón de los colectores iFOBT, como en muestras fecales.

Métodos: En el estudio de estabilidad en solución se evalúan 5 concentraciones diferentes de Hb (25, 75, 250, 750 y 1.500 ng/mL) mientras que en el estudio de estabilidad en muestras fecales se evalúan pruebas de cribado, recogidas en los 5 días previos a su análisis, clasificadas en 5 grupos en función del valor de concentración inicial de Hb. En ambos estudios, la mitad de las muestras son conservadas a temperatura ambiente (20-25 °C) y la otra mitad refrigeradas (2-8 °C), siempre protegidas de la luz, durante un periodo de 30 días, en los que se van realizando lecturas cada 2 o 3 días. El análisis cuantitativo de las muestras se realiza mediante un analizador de sangre oculta en heces OC-Sensor[®]IO, calibrado y verificado siguiendo la rutina habitual de trabajo del laboratorio de análisis.

Resultados: Se ha realizado y completado el estudio de estabilidad en solución, mientras que el estudio de estabilidad en muestras fecales se ha iniciado sin haberse completado, habiendo analizado hasta la fecha más de la mitad del tamaño muestral requerido (389 muestras a temperatura ambiente y 297 muestras en refrigeración). En el estudio de estabilidad en solución, en las dos concentraciones más bajas, se obtienen valores de desviación estándar (DE) inferiores a 5 y en las dos siguientes entre 5 y 20. En la concentración superior, los valores de DE son superiores, pero esta mayor variabilidad es debida a que nos encontramos fuera del rango de linealidad del equipo. En cuanto al % de concentración remanente, únicamente se observan diferencias cuando la concentración inicial de Hb es baja (25 ng/mL), siendo superior en condiciones de refrigeración vs temperatura ambiente (> 70% vs < 25%).

Conclusiones: Se espera que la baja variabilidad obtenida en solución se reproduzca en las muestras fecales y así, demostrar la fiabilidad de los resultados proporcionados en los programas de cribado.

Financiación: Colegio de Farmacéuticos de Barcelona (13PRV026).

30. RENDIMIENTO DIAGNÓSTICO DE LA OFERTA DE LA PRUEBA DEL VIH EN ATENCIÓN PRIMARIA BASADA EN CONDICIONES INDICATIVAS Y CRITERIOS CONDUCTUALES

C. Agustí, J. Mascort, R. Carrillo, M. Martín Rabadán, J. Zarco, C. Aguado, A. Montoliu, J. Casabona

CEEISCAT; semFYC; CAMFiC; Centro de Salud Can Misses; Centro de Salud Ibiza; Centro de Salud Santa Rosa.

Antecedentes/Objetivos: Estimar el rendimiento de la oferta de la prueba de VIH a pacientes de Atención Primaria (AP) basada en condiciones indicativas y criterios conductuales.

Métodos: Estudio transversal en una muestra de conveniencia, en el que se ofrece la prueba del VIH a todos los pacientes de AP y que presenten al menos una de las condiciones indicativas y/o uno de los criterios conductuales propuestos. Las condiciones indicativas son: linfoma maligno, displasia/cáncer cervical/anal, hepatitis B/C, mononucleosis, leucocitopenia o trombocitopenia inexplicadas, dermatitis seborreica/exantema, neumonía, linfadenopatía inexplicada, neuropatía periférica, cáncer de pulmón primario, psoriasis severa o recalcitrante, infecciones de transmisión sexual, herpes zóster y candida en la cavidad oral. Los criterios conductuales incluyen: Haber mantenido relaciones sexuales desprotegidas, con personas de las que desconoce los su estado serológico, entre otros.

Resultados: Entre agosto de 2012 y enero de 2014 se reclutaron 248 pacientes, 130 hombres (52,4%), 95 (38,3%) eran de origen extranjero. Presentaban una condición indicativa 102 pacientes, siendo las más comunes las ITS (31, 30,4%), dermatitis seborreica/exantema (15, 14,7%), hepatitis B (11, 10,8%) y displasia o cáncer cervical (9, 8,8%). Los criterios conductuales más comunes para ofertar la prueba fueron: haber mantenido relaciones sexuales desprotegidas con personas con serostatus desconocido (182, 73,4%), haber tenido relaciones sexuales concurrentes (80, 32,4%), solicitar la anticoncepción de emergencia (50, 20,6%), tener antecedentes de estancias en la cárcel o llevar tatuajes realizados sin medidas sanitarias adecuadas (40, 16, 1%) y ser hombre que mantiene relaciones sexuales con otros hombres (HSH) (30, 12,1%). Se detectaron 3 positivos para el VIH (1,2%), siendo todos ellos HSH, dos de ellos presentaban una enfermedad indicativa: Sífilis y enfermedad en curso similar a la mononucleosis.

Conclusiones: La consideración de condiciones clínicas indicativas y criterios conductuales para ofertar la prueba del VIH contribuiría a mejorar el diagnóstico precoz del VIH en AP.

141. VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO VIDA DE ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA EN PERSONAS MAYORES

I. Martín Lesende, I. Vergara Micheltorena, K. Vrotsou, C.I. Sánchez Martín, J. Núñez Barrio, M.P. Lopetegui Uranga, A.I. Díez Ruiz, A. Bueno Errandonea

Centro de Salud San Ignacio; Unidad de Investigación AP-OSIs Gipuzkoa, Kronikgune, REDISSEC; Organización Central del Servicio Vasco de Salud (Osakidetza); Centro de Salud de Beraun, Comarca Gipuzkoa.

Antecedentes/Objetivos: La valoración de Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) es fundamental en la valoración del estado funcional de las personas mayores. El cuestionario VIDA es una herramienta creada para este fin. Valora 10 ítems: medicación, telé-

fono, tareas domésticas y económicas, movilidad, riesgos en el hogar, compras, abrir puertas, transporte, relaciones sociales. Se basa en una escala Likert, proporciona una puntuación sumativa de 10 a 38 puntos, y es breve (3 minutos). En los estudios dirigidos a su validación ha demostrado tener una buena validez de contenido, de constructo, fiabilidad, y no estar influenciada por el género. Avanzar en la validación de VIDA estudiando su respuesta según grupos conocidos y su sensibilidad al cambio.

Métodos: Análisis de prueba diagnóstica (cuestionario VIDA), en el ámbito comunitario (Atención Primaria). Se emplearon los datos del Estudio "Kos-Frágil" (cohorte de 215 personas autónomas de 75 o más años, seguidas durante un año). Se realizó un análisis de grupos conocidos (edad, índice de Lawton, nivel de actividad física y género), y se estudió su sensibilidad al cambio. Significación a través de prueba de Jonckheere-Terpstra para edad y t-test para el resto. Se empleó el programa SAS 9.3.

Resultados: Edad media 79,4 (DE = 4,1) años, 63% mujeres Grupos conocidos. Edad en ≤ 80 años puntuación del VIDA $35,1 \pm 3,1$ (DE), 81-85 años $34,5 \pm 2,9$, > 85 años $31,9 \pm 4,9$ ($p = 0,0002$). Lawton con 0-4 puntos puntuación VIDA de $31,4 \pm 4,4$, de 5-8 puntos $35,4 \pm 2,6$ ($p < 0,0001$). Género varón $34,4 \pm 3,1$ puntos, mujeres $34,8 \pm 3,6$ ($p = 0,418$). Bajo nivel de actividad física $30,3 \pm 4,8$ puntos, resto $35,2 \pm 2,8$ ($p = 0,0001$) Sensibilidad al cambio. El grupo que al final de seguimiento mantenía su autonomía, medida según índice de Barthel, presentaba un cambio en la puntuación de VIDA de $0,5 \pm 2,2$ puntos, mientras que en el grupo con pérdida de autonomía, la diferencia era de $1,3 \pm 3,3$ ($p = 0,322$).

Conclusiones: El cuestionario VIDA responde a lo esperado en el análisis de grupos conocidos, incluyendo el índice de Lawton y no presenta sesgo de género. Su sensibilidad al cambio es limitada. Este cuestionario puede ser una herramienta adecuada para la valoración de las AIVD en las personas mayores.

Financiación: Ayudas a la investigación del Departamento de Salud del Gobierno Vasco, expediente. 2011111078.

796. EQUIPOS MULTIDISCIPLINARES PARA EL ABORDAJE DE ENDEMIAS HOSPITALARIAS

R. Valencia Martín, A. Cazalla Foncueva, N. Caro Melero, V. González Galán, J.A. Lepe Jiménez, J.M. Cisneros Herrero, I. Alonso Araujo, C. Martín Peña, M. Conde Herrera, et al

Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública (UCEIMP), Servicio de Microbiología (UCEIMP), Unidad de Gestión Clínica de Cuidados Críticos y Urgencias, HUVR.

Antecedentes/Objetivos: La Incidencia de *Acinetobacter baumannii* multiresistente (ABMR) en nuestro hospital hasta el 2012 era superior a la de hospitales nacionales, con cifras en aumento y afectando fundamentalmente a las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) de adultos, a pesar de los esfuerzos por su control. En octubre de 2012, tras detectar un brote de AB extremadamente resistente, se constituyó un Grupo de Mejora (GM) multidisciplinar cuyo objetivo inicial fue controlar el brote implementando un programa multicomponente pero con el objetivo final de erradicar nuestra endemia de ABMDR.

Métodos: El programa de intervención multicomponente se fundamentó en cuatro medidas básicas de eficacia comprobada, que aplicadas conjuntamente se potencian sinérgicamente ("care bundle"): higiene de manos, limpieza ambiental, aislamiento de contacto y control de la presión antimicrobiana. Se diseñó la estrategia de aplicación de estas medidas, se definieron responsabilidades y se priorizaron los indicadores de proceso y resultado monitorizados semanalmente y evaluados por el GM con retroalimentación posterior, en diversos soportes, tanto a la dirección del Centro como a todos los trabajadores de UCI.

Resultados: El éxito inicial del programa para controlar el brote se utilizó para erradicar la endemia de ABMDR en la UCI. Tras implementar el programa durante 72 semanas se ha observado una reducción

significativa de infecciones/colonizaciones por ABMDR desde 6,1% (media del 2012) a menos de la mitad, con mejorías en la adherencia a la higiene de manos (desde el 61% hasta el 68%) y a las precauciones de contacto (desde el 0% al 100%) así como la higiene ambiental de la Unidad evaluada mediante listados de verificación, con mejoría de los resultados hasta el 100%.

Conclusiones: Situaciones complejas en las que intervienen diferentes actores (personal sanitario de diferentes categorías y Unidades, personal de limpieza), en las que se perpetúan malos hábitos o acciones incorrectas en la aplicación de medidas de higiene y en las que la cultura de la organización y la tolerancia a determinadas situaciones hacen que se endemice los problemas, es necesario abordarlas mediante enfoques participativos, con indicadores fáciles de medir y que sean analizados a corto plazo y de cuyo análisis se deriven actuaciones, con la implicación directa y ejecutora de los órganos de dirección para que estos enfoques sean exitosos.

570. SEIS AÑOS ALREDEDOR DEL MUNDO: PERFIL DE VIAJEROS

L. Oliveras, S. Valencia, S. Barreales, V. García, C. Velasco, A. Vilajeliu, M. Aldea, V.G. Sequera, A. Vilella

Servicio de Medicina Preventiva y Epidemiología, Hospital Clínic de Barcelona, Universidad de Barcelona.

Antecedentes/Objetivos: Cada vez son más las personas que viajan al extranjero por motivos laborales o para pasar sus vacaciones. El aumento de viajes internacionales a territorios con perfiles epidemiológicos distintos al nuestro, hace que muchos viajeros consulten en centros especializados en busca de una atención integral que incluya consejo individualizado para la prevención de riesgos, administración de vacunas y quimioprofilaxis para el paludismo. El objetivo de este estudio es describir la población atendida en el Servicio de Atención al Viajero Internacional (SAVI) del Hospital Clínic de Barcelona (HCB) durante el periodo 2006-2012 y las características principales de los viajes realizados.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de los sujetos que consultaron al SAVI del HCB en el periodo 2006-2012. Se recogieron variables demográficas, del destino y tipo de viaje realizado y de la prescripción de antipalúdicos.

Resultados: En estos 7 años se han atendido 84.400 viajeros, con una media de 12.057 viajeros por año (DE 1.710). El 52,1% fueron mujeres y el 58,3% tenían entre 21 y 40 años. Los 5 países más visitados fueron India en un 14,51% (12.252/84.400), Tailandia en un 9,11% (7.692/84.400), Kenia en un 5,42% (4.577/84.400), Vietnam en un 4,33% (3.657/84.400) y Brasil en un 3,14% (2.653/84.400). La región geográfica más visitada fue África Sub-sahariana (34,4%), seguida del Sureste Asiático (19,8%). Los motivos más frecuentes de viaje fueron: turismo (74,3%), profesional (10,2%), visita familiar (6,8%) y cooperación (6,6%). Comparando los extremos del periodo, en 2006, el 7,9% de los viajes fueron por motivo profesional y 78% por turismo; organizado en el 62,8% de los casos y no organizado en el 37,2% restante. En 2012 los viajes profesionales alcanzaron el 14% del total y 70% por turismo; organizado en tan solo el 43,1% de los casos y no organizado en el 56,9% restante. Respecto a la duración de los viajes: tanto en el 2006 como en el 2012 la duración más frecuente fue menos de 15 días (48,9% y 41%, respectivamente). En 2006, se prescribió antipalúdicos al 58,2% de los viajeros, de los cuales un 44,9% recibieron Atovaquona + Proguanil. En 2012, se recomendó quimioprofilaxis para la malaria al 44,5% de los viajeros, representando el Atovaquona + Proguanil el 71,3% de las prescripciones.

Conclusiones: India y Tailandia se consolidan como destinos más frecuentes. La región más visitada es África Subsahariana, aunque el Sureste Asiático es cada vez más popular entre los viajeros. Aumenta el número de viajes por motivos profesionales y se invierte el patrón de turismo organizado vs turismo no organizado, siendo este último el más frecuente en 2012.

242. UTILIZAÇÃO DO CINTO DE SEGURANÇA, USO DO TELEMÓVEL E CONSUMO DE TABACO DURANTE A CONDUÇÃO: ESTUDO OBSERVACIONAL EM AUTOMOBILISTAS DE BRAGA

A. Guimarães, M. Freitas, M.J. Pinheiro, C. Correia, C. Samorinha, J. Precioso

Instituto de Educação, Universidade do Minho; Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto.

Antecedentes/Objetivos: Descrever a ocorrência da utilização do cinto de segurança, uso do telemóvel e consumo de tabaco durante a condução em automobilistas de Braga, Portugal.

Métodos: Estudo observacional com recurso a metodologia validada por Martínez-Sánchez, Ariadna Curto e Esteve Fernández (2011), para monitorização dos comportamentos de risco relacionados com a condução, que podem ter consequências negativas em termos de segurança rodoviária. O local da observação foi a Avenida João XXI (Braga), Portugal, uma via de três faixas com grande afluência de tráfego e importante ponto de passagem da cidade. Cada um dos três observadores registou dados relativos a uma das filas de tráfego. As observações decorreram simultânea e sequencialmente no que refere à ordem de chegada e paragem dos veículos, quando o semáforo se encontrava vermelho. Eram registados, a cada paragem, os cinco primeiros automobilistas. Foram excluídos desta observação os motociclos, ciclomotores e veículos sem motor. As variáveis observadas foram: consumo de tabaco (condutor com cigarro aceso); uso do telemóvel (uso por parte do condutor do telemóvel em qualquer circunstância); e uso do cinto de segurança (uso ou não, por parte do condutor, do cinto de segurança).

Resultados: Foram efetuadas 568 observações válidas, num período horário de aproximadamente três horas. Entre os condutores observados, 77,5% não apresentaram qualquer comportamento de risco para a condução. No entanto, constatou-se que 9,5% dos condutores utilizavam telemóvel durante a condução; 7,9% não utilizava cinto e 4,2% fumava enquanto conduzia.

Conclusiones: Este estudo permitiu detetar a existência de uma proporção considerável de condutores que praticam comportamentos de risco para a condução, em particular o uso do telemóvel e a condução sem cinto de segurança. Maior atenção policial é necessária para evitar o incumprimento da lei no que toca ao uso do telemóvel e condução sem cinto de segurança. Tendo em conta os riscos para a saúde das crianças, decorrentes da exposição passiva ao fumo do tabaco, continua a ser necessário tomar medidas de saúde pública para a proteção desta população vulnerável, nomeadamente a proibição do ato de fumar no interior de um automóvel pessoal, sobretudo se forem crianças a bordo, tal como já acontece nos transportes públicos.

626. TENDÊNCIA TEMPORAL DE PARTOS PRÉ-TERMO EM PORTUGAL: IMPORTÂNCIA DA QUALIDADE DOS REGISTOS NAS ESTRATÉGIAS PREVENTIVA

S. Correia, T. Rodrigues, N. Montenegro, H. Barros

Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto, Portugal; Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto, Portugal; Departamento de Ginecologia e Obstetrícia, Hospital S. João-EPE, Porto, Portugal; Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto, Portugal. Departamento de Ginecologia e Obstetrícia, Hospital S. João-EPE, Porto, Portugal; Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto, Portugal.

Antecedentes/Objetivos: As estimativas portuguesas de parto pré-termo até 2009 sugeriam que a prevalência aumentava no país, sendo a sua redução uma das prioridades do Plano Nacional de Saúde até 2016. No entanto, desde 2010, a prevalência decresceu para níveis semelhantes aos observados antes de 2006, sugerindo que o aumento

entre 2006 e 2009 podería ser artefactual. No sentido perceber se as estimativas nacionais reflectem verdadeiras mudanzas na prevalencia, comparamos as prevalencias de pré-termo e de baixo peso no país com as observadas numa grande maternidade no norte do país que possui um sistema único de registo, não havendo motivos para que a tendencia temporal da prevalencia em ambos os registos seja diferente.

Métodos: Foram utilizados os dados relativos aos anos entre 2004 e 2011 provenientes do registo civil de nascimentos do país (n = 801783) e os dados da base informática de nascimentos do hospital de S. João, Porto (n = 21376), unidade de cuidados perinatais diferenciados. Comparou-se a prevalencia anual de pré-termo (< 37 semanas gestação (SG)) e de baixo peso (< 2500 g). Os nascimentos pré-termo foram ainda divididos em muito pré-termo (< 32 SG) e pré-termo tardío (32-36 SG). Avaliou-se também a variación da proporción de recém-nascidos baixo peso entre as crianças pré-termo e de termo.

Resultados: Enquanto a prevalencia nacional de pré-termo aumentou desde 2004 (5,4%), particularmente entre os anos 2006 e 2009 (valor mais elevado em 2007 = 7,5%) e diminuiu nos anos seguintes (2011: 5,7%), a prevalencia com base nos dados hospitalares manteve-se constante (2004 = 6,7% e 2011 = 6,4%). Não se verificaram diferencas nas tendencias de prevalencia de baixo peso entre os registos. No entanto, a proporción de baixo peso entre os recém-nascidos pré-termo diminuiu nos anos 2006-2009 resultado não observado no registo hospitalar.

Conclusiones: As estimativas nacionais de parto pré-termo parecem estar enviesadas para os anos 2006-2009, sugerindo má clasificación de parte dos recém-nascidos de termo classificados como pré-termo. As estratégias de prevençao em curso devem ter este facto em consideraçao, sendo fundamental assegurar a qualidade do registo da idade gestacional no futuro.

Vigilancia epidemiológica II (Oral 10 minutos)

Jueves, 4 de septiembre de 2014. 17:30 a 19:30 h

Modera: Antonio Varo Baena

724. MINIMIZACIÓN DE LOS RIESGOS AMBIENTALES INHERENTES A LOS CREMATARIOS

J.F. Sánchez Pérez, J.V. Martí Boscà, H. Vanaclocha Luna

Direcció General de Salut Pública, Comunitat Valenciana.

Antecedentes/Objetivos: Esta actuación se realiza ante la insuficiencia de la normativa española en la incineración de cadáveres. El objetivo es la minimización de los riesgos inherentes a las instalaciones de crematorios de cadáveres humanos a través del control de los distintos procesos que tienen lugar.

Métodos: Los procesos de incineración implican la combustión de la materia orgánica transformándose en cenizas, gases, partículas y calor, siendo la emisión de gases contaminantes el principal riesgo para la salud de la población. Con el fin de la minimización del mismo y para establecer una estrategia común, se están realizando reuniones con los sectores implicados en el proceso de incineración:

fabricantes e importadores de féretros, fabricantes e importadores de hornos crematorios, titulares de instalaciones de crematorios y funerarias.

Resultados: Con el sector de fabricación e importación de féretros se están utilizando los conocimientos científicos actuales, para que los materiales que componen los féretros posean las características adecuadas para que en el proceso de incineración se reduzca la emisión de compuestos más peligrosos, especialmente dioxinas y furanos. Además, para garantizar el correcto uso de estos féretros deberán tener un marcado UNE que indicaría que es un féretro apto para incineración, así como una ficha de datos con la composición del mismo. A través del sector de fabricantes e importadores de hornos crematorios se establecen las características que se deben tener en cuenta en el diseño de los hornos para la reducción de la emisión de los contaminantes, especialmente dioxinas y furanos, y mercurio, y las características de mantenimiento adecuadas para un buen funcionamiento del mismo. Al sector de titulares de instalaciones de crematorios se les informa de las características de los féretros y hornos crematorios, y además, que la vestimenta del cadáver a incinerar no debe incluir materiales que produzcan compuestos altamente tóxicos, como plásticos, resinas, etc. Al sector de funerarias se le informa de las características de la vestimenta que debe tener el cadáver cuando sea trasladado para su incineración. Toda la información recogida en las distintas reuniones está siendo trasladada para la futura redacción del reglamento de sanidad mortuoria consensuado entre todas las comunidades autónomas.

Conclusiones: La metodología permite minimizar el riesgo para la salud comunitaria que sufriría una población debido a la instalación de crematorios.

514. INFECCIONES POR LINFOGRANULOMA VENEREO (LGV) EN LA COMUNIDAD DE MADRID ENTRE LOS AÑOS 2010 Y 2013

M. Rodríguez-Domínguez, T. Puerta, B. Menéndez, J.M. González-Alba, J. del Romero, J.C. Galán

Hospital Ramón y Cajal; Centro Sanitario Sandoval.

Antecedentes/Objetivos: Chlamydia trachomatis (CT) es la causa más frecuente de infecciones de transmisión sexual (ITS) a nivel mundial. El interés despertado en los últimos años no sólo radica en el incremento en el número de casos, sino también en la re-emergencia en países desarrollados de cepas causantes de LGV, fuertemente asociadas a VIH, especialmente en grupos de alto riesgo. El objetivo de este trabajo es describir la incidencia de infecciones causadas por LGV en la Comunidad de Madrid entre enero de 2010 y diciembre de 2013.

Métodos: Por técnicas moleculares se investigó la presencia de variantes de CT asociadas a LGV, entre los casos positivos de infección por CT, obtenidos en el cribado de pacientes que acudieron a una consulta de ITS, con o sin sintomatología. Se incluyeron muestras rectales, cervicales, uretrales y faríngeas. Se realizó un cuestionario epidemiológico recogiendo información clínica, epidemiológica y de prácticas de riesgo.

Resultados: Se analizaron un total de 2315 muestras positivas para CT. En 228 muestras (9,8%) se detectó la presencia de genotipos asociados LGV. Durante los 4 años del estudio el número de casos de LGV aumentó progresivamente desde 7,7% en 2010 a 10,6% en 2011, 12,1% en 2012 y 13% en 2013. Atendiendo al origen de la muestra, 196/228 casos (85,9%) fueron rectales; 28 casos (12,3%) fueron muestras uretrales, aumentando de 1 caso en 2010 a 15 en 2013; mientras que en muestras de cérvix se detectaron 4 casos (1,7%). En cuanto a las características epidemiológicas, más del 90% de los casos se dieron en hombres que mantienen sexo con hombres (HSH) con un porcentaje de seropositividad para VIH cercano al 80%,

sugiriendo un alto riesgo de cotransmisión. Un 50% de los pacientes presentaban otras ITS de forma concomitante, principalmente sífilis y gonorrea.

Conclusiones: En países con programas de vigilancia, como Reino Unido u Holanda, se ha detectado un incremento de hasta un 265% en 2012, en el número de casos de LGV. Nuestros datos describen una situación similar en Madrid donde se produce un aumento del 270% en 2013 relativo a 2010. Por otro lado, aunque la mayoría de los casos se dan en MSM, en 2012 y 2013 a incrementado el número de casos en población heterosexual lo que podría sugerir su diseminación a otros grupos poblacionales. La alta asociación con VIH y otras ITS unido al aumento de prácticas de riesgo, especialmente en MSM, constituye el escenario perfecto para aumentar el riesgo de cotransmisión. Esta situación epidemiológica fuertemente sugiere la necesidad de implementar un sistema de vigilancia que incluya la caracterización genética de los casos de infección por CT.

531. ESTUDIO DE UNA AGRUPACIÓN ESPACIAL DE CASOS DE ESCLERODERMA GENERALIZADA MEDIANTE TESTADO DE ESCANEADO ESTADÍSTICO EN CASTILLA-LA MANCHA

R. Ortega Galiana, G. Gutiérrez Ávila, I. de la Cruz Julián, M. Chico Mena, M.A. García Lacunza, A. de Lucas Vegillas, C. García Colmenero, J.M. Díaz García, I. Moreno Alía

Fundación Hospital de Paraplégicos para la Investigación de Toledo; Servicio de Epidemiología, DG Salud Pública, Drogodependencias y Consumo de Castilla-La Mancha.

Antecedentes/Objetivos: El nodo de Castilla-La Mancha del proyecto de investigación SpainRDR desarrolló en 2013 una herramienta con software libre para la georreferenciación de eventos de salud. El análisis exploratorio de los datos de cada una de las enfermedades raras incluidas en el proyecto ha permitido agrupaciones de casos, con diferentes patrones espaciales, que podrían ser compatibles con clúster de enfermedades. La hipótesis de partida es que en determinadas comarcas, de la región, la exposición a riesgos por motivos del trabajo, determinado por la actividad económica predominante, es muy diferente encontrando áreas de gran concentración industrial con amplias extensiones dedicadas al sector primario. Bajo esta misma hipótesis se busca una relación entre los posibles riesgos potenciales asociados al lugar de residencia y la aparición de la enfermedad.

Métodos: A partir de datos obtenidos por el nodo de Castilla-La Mancha del proyecto SpainRDR para la enfermedad, se realiza un estudio de escaneo estadístico espacial para buscar agrupaciones, en distintas divisiones administrativas de Castilla-La Mancha, bajo la hipótesis nula de que la distribución espacial de eventos de enfermedad sigue una distribución de Poisson pura espacial.

Resultados: Se ha identificado un clúster de casos de Escleroderma Generalizada en torno a la ciudad de Albacete. Se ha usado una ventana circular de escaneo de máximo de 50 Km para buscar agregaciones de casos. La significatividad obtenida $p = 0,0021$ con una relación de casos observados entre esperados de 2.30. Nos hace rechazar la hipótesis alternativa, con lo que concluimos que es una zona de concentración de casos no aleatoria según una distribución de Poisson. La región de agregación de casos afecta a una población de 288.000 habitantes.

Conclusiones: La aparición de esta agrupación de casos de Escleroderma Generalizada en torno a la ciudad de Albacete hace necesaria la elaboración de mapas de riesgos y estudios más concretos, para determinar si la aparición de estas agrupaciones de casos tiene relación con la exposición a riesgos asociados al lugar de residencia y a la actividad industrial.

Financiación: Spanish Rare Diseases Registries Research Network (IRDIRC-SpainRDR-01).

630. BROTE DE INFECCIONES POR ACINETOBACTER BAUMANII EN UNA UNIDAD DE CRÍTICOS

I. Tenza Iglesias, E.J. Silva Contreras, J.L. Carretero Ares, P. García Shimizu, A. Gimeno Gascón, J.C. Rodríguez, C. Escrivá Pons, M. Fuster Pérez, J. Sánchez Payá

Servicio de Medicina Preventiva; Servicio de Microbiología, Hospital General Universitario de Alicante.

Antecedentes/Objetivos: Aunque en los últimos años, las infecciones nosocomiales por gérmenes multirresistentes, que son un problema creciente, han pasado a hacerse endémicas, la aparición de brotes puede producirse en cualquier momento. El objetivo es describir un brote nosocomial de infección-colonización por *Acinetobacter baumannii* resistente a carbapenemes (ABMR) en una unidad de cuidados críticos.

Métodos: En diciembre 2013, a través del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de infecciones asociadas a los cuidados de salud del centro, se detectó la agrupación temporoespacial de casos de ABMR en un Box de la UCI (siete camas) previamente libre de este tipo de infecciones en los seis meses previos. Se implementaron medidas de control de infecciones (precauciones ampliadas de contacto en la atención a los pacientes con ABMR, precauciones estándar en resto de pacientes, recomendar uso botellas de bolsillo de solución alcohólica para higiene manos, agrupación pacientes, listado verificación de procedimientos de limpieza, realización controles microbiológicos ambientales, realización frotis de control, etc.). A cada caso se realiza hoja de vigilancia epidemiológica (fecha ingreso, edad, sexo, factores de riesgo intrínseco, extrínseco, criterios CDC de infección, localización infección, motivo alta, etc.). Se describe la curva epidémica de los casos.

Resultados: El número de casos nosocomiales de infección-colonización por ABMR detectados ha sido de 12 (10 infección y 2 colonización). La distribución de casos a lo largo del tiempo fue la siguiente: semana 48-2013 (1), semana 49-2013 (1), semana 50-2013 (2), semana 51-2013 (2), semana 52-2013 (3), semana 01-2014 (1), semana 02-2014 (0), semana 03-2014 (1), semana 04-2014 (1), semana 05 a 11 de 2014 (0). Todas las cepas aisladas tenían el mismo patrón de antibiograma y en las siete muestras que se realizó el estudio genotípico este era concordante.

Conclusiones: La aparición témporo-espacial de los casos hace pensar que el mecanismo de transmisión más probable haya sido la transmisión cruzada (directa/indirecta) a través de las manos del personal. El sistema de vigilancia ha permitido la detección de casos, y derivado de esto, la puesta en marcha de manera precoz de las recomendaciones de control de infecciones que han mostrado su efectividad. Las estrategias de prevención de este tipo de problema de salud tienen dos pilares fundamentales: el adecuado grado de cumplimiento de las recomendaciones sobre Precauciones Estándar (fundamentalmente la Higiene de Manos), y las políticas de uso adecuado de antimicrobianos para disminuir al máximo posible la población de pacientes susceptibles.

645. PSEUDOBROTE POR ASTROVIRUS EN LA UNIDAD DE NEONATOLOGÍA (UN)

M.A. Onieva García, M.J. Molina Rueda, S. Martínez Diz, S. Bueno Ortiz, M. Rosales Rodríguez

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

Antecedentes/Objetivos: La gastroenteritis aguda (GEA) por astrovirus afecta principalmente a menores de 2 años de edad. Brotes de GEA por astrovirus han sido comunicados en centros de cuidado diurno.

no y también en escuelas. Se describe la investigación y actuaciones llevadas a cabo ante un pseudobrote por astrovirus en la UN durante marzo de 2013.

Métodos: La UN consta de tres salas: cuidados básicos, cuidados intermedios y unidad de cuidados intensivos de neonatología (UCIN), situadas en la misma planta y atendidas por personal sanitario común. A partir de historia clínica, se recogieron variables de tiempo, lugar y persona. Se consideró caso sospechoso/probable: neonato que satisfacía criterio clínico (aumento frecuencia y consistencia acuosa de heces) y epidemiológico (contacto con caso ingresado en la UN confirmado por laboratorio, durante marzo de 2013), y caso confirmado cuando además, satisfacía uno de los criterios de laboratorio (detección de antígeno o ácido nucleico de astrovirus, en heces). Se implantaron las medidas oportunas para el control del brote.

Resultados: Fueron 4 neonatos ingresados en la UN durante el periodo epidémico, que satisfacían criterio clínico y de laboratorio (detección de antígeno en heces), clasificándose como casos confirmados y nosocomiales. El 75% fueron varones y todos prematuros (edad gestacional media = 29,5 semanas, rango = 28 a 34; peso al nacimiento medio = 1.187 g, rango = 640 a 1.670). Hubo dos casos en cuidados intermedios, donde se detectó el caso índice, un caso en cuidados básicos (considerado primario), y otro en UCIN. La curva epidémica describió una propagación de casos persona-persona, con exposición diacrónica. Se establecieron como principales medidas preventivas: limpieza exhaustiva del medioambiente inmediato (incubadoras, cunas, material clínico de uso frecuente), higiene de manos mediante agua y jabón —dado que está documentado que esta medida es más efectiva que el uso de la solución hidro-alcohólica—, y comunicación activa entre los servicios implicados (Pediatría, Microbiología y Preventiva). Finalmente, todos los casos resultaron negativos (falsos positivos) en la detección de ácido nucleico en heces.

Conclusiones: La prueba considerada “gold estándar” descartó todos los casos. Probablemente, hubo una reacción cruzada con otro virus. Una revisión a posteriori, cuestionó el cumplimiento de diarrea descrito para astrovirus en la literatura. Por lo general, las pruebas de laboratorio refuerzan la hipótesis de un brote. Nuestra investigación plantea reconsiderar esta premisa, a la par que recalca la importancia de la definición de criterio clínico.

684. TRATAMIENTO Y RESISTENCIA A ANTIMICROBIANOS DE LA INFECCIÓN GONOCÓCICA EN GALICIA

M.J. Purriños Hermida, I. Losada Castillo, M.I. Santiago-Pérez, A. Malvar Pintos, Grupo de Trabajo SOGAMIC

Servizo de Epidemioloxía da Consellería de Sanidade, Xunta de Galicia; Programa de Epidemioloxía Aplicada de Campo (ISCIII); Sociedad Gallega de Microbiología (SOGAMIC).

Antecedentes/Objetivos: Hoy en día, la resistencia múltiple a antibióticos en un problema de gravedad en la infección gonocócica, por lo que recientemente el ECDC presentó un plan para su control. Dos de los pilares del plan son: a) el tratamiento adecuado (ceftriaxona con azitromicina, y excepcionalmente cefixima en lugar de ceftriaxona) de casos y contactos; y b) la toma de muestras para cultivo y antibiograma. El objetivo de este estudio es conocer el tipo de tratamiento, la frecuencia de toma de muestras para cultivo y la resistencia a antibióticos en Galicia.

Métodos: Se revisaron las historias clínicas de los casos declarados, posibles (bajo sospecha clínica) y confirmados (por cultivo o sonda de ADN) en Galicia durante 2012 y 2013. Entre otras, se recogieron las siguientes variables: primer tratamiento (tipo de antibiótico), técnica de confirmación y resultado del antibiograma (sensible, sensibilidad intermedia, resistencia).

Resultados: Se detectaron 244 casos (71% confirmados) y se revisaron 233 historias. En estas, 187 casos tenían registrado el primer tratamiento, 146 (62%) tenían cultivo positivo y 129 tenían antibiograma. Sólo el 3% de los casos tenían pautado el tratamiento según las recomendaciones del ECDC (con ceftriaxona), el 10% si se incluye cefixima. Solas o combinadas, un 44% de los primeros tratamientos contenían azitromicina, un 30% quinolonas y un 20% doxiciclina. La frecuencia de cepas sensibles es baja para tetraciclinas (18%) y quinolonas (40%) y mayor para la azitromicina (85%). Todas las cepas estudiadas fueron sensibles a ceftriaxona y cefixima.

Conclusiones: Se observa un muy importante desajuste entre el tratamiento empleado y el recomendado por el ECDC, que requiere una intervención inmediata. Por el contrario, es elevada la proporción de casos en los que se dispone de cultivo para el estudio de resistencias, y no se observó pérdida de sensibilidad ni a ceftriaxona ni a cefixima.

742. BROTE DE SARNA EN UNA ESCUELA SUPERIOR DE ARTE DRAMÁTICO

O. Paz, A. Pousa, M.J. Faraldo, A. Boullosa, L. Esteban

Xefatura Territorial de Sanidade de Pontevedra; Dirección Xeral de Innovación e Xestión da Saúde Pública.

Antecedentes/Objetivos: El 23 de octubre de 2013, la dirección de una escuela superior de arte dramático (ESAD) de Galicia comunicó el diagnóstico de sarna en 2 alumnos de la escuela. Al día siguiente desde la escuela informan de la existencia de otros 5 casos entre el alumnado. El objetivo de este trabajo es describir las características del brote y analizar los factores de riesgo asociados a la transmisión.

Métodos: La escuela facilitó un listado del personal y alumnado por ciclos de formación y aulas. Se realizó una búsqueda activa de casos y se alertó a urgencias y centros de salud del área para que notificasen posibles casos. Se diseñó una encuesta de caso, que se realizó por teléfono, en la que, además de los datos de filiación y clínicos, se incluían preguntas sobre actividades escolares y extraescolares o convivencia. Se realizó un estudio descriptivo y un estudio caso control para determinar los factores de riesgo asociados a la transmisión calculando la OR para un Intervalo de confianza al 95% (IC95%). Se realizó un análisis estratificado para las variables compartir piso/compartir aula, calculando la OR ajustada por el método de Mantel e Haenzel. Para los cálculos se empleó Epidat 3.2.

Resultados: El número de estudiantes de la escuela era de 161. Se detectaron un total de 15 casos, de los que 13 tenían relación directa con la escuela y otros 2 compartían piso con estudiantes de la ESAD. El 66% eran mujeres, con una edad media de 23 años (DE = 3,24) y el 34% hombres, edad media de 22 años (DE = 4,79). El primer caso inicio los síntomas el 30/05.2013, siendo diagnosticado el 15.07.2013. En la semana 43 de 2013 se diagnosticaron el 53% (8) de los casos. 7 de estos 8 casos refirieron un inicio de síntomas en las tres semanas anteriores al diagnóstico. El prurito de predominio nocturno fue el síntoma más frecuente (100%). Compartir piso mostró una OR de 23,8 (IC95% = 5,8-97,4), para compartir aula fue de 6,45 (IC95% = 1,34-30,91). La OR ajustada para compartir aula fue de 4,04 (IC95% = 0,75-21), para el estrato no compartir piso resultó 6,1 (IC95% = 0,66-56) y para el de compartir piso fue de 2 (IC95% = 0,13-29,80).

Conclusiones: El factor más importante en la transmisión de la sarna es la existencia de un contacto estrecho con una persona infestada. En el brote descrito, el 87% de los casos asistía a las mismas clases, pero el riesgo de enfermar estaba determinado por la convivencia en el mismo domicilio. Por todo esto, el tratamiento de los contactos estrechos de los casos, incluyendo a convivientes y parejas, es fundamental en el control de los brotes por sarna.

762. LEISHMANIASIS VISCERAL EN LA COMUNIDAD DE MADRID: CASOS ESPORÁDICOS VERSUS ASOCIADOS (2009-2014)

A. Estirado, A. Arce, M.A. Ordobás, N. García, L. Moratilla, A.M. Pérez, M.J. Iglesias, E. Gil, A. Aragón

Servicio de Epidemiología, Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención, Consejería de Sanidad, Comunidad de Madrid.

Antecedentes/Objetivos: Desde julio de 2009 hasta la actualidad se está produciendo un brote de leishmaniasis en la zona suroeste de la Comunidad de Madrid (CM). El objetivo de este estudio es comparar los casos de leishmaniasis visceral asociados al brote con los esporádicos notificados en la CM en el mismo periodo.

Métodos: Estudio descriptivo de los casos de leishmaniasis visceral notificados en la CM desde julio de 2009 hasta marzo de 2014. Se comparan las características epidemiológicas de los casos asociados al brote con los casos esporádicos.

Resultados: En el periodo de estudio se notificaron 304 casos de leishmaniasis visceral en la CM: 197 (64,8%) asociados al brote y 106 (35,2%) esporádicos; por año de inicio de síntomas: 3 en 2009, 31 en 2010, 70 en 2011, 57 en 2012, 24 en 2013 y 12 en 2014 para los asociados al brote, frente a 6, 25, 19, 24, 28 y 5 para los esporádicos. La distribución de las variables de estudio en los casos asociados al brote frente a los esporádicos fue: edad media 38,9 vs 39,0 ($p = 0,99$); 70,1% hombres vs 68,2% ($p = 0,74$); 74,6% españoles, 18,3% subsaharianos y 7,1% de otros países, frente a 82,9%, 3,8% y 13,3% ($p < 0,01$); factores de riesgo intrínsecos 31,5% vs 50,5% ($p < 0,01$); 85,8% ingreso hospitalario vs 78,5% ($p = 0,11$); 10,2% presentación atípica vs 3,7% ($p = 0,07$). En cuanto al diagnóstico 85,8% casos confirmados vs 86,9% ($p = 0,79$); 62,9% diagnóstico serológico vs 46,7% ($p < 0,01$); 6,1% cultivo vs 38,3% ($p < 0,01$); 80,2% biopsia vs 72,0 ($p = 0,10$). La demora en la notificación al sistema de vigilancia desde la fecha de inicio de síntomas tuvo una media de 81 días en los casos asociados al brote frente a 184 días en los esporádicos ($p < 0,01$). No se aprecian diferencias significativas en los factores de riesgo ambientales relacionados con el entorno de los casos: presencia de perros, hábitats de mosquitos, explotaciones ganaderas y escombreras.

Conclusiones: En los casos de leishmaniasis visceral asociados al brote comunitario de la zona suroeste de la CM se observa un menor porcentaje de factores de riesgo intrínsecos, mayor de inmigrantes de origen subsahariano y más casos con presentación atípica. El porcentaje de casos confirmados es similar en ambos grupos, pero la serología y la biopsia se utilizan con mayor frecuencia como método de confirmación de los casos asociados al brote. En la zona del brote existe una mayor sensibilización ante la enfermedad que hace que el sistema de vigilancia epidemiológica esté funcionando adecuadamente y la demora en la notificación de los casos sea menor que en los casos esporádicos.

767. DESARROLLO E IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA DE LAS INFECCIONES RELACIONADAS CON LA ASISTENCIA SANITARIA (IRAS) EN ESPAÑA. EL "KNOW-HOW" DE OTROS SISTEMAS COMO PUNTO DE PARTIDA

P. Gallego, E.V. Martínez, M.J. Sierra, S. Santos, A. Sánchez, R. Cano

Centro Nacional de Epidemiología, ISCIII; CIBER-ESP; Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias, MSSSI.

Antecedentes/Objetivos: Las IRAS son un importante problema de salud pública (SP) en nuestro país, enmarcado en las líneas de vigilancia y control definidas por la Comisión Europea y ECDC. La

Comisión de SP ha solicitado a la Ponencia de Vigilancia la elaboración de una propuesta de vigilancia de IRAS nacional. El abordaje de la vigilancia de IRAS difiere en las Comunidades Autónomas (CCAA) y faltan políticas comunes nacionales. Un sistema de vigilancia (SV) nacional que estandarice la metodología, aporte información homogénea y comparable y permita conocer la incidencia de IRAS, sería la base para optimizar las políticas preventivas en hospitales y dar apoyo a políticas vigentes. Objetivo: Aportar evidencia científica del "know-how" de otros SV como punto de partida para el desarrollo de una propuesta de SV de IRAS nacional, que permita conocer la incidencia en España y apoyar, así, estrategias de prevención y control.

Métodos: Revisión sistemática de SV de IRAS en otros países y de la vigilancia en CCAA. Estudio de websites de servicios sanitarios autonómicos y de estudios nacionales de prevalencia e incidencia de IRAS vigentes. Se han seleccionado países con sistemas consolidados, páginas web institucionales, en inglés y con publicaciones sobre el desarrollo, implantación y funcionamiento de sus SV de IRAS. Revisión de protocolos e informes disponibles. Variables: 1. Estructura organizativa: coordinación, legislación, participación voluntaria/obligada, diseminación resultados, financiación, actividades vigiladas iniciales, formación. 2. Organización de la vigilancia: cobertura, tipo de vigilancia, definición caso, sistema nhSN como base, actividades vigiladas, vigilancia obligada/opcional, post-alta, periodicidad, "case-finding", basado en paciente/unidad, software/website, análisis de datos, indicadores, feedback, validación y evaluación.

Resultados: En general, los SV de IRAS analizados son sistemas coordinados desde SP, que siguen las directrices de la vigilancia europea ECDC, con participación hospitalaria voluntaria, vigilancia dirigida a áreas de alto riesgo, basada en sistema nhSN, que utilizan criterios CDC, indicadores de resultado fundamentalmente y con feedback a hospitales y generación de datos de referencia periódicamente.

Conclusiones: Existe una gran concordancia entre los sistemas analizados, lo que es de gran utilidad a la hora de plantear una propuesta inicial de un SV de IRAS nacional consensuado, simple, flexible, oportuno y útil, con el objetivo principal de disponer de información de calidad para mejorar la prevención y control de las IRAS.

816. LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LAS MULTIRESISTENCIAS: UNA NECESIDAD PARA UNA EMERGENCIA EN SALUD PÚBLICA

J. Astray, J.C. Ansedo, M.A. Lopaz Pérez, R. Cantón, C. Bischofberger, A. Asensio, J.R. Paño, J. Oteo, J. García

Área de Epidemiología CM; DG Hospitales CM; S. Alertas CM; Servicio de Microbiología Hospital Universitario Ramón y Cajal; Servicio de Medicina Preventiva, Hospital Escorial; Servicio de Medicina Preventiva, Hospital Puerta de Hierro; Servicio de Infecciosas, Hospital Universitario La Paz; IS Carlos III; Servicio de Microbiología, Hospital Universitario La Paz.

Antecedentes/Objetivos: El aumento de la incidencia y prevalencia de MR y en concreto en la incidencia de enterobacterias productoras de carbapenemasas (EPC) experimentado en Europa en los últimos años, ha motivado la decisión de implementar un Plan de actuación para la prevención y el control de la infección por EPC. El objetivo es dar a conocer el plan de contingencia elaborado y presentar los primeros datos de vigilancia que constatan la necesidad de intervención ante este grave problema de salud pública.

Métodos: El Plan de Prevención y Control frente a la infección por EPC en la CM establece las líneas básicas a seguir por todos

los centros hospitalarios y residencias de mayores. El plan de EPC desarrolla un plan sectorial de cada hospital y estandariza: vigilancia, detección precoz de infectados o colonizados, cumplimiento estricto de las medidas de control de la infección e intervención en brotes. Se ha instituido la declaración obligatoria de estos microorganismos (EPC), una base de datos central que comunica con los HIS de los Hospitales estableciendo un sistema de información para el control.

Resultados: Todos los hospitales públicos de Madrid han presentado un plan de contingencia de EPC. Se ha puesto en marcha una plataforma de declaración de Multirresistencias que conecta por medio de un sistema de mensajería de mensajes con los HIS y las estaciones clínicas de todos los hospitales emitiendo alertas a la entrada del paciente en un hospital independientemente del hospital de origen. La evolución desde 2011 ha sido exponencial, pasando de 204 casos en 2011 a 1084 casos declarados en 2013, el 100% multirresistentes. La tasa de la CM es de 1,83 por 10 mil. Las tasas poblacionales hospitalarias oscilan entre un 8,15 y 0,15 por 10 mil. El 50% de los hospitales han tenido más de 10 casos al año. Todos los hospitales han declarado al menos un caso. Por edad el percentil 50 de la serie es de 78 años. El 70% de las infecciones son ITU y un 10% bacteriemias. La EPC más prevalente es la *Klebsiella pneumoniae* OXA – 48 (90%) y se han detectado casos esporádicos de NDM. La prevalencia en hospitales de larga estancia obtenida mediante “Point Prevalence Survey” de EPC es del 4%.

Conclusiones: Es necesario poner en marcha planes de vigilancia y control de bacterias multirresistentes y en concreto de EPC por su emergencia actual como problema de Salud Pública.

573. A LISBON MSM COHORT: PROTOCOLO DO ESTUDO

P. Meireles, R. Lucas, A. Martins, R. Fuertes, J. Brito, M.J. Campos, L. Mendão, H. Barros

Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto (ISPUP); GAT Portugal.

Antecedentes/Objetivos: Nos últimos anos, é crescente a contribuição da transmissão relacionada com o sexo entre homens, especialmente entre os jovens, para os novos casos de VIH notificados em Portugal, enquanto se verifica uma diminuição do número de casos devido à utilização de drogas injetáveis e à transmissão heterossexual. Assim, são essenciais ferramentas que permitam descrever e monitorizar a epidemiologia da infeção nos homens que têm sexo com homens (HSH). Neste contexto implementou-se um estudo de coorte prospetivo dinâmico – Lisbon MSM Cohort – num centro comunitário de rastreio da infeção pelo VIH dirigido aos HSH (CheckpointLX). Pretende-se, com este trabalho, descrever o desenho e o processo de implementação da Lisbon MSM Cohort.

Métodos: A Lisbon MSM Cohort, iniciada em abril de 2011, inclui uma amostra consecutiva de homens que têm sexo com homens, com idade igual ou superior a 18 anos que voluntariamente se dirigem ao CheckpointLX para realizar o teste à infeção pelo VIH e têm um resultado negativo no recrutamento. Todos os indivíduos que livremente aceitem participar e assinem o documento de consentimento informado, são convidados para seguimentos periódicos, sendo a regularidade proposta cada 6 meses. Em cada observação é realizado um teste rápido à infeção pelo VIH e administrado um questionário comportamental que recolhe informação sociodemográfica, informação sobre testes anteriores do VIH, comportamentos sexuais, utilização do preservativo, consumo de álcool e drogas, entre outras.

Resultados: Até maio de 2013, realizaram-se 800 entrevistas de seguimento aos 1.600 indivíduos que aceitaram participar na

coorte, correspondendo a um total de seguimentos de cerca de 445 pessoas-ano com um intervalo mediano entre avaliações de aproximadamente 192 dias (intervalo interquartil; 147-269 dias). A idade média dos participantes é de 31 anos, cerca de um quarto é estrangeiro e a grande maioria identifica-se como homossexual (84,6%). Mais de 80% já tinham feito, anteriormente, um teste do VIH, sendo o motivo mais frequentemente referido para o teste atual “conhecer o estado de saúde/teste de rotina”. Aproximadamente dois terços reportaram terem tido sexo anal sem preservativo no último ano, 70% reportaram o consumo de álcool ou drogas antes ou durante as relações sexuais, 37% tinha conhecimento da profilaxia pós-exposição e 3% já a tinham feito. Ao longo deste período de seguimento observaram-se 17 novas infeções correspondendo a uma incidência de 3,8 por 100 HSH-ano (intervalo de confiança a 95%: 2,2-6,1).

Conclusiones: Foi possível e útil constituir uma coorte de HSH em Portugal, tendo-se obtido os primeiros dados sobre a incidência da infeção VIH que revelam que esta população continua a ser grandemente afetada pela epidemia do VIH.

481. EVALUACIÓN DE IMPACTO EN SALUD DE LOS CREMATORIOS

J.F. Sánchez Pérez, J.V. Martí Boscà, M. Barberá Riera

Sección de Sanidad Ambiental, DG de Salud Pública de la Comunitat Valenciana.

Antecedentes/Objetivos: El objetivo es la evaluación, previa a la apertura, de los riesgos en las poblaciones cercanas tras la implantación de un crematorio de cadáveres humanos.

Métodos: Los procesos de incineración implican la combustión de la materia orgánica transformándose en cenizas, gases, partículas y calor, siendo la emisión de gases contaminantes el principal riesgo para la salud de la población. Para establecer la peligrosidad en la población, es necesario conocer la exposición al contaminante, lo que implica conocer la concentración de este en la atmósfera a nivel del suelo (inmisión) y el tiempo de exposición. Cabe destacar que la particularidad de este tipo de instalaciones radica, no en su contribución global a la contaminación, sino en su contribución local al riesgo para la salud de las poblaciones cercanas. Conociendo la descripción de los materiales a incinerar, féretros, ropa, cadáver, y complementos, es posible hacer un análisis de los procesos de incineración y seleccionar los principales contaminantes emitidos, siendo estos partículas, dioxinas y furanos, mercurio, SO₂, NO₂, CO, Cl₂, SH₂ y HCl. Disponiendo de los valores de emisión se pueden aplicar modelos atmosféricos de dispersión, herramientas que permiten simular las condiciones reales de transporte y dispersión de los contaminantes, que nos permiten, a través del valor de inmisión y con la concentración de fondo en el lugar de estudio, establecer los riesgos poblacionales, ya sean agudos, subcrónicos, crónicos y cancerígenos, delimitándolos en zonas con la comparación con los niveles de exposición de referencia, ya sean de la legislación vigente o publicados por organismos de reconocido prestigio como la OMS, la Office of Environmental Health Hazard Assessment o la Environmental Protection Agency, según lo expresado en la metodología de la Guía técnica de evaluación de impacto ambiental en salud en instalaciones de incineración, de la Generalitat Valenciana.

Resultados: Una vez delimitadas estas zonas, se sitúan los elementos vulnerables, colegios, residencias de mayores, hospitales y zona residencial, en su interior, y dependiendo del resultado obtenido, se requieren medidas correctoras en la instalación, como revisión de la maquinaria, control de materiales a incinerar, instalación de filtros o, si no hay alternativa, modificación de la ubicación.

Conclusiones: La metodología permite cuantificar el riesgo para la salud comunitaria que sufriría una población debido a un contaminante atmosférico y, por tanto, facilita la toma de decisiones para establecer los mejores requisitos del crematorio.

Vigilancia de la salud pública. Infecciones por virus (Oral 5 minutos)

Jueves, 4 de septiembre de 2014. 17:30 a 19:30 h

Moderador: Pere Godoy García

94. BROTE COMUNITARIO DE HEPATITIS A EN UN MUNICIPIO DE BIZKAIA. OCTUBRE DE 2012-ENERO DE 2013

I. Baonza González, I. González Sancristóbal, N. Muniozgueren Aguirre, R. Santamaría Zuazúa, M.J. López de Goikoetxea, S. Calleja, A. Avellón Calvo

Departamento de Salud del Gobierno Vasco; Laboratorio de Microbiología, Hospital Galdakao; Centro Nacional de Microbiología, Instituto de Salud Carlos III.

Antecedentes/Objetivos: Entre el 18 de octubre y el 20 de noviembre de 2011 se declararon 5 casos de hepatitis A en un municipio de Bizkaia de 20.000 habitantes; Cuatro niños y un adulto; se inició la investigación epidemiológica y se reforzaron las medidas higiénicas en todos los centros escolares, con la finalidad de resolver el brote.

Métodos: Se solicitó a los médicos del municipio que declararan urgentemente todos los casos sospechosos de hepatitis A y se les realizara serología. Las muestras se enviaron al laboratorio del Hospital de Galdakao y posteriormente al Centro Nacional de Microbiología (CNM) para el estudio filogenético del virus. Se realizó encuesta epidemiológica a todos los casos. Se comprobó la calidad del agua de abastecimiento.

Resultados: Se identificaron 23 casos confirmados de hepatitis A. Síntomas: anorexia, 91%; ictericia, 87%; coluria, 87%; acolia, 74%; náuseas, 70%; vómitos, 70%; fiebre, 61%. Cuatro casos, 17% estuvieron hospitalizados. Ninguno estaba vacunado. Quince casos (65%) fueron niños, de entre 2 y 8 años. La media de edad de los adultos fue de 37 años. Cuatro adultos tenían vínculo familiar con algún niño afectado. La tasa de ataque en el municipio fue de 0,7% en los menores de 15 años y 0,02% en los adultos. El primer caso inició síntomas la semana 38 de 2012 y el último la semana 4 de 2013. El caso índice fue un niño que había viajado a zona endémica y que contagió a otro niño de su familia. A partir de ese momento continuó la transmisión del virus en todos los centros escolares y se convirtió en comunitario. El pico máximo fue en la semana 50. En la semana 51, se realizó la vacunación masiva de todos los niños, nacidos entre 2005 y 2011 y/o escolarizados en algún curso hasta 2º de Educación Primaria (1.108 niños) y a los trabajadores de estas aulas (105 adultos). A partir de entonces no se declararon más casos en niños. De las 18 muestras enviadas al laboratorio del CNM, 17 presentaban ARN detectable del virus de la hepatitis A genotipo 1B, y forman un grupo monofilético con alta probabilidad de agrupación (VP2, N-J, valor bootstrap 96%).

Conclusiones: El refuerzo de las medidas higiénicas en los centros escolares y la vacunación a los contactos de los casos no fueron suficientes para controlar el brote. La vacunación masiva de la población susceptible expuesta, niños nacidos entre 2005 y 2011 y al personal de sus aulas, resolvió el brote. Es necesario vacunar a los colectivos de riesgo, particularmente a los niños hijos de inmigrantes de zonas endémicas cuando van a viajar a su país de origen.

168. IMPACTO DE LAS RECOMENDACIONES SOBRE LA VACUNACIÓN DE HEPATITIS A EN NIÑOS DE FAMILIAS INMIGRANTES EN CASTELLÓN

P. Mañes Flor, J.B. Bellido Blasco, M.A. Romeu García, C. Herrero Carot, R. Limón Ramírez, E. Silvestre Silvestre, N. Meseguer Ferrer, V. Zanón Viguer

Centro de Salud Pública de Castellón; Hospital Dr. Peset; Hospital de La Plana; Facultad de Medicina, UCH-CEU; CIBER de Epidemiología y Salud Pública.

Antecedentes/Objetivos: Los hijos nacidos en España en familias de inmigrantes procedentes de países de alta endemia de hepatitis A (HVA) forman un grupo al que se recomienda la vacunación previa al viaje al país de origen familiar (VRF por sus siglas en inglés: Visiting Relatives and Friends). En el Departamento de La Plana (Castellón) a finales de noviembre-2012, hubo varios brotes de HVA relacionados con niños no vacunados que regresaban del viaje de su país de origen, Marruecos. Se realizaron actuaciones en dos departamentos de salud (DS) para promocionar la vacunación pre-exposición de estos niños antes de los viajes a su país en verano de 2013. Objetivo: Evaluar el impacto que la intervención tuvo en las vacunaciones.

Métodos: Estudio retrospectivo observacional. Poblaciones: DS La Plana (189000 h; 4.1% de origen magrebí) y DS Castellón (289.000 h; 2.4%); estimación de menores de 15 años magrebíes: 4.400 niños. Intervenciones: (1) información por correo electrónico a los médicos referentes de los centros de salud (2) reunión con asociaciones de inmigrantes, y (3) charla con pediatras de atención primaria. En el DS La Plana se llevaron a cabo las intervenciones 1 y 2. En el DS de Castellón sólo las intervenciones 1 y 2. Fuente de datos: Sistema de Información Vacunal de la Comunidad Valenciana. Periodo revisado: entre noviembre 2011 y noviembre 2013. Se han comparado el número de vacunas administradas a menores de 15 años en los veranos previo y posterior a la intervención. Se han distinguido 3 grupos según origen familiar en España, Magreb y otros.

Resultados: En los dos años completos se administraron 2.981 primeras dosis, que incluyen también las post-exposición (durante los brotes). De ellas 2.173 a menores de 15 años (525 magrebíes). Al comparar las vacunaciones pre-exposición en los veranos de 2012 y 2013, se vio un aumento en el número de niños vacunados en ambos DS, de 33 a 263. El mayor incremento se observó en niños origen magrebí del Departamento de La Plana que pasó de 2 vacunados en el verano de 2012 a 139 en el de 2013.

Conclusiones: El impacto fue moderado en el conjunto de niños de origen magrebí. A pesar de incremento observado en las vacunaciones en verano, el porcentaje de niños de este origen vacunados sigue siendo bajo. Hay que insistir en la vacunación preexposición de estos niños. Deben implicarse los servicios de salud pública, atención primaria, vacunación internacional y escolares, así como las asociaciones de inmigrantes en la vacunación de los grupos VRF.

526. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LA EVOLUCIÓN DE LA INCIDENCIA DE HEPATITIS A EN EL DEPARTAMENT DE SALUT D'ELX DE LA COMUNIDAD VALENCIANA

M.A. Amat, P. García-Puente, M.R. Zurriaga-Carda, L.M. Ivorra, M.J. Miralles, C. Carrillo, M. Peña, H. Reig, E. Alonso

Centre de Salut Pública d'Elx; Servei de Medicina Preventiva, Hospital General Universitari d'Elx; Centre de Salut de Crevillent.

Antecedentes/Objetivos: En los últimos años se ha detectado un aumento de casos importados en niños de origen marroquí que han nacido aquí, y que viajan a Marruecos con su familia en vacaciones (viajeros que visitan familiares y amigos: VFA). El objetivo de este trabajo es conocer la evolución del patrón epidemiológico de presentación de los casos declarados de hepatitis A en el Departamento de Salud Pública de Elx, desde 2005 hasta 2013.

Métodos: Se analiza la información de los casos declarados al sistema informático AVE (Análisis de la Vigilancia Epidemiológica) durante el periodo citado, describiendo la distribución de los casos según diversas variables.

Resultados: Se notificaron 103 casos: 70 autóctonos, 29 importados y 4 extracomunitarios. De los importados, 21 fueron VFA de los cuales 20 viajaron al Norte de África y 1 a Ecuador. Se notificaron 7 brotes, afectando en total a 15 escolares. 6 de los brotes afectaron total o parcialmente a VFA. Se produjo un aumento de la incidencia de los casos autóctonos en 2008 y 2009, disminuyendo en 2010 hasta niveles similares a los de 2007, volviendo a disminuir en 2011-13. Este patrón es similar al de la Comunitat Valenciana y al de España en su conjunto. Los casos importados aumentaron 3 veces en 2007 y más del doble en 2012, siendo en estos años superiores a los autóctonos. El porcentaje medio de VFA respecto al total de casos (autóctonos, importados y extracomunitarios) durante el periodo 2005-2009 fue el 12,8%, y durante el periodo 2010-2013 el 37,5%. La incidencia total fue mayor en hombres que en mujeres (1,40:1), siendo mayor la diferencia en los casos autóctonos (1,73:1); pero en los importados la incidencia fue mayor en mujeres (1,14:1). En los autóctonos el grupo de edad más afectado fue el de 20-29 años, y en los importados el de 0-9 años. Los factores de riesgo más frecuentes fueron los viajes al extranjero (37,9%) y el contacto con un caso (11,7%).

Conclusiones: Los casos autóctonos disminuyeron en el periodo 2010-2013 respecto a 2005-2009, aumentando paralelamente la importancia de los VFA. Se recomienda extender la estrategia de vacunar a los niños que viajen con sus padres al Norte de África, estrategia que ya se ha puesto en marcha en el municipio de Crevillent.

660. BROTE DE HEPATITIS A CON IMPLICACIÓN DE GUARDERÍAS

S. Calzón Fernández, M.M. Rodríguez Membrive, M.A. Fernández Gómez, M.J. López Fernández

Área de Epidemiología, UGC Prevención y Promoción de la Salud, Distrito Sanitario Málaga-Guadalhorce.

Antecedentes/Objetivos: En las zonas de baja endemicidad la hepatitis A se manifiesta habitualmente en forma de casos aislados en los grupos de alto riesgo o de brotes que afectan a un pequeño número de personas. Los niños/as juegan un papel importante en la transmisión del virus de la hepatitis A y son fuente de infección para otros ya que una gran mayoría padecen infecciones asintomáticas o que pasan inadvertidas. Durante noviembre de 2013 se notifican varios casos de hepatitis A en adultos en dos zonas residenciales adyacentes. Se realiza estrategia de búsqueda activa de casos para identificar el posible origen del mismo y controlar el brote.

Métodos: Realización de encuestas epidemiológicas, y búsqueda activa de casos mediante realización de serologías y revisión de historia clínica digital. Análisis descriptivo de las características de los casos, distribución temporal y lugar.

Resultados: Desde finales de noviembre hasta la febrero se declaran en la zona geográfica referida un total de 40 casos, 34 de los cuales (85%) se asocian por vínculo epidemiológico a dos guarderías de la zona. La edad media es de 24,05 años (DT 16,33) y la mediana de 31,5 años (rango: 1-50). El 60% son mujeres. Se identifica el caso índice que no había sido notificado en el momento del diagnóstico en el mes de octubre. Se trata de un menor que había realizado viaje a región endémica. La búsqueda activa de casos permite la identificación de casos de menores con cuadros asintomáticos que han ejercido de transmisores a sus familiares. Las intervenciones en el ámbito familiar y educativo para el control del brote incluyen la valoración de profilaxis post exposición en 1.071 contactos.

Conclusiones: La falta de notificación adecuada de casos de hepatitis A tiene como consecuencia el origen de brotes. La búsqueda activa de casos juega un papel fundamental para la identificación de

menores que pueden ejercer de transmisores. Es fundamental extremar las medidas de control higiénico en guarderías. Es recomendable vacunas frente a hepatitis A a menores que viajan a zonas endémicas.

703. INCIDENCIA DE HEPATITIS A EN UNA REGIÓN DE BAJA ENDEMICIDAD: NECESIDAD DE NUEVAS ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN EN NIÑOS

M.P. Mira Escolano, R. García Pina, V. García Ortúzar, J.J. Pérez Martín, E. Gutiérrez Pérez, A. García Fulgueiras

Servicio de Epidemiología, Consejería de Sanidad, Murcia.

Antecedentes/Objetivos: La incidencia de hepatitis A en el periodo 2005-2013 en niños de 1 a 14 años en la Región de Murcia (RM) se ha incrementado respecto al periodo 1997-2004, siendo superior a la española. En este periodo, más del 30% de los brotes investigados están asociados a viajes. El objetivo es analizar la incidencia de hepatitis A en la población infantil de la RM según: 1) país de origen (de los casos y sus progenitores), 2) lugar de infección.

Métodos: Se analizan casos e incidencia anual media de hepatitis A registrados en la RM a través del Sist. de Información de las EDO en el trienio 2011-13 según edad, lugar de infección (caso autóctono o caso importado) y país de origen del caso, clasificados según titular de tarjeta sanitaria en: casos cuyo país de origen y el de sus padres es España y casos cuyo país de origen o el de alguno de sus progenitores es un país de endemicidad media-alta, PEMA, para hepatitis A.

Resultados: En el trienio 2011-2013 se registraron 110 casos de hepatitis A en la RM, de los cuales el 59% (n = 65) correspondían a menores de 15 años. De ellos, el 86% eran niños nacidos en Marruecos (33) o nacidos en España con alguno de sus progenitores de origen marroquí (23). De los casos importados (45,5%) 80% eran menores de 15 años y de ellos 88% de origen marroquí (casos o progenitores). Entre el 54,5% de casos autóctonos (infección adquirida en España), 42% eran menores de 15 años y de éstos 84% de origen marroquí. La incidencia anual media de hepatitis A en población menor de 15 años originaria de PEMA (57,4 casos por 105 hab.), y especialmente en la originaria de Marruecos ($100,7 \times 10^5$) fue muy superior a la incidencia en la población de origen español de la misma edad ($0,46 \times 10^5$) ($p < 0,001$).

Conclusiones: La mayor incidencia de hepatitis A en la región se observa en menores de 15 años, siendo muy superior en niños originarios de PEMA, tanto por infección importada como autóctona, a la de la población de origen español. La actual recomendación de vacunar frente a hepatitis A a los hijos de inmigrantes de un PEMA cuando vayan a viajar a su país resulta insuficiente. Posiblemente estos viajeros (Visiting Friends and Relatives) tienen menor percepción del riesgo, por viajar a su país. Además se observa un mayor riesgo en personas de su entorno social aunque no viajen. Por tanto, resulta necesario reforzar las estrategias preventivas actuales y plantear nuevas opciones como la vacunación sistemática de hepatitis A en niños nacidos en España cuyos padres procedan de un país de endemicidad media-alta.

811. EPIDEMIOLOGÍA DE LOS BROTES DE HEPATITIS A EN LA CIUDAD DE VALENCIA EN EL PERIODO 2004-2013

M.M. Melero García, A. Barrue de la Barrera, A. Míguez Santiyán, L.R. Ciancotti Oliver, I.F. León Espinosa, J. Bayo Gimeno, E. Giner Ferrando, A. Salazar Cifre

Medicina Preventiva y Salud Pública CHGUV; Secció d'Epidemiologia, Centre de Salut Pública València; Medicina Preventiva y Salud Pública, HUDP.

Antecedentes/Objetivos: La hepatitis A relaciona el desarrollo de infraestructuras y la mejora de las condiciones de vida. Diversos autores informan una disminución de la inmunidad natural que incrementa la probabilidad de transmisión. Nuestro objetivo es evi-

denciar si existe un patrón diferencial entre la endemia existente y la generación de brotes epidémicos.

Métodos: Diseño de Vigilancia de Salud Pública durante 2004-2013. Fuente: Registros automatizados de encuestas epidemiológicas 2004-2013, búsqueda activa de casos y resultados de Red Microbiológica. Analizamos características etarias, modo de presentación, relación con poblaciones infantiles, nacionalidad y viajes a países endémicos. Para la estimación del efecto se calculó la OR e IC al 95%. Los contrastes mediante 2 de Pearson y t-Student o ANOVA. Los datos fueron tratados con SPSS+ v.17.

Resultados: Se notificaron 790 casos: 585 confirmados y 172 asociados a brote (29,4%). La edad media en brotes fue de 21,35 y 29,16 años en casos aislados (t-Student: -5,822; $p < 0,001$). La diferencia por sexos fue significativa a favor de los varones 60,2% ($p < 0,01$). Los extranjeros muestran mayor proporción en casos aislados (OR: 3,28; IC95%: 1,69-6,38; $p < 0,01$). Viajes países endémicos fueron más frecuentes entre los casos aislados (OR: 2,57; IC95%: 1,31-5,05). El "contacto con niños" estuvo asociado a brote (OR: 2,51; IC95%: 1,59-3,94). El patrón temporal muestra diferencias de concentración de casos, mientras los casos aislados se distribuyen en ondas de amplitud 3-4, los brotes presentan periodicidad bianual.

Conclusiones: Los casos vinculados a brote muestran una distribución bimodal: menores de 15 años y mayores de 30, y mayor contacto con niños, lo que podemos atribuir a transmisión familiar. Los casos aislados predominan en varones de 20-44 años con enfermedad menos leve y que reúnen diferentes factores de riesgo para la transmisión. El peso de la pérdida de inmunidad natural en la población autóctona se pone de manifiesto en su predominio en los brotes y, en sentido contrario, la procedencia de países endémicos. Este patrón diferencial sugiere una desprotección inmunitaria de la población autóctona adulta, por lo que coincidimos con otros autores en la necesidad de establecer estrategias de base poblacional y no frente a situaciones epidémicas puntuales.

868. CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES QUE GENERAN BROTES DE HEPATITIS A EN CATALUÑA, 2001-2012

P. Godoy, S. Broner, S. Manzanares, C. Plana, S. Minguell, A. Martínez, I. Parrón, M. Jané, A. Domínguez, et al

Departament de Salut, Generalitat de Catalunya; Agència de Salut Pública de Catalunya, Generalitat de Catalunya; Departament de Salut Pública, Universidad de Barcelona.

Antecedentes/Objetivos: La hepatitis A (HA) es una enfermedad que puede generar complicaciones y formas graves en adultos. Buena parte de la población actualmente es susceptible a la enfermedad y es importante caracterizar a los pacientes que generan casos secundarios. El objetivo fue caracterizar los casos de HA que generan brotes en Catalunya.

Métodos: Se realizó un estudio epidemiológico de los casos índices que generaron brotes de hepatitis A en Catalunya en el periodo 2001-2012. Se definió como brote de HA la existencia de 2 o más casos asociados con al menos uno de ellos confirmado microbiológicamente con anticuerpos IgM. Mediante la revisión de los informes de cada brote se identificaron los casos índices y las principales variables del estudio: edad, sexo, país de origen, factores de riesgo del caso índice, ámbito del brote, casos secundarios y hospitalizados en cada brote. Los factores asociados a los casos a los casos índices inmigrantes frente al resto de casos índices se estudiaron mediante el cálculo de la odds ratio (OR) con su IC del 95%. La existencia de asociación estadística se estudió con la prueba de 2 con un grado de significación $p < 0,05$.

Resultados: Se estudiaron 211 casos índices. La mayoría fueron hombres (66,4%) y se presentaron en el grupo de 25 a 44 años (42,9%), de 5 a 14 años (23,8%) y menores de 5 años (21,4%). El 25,6% (26/211) eran inmigrantes, el 12,3% (26/211) hombres que tenían sexo con hombre y el 7,6% (16/211) tenían alguna relación con una guardería

infantil. Una proporción elevada (25,1%; 53/211) tenían el antecedente de haber realizado un viaje reciente. La mayoría de los brotes se presentaron en el ámbito familiar (71,1%; 150/211), escolar (15,65%; 33/211) y comunitario (8,5%; 18/211). Los casos índices generaron 984 casos secundarios lo cual representó una media de 4,7 casos por brote (DE = 13,7). Los casos índices inmigrantes respecto a los autóctonos presentaron una proporción superior de mujeres (OR = 2,2, IC95% 1,1-4,7), de menores de 4 años (OR = 19,4, IC95% 5,7-78,4), y de 5-14 años (OR = 30,7, IC95% 9,2-124,4) y de antecedente reciente de viaje (69,1, IC95% 27,4-191,3). También se asociaron con brotes a nivel familiar (OR = 10,8, IC95% 1,9-22,94) y escolar (OR = 11,3, IC95% 1,7-265,6) frente a otros ámbitos de transmisión.

Conclusiones: Los casos índices inmigrantes son más jóvenes, se relacionan con brotes en el ámbito familiar y escolar y la mayoría presentan antecedente de viaje reciente a sus países de origen. Se recomienda extremar el cumplimiento de la vacunación anti hepatitis A en los inmigrantes que viajan a sus países de origen.

872. CASOS SINTOMÁTICOS Y ASINTOMÁTICOS EN BROTES DE HEPATITIS A EN UN CONTEXTO DE BAJA ENDEMICIDAD

S. Manzanares-Laya, S. Broner, P. Godoy, P. García de Olalla, C. Planas, S. Minguell, A. Martínez, I. Parrón, A. Domínguez

Agència de Salut Pública de Barcelona; Agència de Salut Pública de Catalunya; CIBER Epidemiología y Salud Pública; Departament de Salut Pública de la Universitat de Barcelona.

Antecedentes/Objetivos: En contextos de baja endemicidad de la hepatitis A (HA) en el que una amplia proporción de adultos no posee inmunidad frente a la HA se pueden producir brotes cuyo origen es un caso asintomático (CA), dando lugar a casos secundarios con morbimortalidad elevada, sobre todo en adultos. El objetivo fue analizar la frecuencia de CA relacionados a brotes y describir sus características en los brotes notificados entre 1991 y 2012.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo de los CA asociados a brotes. Se incluyeron todos los brotes de HA (dos o más casos relacionados, al menos uno confirmado por laboratorio) detectados en Catalunya entre 1991 y 2012. La información sobre las variables se recogió mediante la revisión detallada de los informes de brote. Se consideró que un CA era subclínico cuando sólo había aumento de transaminasas e inaparente si únicamente apareció la IgM positiva sin otra alteración. Se analizó la distribución de CA asociados a brotes según edad y sexo, año, ámbito y mecanismo de transmisión (fuente común o persona-persona). Se analizó la frecuencia de casos índice asintomáticos según grupo de edad, y la frecuencia de casos subclínicos e inaparentes.

Resultados: Se identificaron 35 brotes con algún CA de 376 brotes de HA (9,3%) entre 1991 y 2012, con una media de 1,5 brotes al año. El año 2008 fue el que presentó mayor número (6, 17,1%). Hubo 74 CA asociados a brotes en el periodo, de los cuales 39 fueron inaparentes, 6 subclínicos y en 30 no constaba esta información. Los brotes de ámbito comunitario fueron los que más CA presentaron, 25 (34,7%), seguidos del familiar con 19 (26,4%), y la transmisión persona a persona fue la más frecuente con 73 casos (98,6%). De los CA, 44 (72,1%) se produjeron en niños de 0 a 4 años y 37 (67,3%) fueron hombres. Se identificaron 7 CA sospechosos de haber sido el caso índice en su brote. De éstos, 5 fueron niños de 0 a 4 años.

Conclusiones: La clasificación de los CA en inaparentes o subclínicos fue posible en una proporción reducida de casos debido a información insuficiente en los informes de brote, indicando una necesidad de mejorar dicha información. La alta frecuencia de casos en brotes de ámbito comunitario y familiar y la práctica totalidad de casos adquiridos por transmisión persona a persona son propios de un contexto de baja endemicidad en el que las mejoras en las condiciones sanitarias reducen el riesgo de transmisión por fuente común. La ma-

yor parte de CA fueron niños pequeños, constituyendo un riesgo para convivientes más vulnerables como hermanos mayores y adultos en el ámbito familiar.

42. PREVALENCIA DE VIH EN PRIMERAS VISITAS EN EL CIPS DE CASTELLÓN, 1997-2013

J. Trullén Gas, L. Mateu Roig, A. Polo Esteve, A. Fenosa Salillas

CIPS de Castellón-Centro de Salud Pública de Castellón.

Antecedentes/Objetivos: Los CIPS (Centros de Información y Prevención del Sida) fueron creados en la Comunidad Valenciana en 1987, como centros en los que se oferta el test del VIH y otras Infecciones de Transmisión Sexual de forma anónima. El anonimato de los pacientes ha hecho que se consideren análogos a una "red centinela" en la que se detectan tendencias antes que en la población general. Disponemos de datos informatizados del CIPS de Castellón desde 1997.

Métodos: Con la base de datos de las visitas en el CIPS, seleccionamos las primeras visitas y estudiamos las prevalencias de infección en cuatro grupos definidos por su práctica de riesgo principal: usuarios de drogas intravenosas (UDI), homosexuales, heterosexuales y "Otros" que incluye desde falsos riesgos (hipocondriacos, relación sexual con protección, convivientes,...) a riesgos no incluidos en los apartados anteriores (pinchazos accidentales, transmisión materno-fetal...).

Resultados: Las 5.960 primeras visitas de estos 17 años se dividen en 518 de UDI, 722 de HSH (hombres que tienen sexo con hombres), 4290 de riesgo de transmisión heterosexual (hombres y mujeres) y 430 de "otros". El número de resultados positivos en primera visita fue de 127 UDI, 42 HSH, 35 de transmisión heterosexual y 1 de "otros". El caso positivo de "otros" en el año 2000 se refiere a un caso de transmisión materno-fetal. Se observa un descenso en el número de positivos a lo largo de los años, que parece acompañar al descenso de Usuarios de Drogas Intravenosas vistos en primera visita. Cuando relacionamos los casos positivos con el total de analíticas realizadas, obtenemos las tasas de prevalencia en primera visita, que desciende desde el 0,1% de 1997 al 0,01% de 2013. La prevalencia global de los UDI en el periodo es de 0,25%, la de los HSH de 0,06%, y la de transmisión heterosexual del 0,01%. Para clarificar las tendencias, agrupamos por grandes periodos (1997-2004 frente a 2005-2013), y vemos que, mientras la prevalencia ha descendido en UDI y en heterosexuales, ha aumentado en Hombres que tienen Sexo con Hombres (HSH).

Conclusiones: Las tendencias observadas coinciden con las halladas en otros estudios (1) y probablemente reflejan de una parte el descenso en el consumo de drogas intravenosas (2) y el impacto de los programas de intercambio de jeringuillas y, de otra, un descenso en la importancia dada a las medidas preventivas en HSH tras la aparición de los tratamientos antirretrovirales de gran actividad (TARGA). (1) https://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/InformeEPI_VIH2000_2010.pdf (2) <http://www20.gencat.cat/portal/site/canalsalut>.

66. VIGILANCIA CENTINELA DE LAS CONDUCTAS DE RIESGO DE VIH/ITS EN HOMBRES QUE TIENEN SEXO CON HOMBRES (HSH): PRIMERA VISITA AL CIPS DE CASTELLÓN, 1997-2013

A. Fenosa Salillas, L. Mateu Roig, A. Polo Esteve, J. Trullén Gas, C. Altava Padilla

Centro de Salud Pública de Castellón.

Antecedentes/Objetivos: El Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades (ECDC), con objeto de armonizar los sistemas de vigilancia regionales, recomienda un conjunto de indi-

cadore generales y específicos para HSH. El objetivo es describir las conductas de riesgo de VIH/ITS en HSH que acudieron por 1ª vez al Centro de Información y Prevención del Sida (CIPS) de Castellón entre 1997 y 2013.

Métodos: Estudio de corte transversal. Criterios inclusión: HSH no trabajadores del sexo. Instrumento: Encuesta por entrevista personal con preguntas cerradas. Se elaboraron indicadores del ECDC a partir de la información recogida en las preguntas sobre características sociodemográficas, conductas y VIH. Se definió uso de condón habitual con parejas ocasionales, como usar siempre condón o no haberlo utilizarlo en una ocasión durante los últimos 12 meses. Los años estudiados se dividieron en 3 periodos; 1997 a 2002, 2003 a 2008, y 2009 a 2013. Se excluyen del análisis los datos con valores perdidos.

Resultados: Se entrevistaron a 618 usuarios con una edad promedio de 29,9 años (DE: 9,4), el 44,1% tenían estudios universitarios, y el 74,3% eran españoles. El 57,7% tenían pareja, en un 13,6%, 7 de los 353, su pareja era mujer. En el 66,1% de los entrevistados con pareja, la relación no superaba el año de duración. Un 23,4% de los que practicaron el coito anal con su pareja usaron siempre condón, el 45,3% tenían pareja habitual y relaciones ocasionales. En el 27% de los 353 usuarios no se recoge información sobre el seroestatus del VIH en su pareja. Un 25% de 228 desconocían el seroestatus de su pareja y un 11,4% eran serodiscordantes. El promedio de parejas sexuales ocasionales en los 12 últimos meses fue de 9,6 DE (15,2), un 20,8% tenían más de 10 parejas ocasionales. El 56,9% no siempre utilizó preservativo con las parejas ocasionales. Un 27,8%, de los 618 usuarios, se había realizado la prueba en el último año; un 53,5% nunca se la habían realizado antes. La edad en el 3º periodo es superior a la del 1º ($p = 0,002$). Se construyó un modelo de regresión logística para estudiar la relación del uso de condón anal con parejas ocasionales y las variables edad, estudios, periodo de años y VIH. El uso de preservativo se asoció a ser VIH, OR = 3,70, IC95%: 1,44-9,54; los usuarios con estudios básicos usaban menos el condón, OR: 1,99, IC95%: 1,23-3,22. Se observó interacción entre la edad y el periodo de años estudiado ($p = 0,027$).

Conclusiones: Avanzar en la recogida de información. Reforzar la prevención en la escuela. Insistir en el uso de preservativo tanto en relaciones de pareja como ocasionales. Recomendar la realización del test de VIH a la pareja.

301. INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN POBLACIÓN ADOLESCENTE Y JOVEN DIAGNOSTICADA DE INFECCIÓN POR VIH EN LA COMUNIDAD DE MADRID

C. Cevallos, C. Berdún, J. Verdejo, C. Fernández, C. Izarra, S. Martínez

Servicio de Epidemiología, Subpromoción de la Salud y Prevención, Servicio Madrileño de Salud; CS San Fernando I, UDM Sureste, SERMAS.

Antecedentes/Objetivos: La infección VIH comparte mecanismo de transmisión (MT) con infecciones de transmisión sexual (ITS). Adolescentes y jóvenes son vulnerables a ambas. Objetivo: describir la infección por VIH en adolescentes y jóvenes y las ITS presentes en el momento del diagnóstico de VIH y posteriormente.

Métodos: Análisis descriptivo de infecciones VIH diagnosticadas en adolescentes (10-19 años) y jóvenes (20-24 años) entre 2007-2013 notificadas a la Comunidad de Madrid. Variables estudiadas: sexo, lugar de nacimiento, MT y presencia ITS (agentes etiológicos, cuadros clínicos) desde el diagnóstico de VIH.

Resultados: Notificadas 862 infecciones VIH en personas de 10-24 años de edad; 34 (3,9%) tenían 10-14 años, 101 (11,7%) 15-19 años, 727 (84,3%) 20-24 años. En casos menores de 15 años la transmisión de VIH no es sexual y no hay diagnósticos de ITS. Grupo 15-19 años: 71,3% son hombres, 43,6% había nacido en España. En hombres el MT es HSH en 87,5% y HTX 9,7%; en mujeres el 89,7% es

HTX. Grupo 20-24 años; 84,7% hombres, 52,4% había nacido en España. En hombres el MT es HSH en 85,9% y HTX 7,8%; en mujeres el 91,9% es HTX. Información recogida de ITS en 518 casos (62,6%), 69 (68,3%) del grupo 15-19 años y 449 (61,8%) 20-24 años. Mediana seguimiento: 18 meses (RI: 6-35). Diagnosticada al menos una ITS en el 58,9% (305 de 518). Este porcentaje es 50,7% en aquellos con 15-19 años y 60,1% en 20-24 años $p = 0,17$. En el grupo de 15-19 se diagnosticaron de ITS 55,6% (30) de hombres y 33,3% (5) de mujeres $p = 0,21$. En el de 20-24 años, 66,5% (254) de hombres y 23,9% (16) de mujeres $p < 0,01$. Agentes etiológicos. Virus papiloma humano (VPH): en el grupo de 15-19 años diagnosticados el 40% de pacientes y en el de 20-24 años 33,1% $p = 0,46$. T. pallidum 23,6% vs 26,9% $p = 0,65$. C. trachomatis 7,7% vs 6,3% $p = 0,98$. N. gonorrhoeae 5,1% vs 15,2% $p = 0,05$. Virus herpes simple 10,3% vs 5,3% $p = 0,40$. Cuadros clínicos. Lesiones asociadas a VPH, en el grupo de 15-19 años diagnosticados el 37,2% y en el de 20-24 años 28,5% $p = 0,33$. Uretritis 11,9% vs 15,7% $p = 0,69$. Proctitis 7,7% vs 5,9% $p = 0,94$. Linfogramuloma venéreo 2,6% vs 0,5% $p = 0,69$. Cervicovaginitis ningún caso en mujeres 15-19 años y 3 (7,9%) en 20-24 años.

Conclusiones: Mayoría de infecciones VIH en población 15-24 años son hombres. Predomina transmisión sexual (hombres HSH mujeres HTX) Más de la mitad de hombres con VIH en comparación con mujeres han presentado ITS en el momento del diagnóstico de VIH o después. Diferencia significativa en grupo 20-24 años. Agentes etiológicos más frecuentes: VPH (con/sin lesión asociada) y T. pallidum. No diferencias significativas en diagnósticos de ITS en ambos grupos de edad.

539. EPIDEMIOLOGÍA MOLECULAR Y SUBTIPO NO-B VIH EN ESPAÑA

J.M. González-Alba

Servicio de Microbiología, Hospital Ramón y Cajal, IRYCIS.

Antecedentes/Objetivos: La enorme disponibilidad de secuencias nucleotídicas del VIH nos permite definir la dinámica de diseminación del virus en nuestro entorno. Resulta habitual la tendencia a inferir, basándose en la información obtenida en un número limitado de pacientes, la epidemiología del VIH de todo un país. El objetivo es definir las particularidades locales de la dinámica de transmisión del virus en diferentes Comunidades Autónomas (CCAA) con la finalidad de inferir si existen diferentes patrones de transmisión geográfica.

Métodos: Un total de 10.877 secuencias nucleotídicas del gen pol de VIH-1 procedentes de 7 CCAA, obtenidas entre los años 2004-2011. Todas las muestras fueron subtipadas mediante análisis filogenético con los métodos de máxima verosimilitud (PhML). Las secuencias identificadas como subtipos no-B se reanalizaron con toda las secuencias disponibles de la base de datos de Los Álamos, de las que se dispusiera información sobre el origen geográfico.

Resultados: A pesar de tener tasas de inmigración diferentes, el porcentaje total de subtipos no-B del VIH, es similar entre las diferentes CCAA (15%), pero hay particularidades entre CCAA. Se observa un constante incremento anual en el porcentaje de cepas no-B, del 8,4% al 14,2% entre los años 2005-2011, fuertemente asociada con la inmigración. En Extremadura y Castilla y León las variantes no-B del VIH están estrechamente relacionadas con variantes de origen en África, América del Sur y Portugal específicamente relacionado con subtipo G. Por otra parte hay un número importante de VIH subtipo C en Galicia y Madrid, pero relacionado más con la inmigración procedente de África y Brasil respectivamente. Se detecta un brote de infecciones por subtipo F en población homosexual en Galicia, variante ya ha sido detectada en todas las demás CCAA. Se detectan 28 nodos de transmisión entre CCAA. Las variantes procedentes de Asia (C y CRF01_AG) son las que menos se asocian a grupos de transmisión. Las variantes que se transmiten más entre comunidades proceden de

África (CRF02_AG y A), Europa del Este (A) y Portugal (G/CRF14_BG). Madrid es en el epicentro de todas las transmisiones excepto una variante CRF02_AG de origen africano entre Andalucía y Cataluña, y una variante G de origen portugués entre Castilla y León y Cataluña.

Conclusiones: En siete CCAA encontramos un porcentaje similar de subtipos no-B pero en cuanto a su origen geográfico podemos definir al menos tres patrones distintos y si se combina con la distribución geográfica de cada variante se identifican siete subepidemias locales. Existe una relación entre la transmisión y la relación cultural y socioeconómica. Se han detectado la circulación de 7/9 subtipos del VIH, 24/50 formas recombinantes descritas y un número elevado de URFs, diversidad solo comparable con regiones del continente africano.

788. SUPERVIVENCIA EN PERSONAS INFECTADAS POR EL VIH. BARCELONA, 2001-2013

C. Garriga, P. García de Olalla, J.A. Caylà

Agencia de Salud Pública de Barcelona (ASPB); Programa de Epidemiología Aplicada de Campo (PEAC), CNE; Centros de Investigación Biomédica en Red (CIBER).

Antecedentes/Objetivos: El tratamiento antirretroviral ha supuesto la disminución de la mortalidad por el VIH. El objetivo de este trabajo es analizar los factores asociados con la supervivencia y describir la causa de muerte en pacientes diagnosticados de infección por el VIH.

Métodos: De los nuevos diagnósticos incluidos en el registro de VIH de Barcelona ciudad entre 2001-12 se buscaron los fallecidos en el censo de población hasta el 30.06.2013. La causa específica de muerte se obtuvo del registro de mortalidad. Las causas se clasificaron: causa externa (CIE-10: X), VIH (B20-B24, B44.9, C83.7 y C85.9) y no-VIH (resto de códigos). La tasa de mortalidad se calculó en personas año en seguimiento por 1.000 y su intervalo de confianza al 95% (M; IC95%). Se realizó un análisis descriptivo y multivariado de regresión de Cox para evaluar factores sociodemográficos, epidemiológicos y clínicos asociados con supervivencia. La medida de asociación usada fue la hazard ratio (HR) y su IC95%.

Resultados: De los 3.533 nuevos diagnósticos de VIH, 168 individuos (5%) fallecieron (M: 8,2; IC95%: 6,9-9,4). Se obtuvo la causa de muerte de 93 (55%). En estos, 43% fallecieron por causas no relacionadas con el VIH (M: 1,9; IC95%: 1,3-2,5); 42% por causas relacionadas (M: 1,9; IC95%: 1,3-2,5) y 15% por causas externas (M: 0,7; IC95%: 0,3-1,0). La peor supervivencia se observó en usuarios de drogas inyectadas (UDI) (HR: 4,7; IC95%: 2,9-7,7) y hombres heterosexuales (HTS) (HR: 2,4; IC95%: 1,4-3,9), en españoles (HR: 2,5; IC95%: 1,6-4,0), en residentes del distrito de Gràcia (HR: 2,0; IC95%: 1,1-3,7), en personas sin estudios/primarios (HR: 1,5; IC95%: 1,1-2,2) y en individuos con < 200 CD4 (HR: 1,8; IC95%: 1,2-3,0). Las causas de muerte relacionadas con el VIH fueron infecciones (48%), más frecuentes en hombres que tienen sexo con hombres (HSH) (63%), seguidas de mujeres HTS (60%) y neoplasias malignas (23%) en hombres HTS (50%). Las no relacionadas fueron cáncer (29%), que afectó más a hombres (32%), personas con estudios secundarios/universitarios (39%) y hombres HTS (50%); enfermedades cardiovasculares (22%) en mujeres HTS (57%) y personas sin estudios/primarios (35%) y; enfermedades hepáticas (19%) en UDI (37%).

Conclusiones: La mayor probabilidad de morir se asoció con ser UDI, hombre HTS, español con bajo nivel de estudios y un sistema inmune muy deteriorado. Las infecciones representan la mitad de las muertes relacionadas con el VIH y afectan más a HSH y mujeres. El cáncer fue la principal causa de muerte entre las no relacionadas con la infección siendo más frecuente en españoles con mayor nivel de estudios. La frecuencia según la causa de muerte (relacionadas clásicamente con el VIH y las no relacionadas) fue similar.

99. INFLUENCIA DE LA REDMIVA EN LA DECLARACIÓN DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN EL DEPARTAMENTO DE ELDA

E. Martín-Aragón, P. Martínez, F. Albertos, A. Cremades, A. Jiménez, P. Vélez, S. Navarro, M.M. Cano, G. Arroyo

Centro de Salud Pública de Elda.

Antecedentes/Objetivos: La incorporación de resultados microbiológicos al sistema de vigilancia electrónico actual en la Comunidad Valenciana (CV) para la notificación de las enfermedades de declaración obligatoria, se realiza automáticamente a través de la Red de Vigilancia Microbiológica (RedMiva) desde el 2007, lo que ha permitido una mejora de la exhaustividad en la detección de los casos de estas enfermedades. Se analizan 2 infecciones de transmisión sexual, la infección gonocócica incluida en RedMiva en el Departamento (Dpto) de Elda, y la sífilis no integrada en el proceso, con objeto de comparar y conocer la influencia de RedMiva en la vigilancia epidemiológica.

Métodos: Estudio analítico longitudinal retrospectivo. A través de la aplicación usada para la vigilancia epidemiológica (AVE) en la CV se estudió la evolución de sífilis y gonococia en el Dpto, calculando las tasas de incidencia para cada uno de los años comprendidos en el período 2004-2013 (10 años), comparando ambas. Hay que tener en cuenta que la integración de AVE y RedMiva se produjo en 2007 (por lo que se descartó en el análisis), y funcionó correctamente en el Dpto para gonococia, no así para sífilis, lo que permitió la comparación entre ambas enfermedades así como la incidencia pre y post-integración. Se calcularon además los porcentajes de los casos de ambas enfermedades según la procedencia de su declaración (Atención Primaria, RedMiva, Medicina Preventiva, Epidemiología, Médico privado y otros).

Resultados: Durante el período estudiado se declararon en total 96 casos de sífilis y 92 de gonococia en el Dpto. La evolución temporal de la incidencia pasó, en el caso de sífilis, de 2,25 casos por 100.000 hab. en el período 2004-06 a 6,56 en el 2008-13; y en el caso de gonococia de 1,37 en el 2004-06 a 6,22 en el 2008-13. La diferencia de medias arroja cambios significativos en la tendencia de sífilis, no así para gonococia. Según la procedencia de la declaración, en el caso de gonococia el 47,8% procedía de RedMiva, el 45,6% de Atención Primaria y el 6,6% de otras fuentes; en el caso de sífilis, el 55,2% procedían de Atención Primaria, un 27,1% de Medicina Preventiva y el 17,7% de otras fuentes.

Conclusiones: A pesar de la mejora que supuso la integración de RedMiva con AVE en 2007 para la rápida detección de casos de las enfermedades de declaración obligatoria y por tanto una mejor identificación y prevención de la transmisión de las mismas, no se detectaron diferencias en la evolución entre sífilis y gonococia a pesar de la integración (siendo el tamaño muestral una limitación al estudio), si bien el cambio de tendencia observado en 2008 sugiere, al darse en ambas, que el cambio se pueda deber a otros factores.

269. IMPORTANCIA DE LA PRIMERA CONSULTA EN INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN UN DEPARTAMENTO DE LA COMUNIDAD VALENCIANA

H.R. Martínez, I. Ibáñez Gómez, F. Llinares Martínez, A. Hernández Jiménez

Centro de Salud Pública de Benidorm, Consejería de Sanidad de la Comunidad Valenciana.

Antecedentes/Objetivos: Existe un aumento global en los últimos años en la incidencia de infecciones de transmisión sexual (ITS). El seguimiento de estos pacientes es complicado y el estudio de contactos muchas veces imposible. El objetivo de este estudio es caracterizar la consulta de pacientes con infección gonocócica en un departamento

de salud y determinar aspectos relacionados con la ausencia de estudio de contactos.

Métodos: Se revisaron todos los registros de casos de infección gonocócica de los años 2007 a 2013 en el Departamento Marina Baixa, a través del sistema Análisis de la Vigilancia Epidemiológica (AVE). Se recogieron variables de identificación, procedencia de declaración, datos clínicos y del estudio de contactos. Se revisaron los registros de consulta en atención primaria de dichos casos, en búsqueda de información del seguimiento y estudio de contactos.

Resultados: Durante los últimos 7 años, fueron declarados y confirmados 106 casos en el departamento, con una incidencia anual media de 7,85/100.000 hab. Origen de la declaración Epidemiología 6,6%, M. Preventiva 1%, Microbiología 32% y Atención Primaria 60,4%, de las cuales el 37,5% (24 consultas) fueron en Urgencias. Síntomas de presentación: disuria 67,2%, eritema de meato 55%, escozor 92,3%, exudado 72%, leucorrea 69,2%. El tiempo desde inicio de síntomas (IS) hasta diagnóstico fue de (mediana, P25-P75) 6 días, 2-10; y desde IS hasta declaración (mediana, P25-P75) 10 días, 5-16. Cultivo positivo 63,2%, no realizado 28,3% y negativo 8,5%. Todos los casos recibieron tratamiento. Resistencia a algún ATB en 43 de 67 (69% a ciprofloxacino). Relación de riesgo: usuario prostitución 8,5%, parejas múltiples 50%, niega riesgo 11,3%, desconocido 30,1%. En tres casos se estableció vínculo epidemiológico (brote). De los casos atendidos en Urgencias: el 54,2% no pudo localizarse posteriormente (vs Otra consulta 19,5%, $p < 0,00$); en el 58,3% hubo confirmación microbiológica (vs 64,6%, $p = NS$); hubo estudio de contactos en 29,2% (vs 55,4%, $p < 0,02$).

Conclusiones: Una cuarta parte de pacientes con ITS acuden a servicios de Urgencias (hospitalaria o AP), se diagnostican y tratan de forma similar a la consulta con su MAP, pero en más de la mitad de casos no pueden ser luego localizados y es menos frecuente el estudio de contactos. Es importante que en la primer consulta de ITS, aunque el diagnóstico sea de sospecha, se insista en el estudio y tratamiento de contactos por parte de los profesionales implicados.

469. OTRAS ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN CASTILLA Y LEÓN

S. Fernández Arribas, C. Ruiz Sopena, H. Marcos Rodríguez, M.J. Rodríguez Recio, M.M. Herranz Lauría, S. Tamames Gómez

Dirección General de Salud Pública, Consejería de Sanidad, Junta de Castilla y León.

Antecedentes/Objetivos: La notificación de las enfermedades de transmisión sexual en Castilla y León incluye desde 2007 un epígrafe denominado Otras enfermedades de transmisión sexual. Este epígrafe hace referencia a diferentes cuadros clínicos excluidos sífilis, gonococia e infección por Chlamydia que se notifican de forma independiente. El repunte de las enfermedades de transmisión sexual en los últimos años hace necesario un mayor conocimiento de estas enfermedades excepción hecha de Sífilis y Gonococia. El objetivo de este trabajo es presentar la evolución de las "Otras enfermedades de transmisión sexual" desde el inicio de la notificación.

Métodos: Los casos proceden del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Castilla y León. Se recogen datos epidemiológicos básicos, información personal y sobre la enfermedad. Se analizan los casos notificados desde 2007 a 2013 y se realiza un estudio descriptivo con análisis de las variables. Se calculan porcentajes y prevalencias y se estudia la posible significación estadística entre sexos y grupos de edad.

Resultados: Se notificaron 347 casos, 66% mujeres, que representa una incidencia de 1,95 casos por 100.000 habitantes, 2,55 en mujeres y 1,34 en hombres ($p < 0,0001$). Los grupos de edad con más casos son de 25 a 34 y de 35 a 44 con 193 casos, (56%) y tasas de 3,51 y 4,25 casos por 100.000. En ambos grupos la diferencia entre sexos es

estadísticamente significativa. El número de casos es muy variable según los años, con un máximo de 68 en 2008 y un mínimo de 35 en 2010. El 40% de los casos nacieron fuera de España y el 25% de ellos son búlgaros. En las mujeres el 48% nació fuera de España y destaca, en relación a las nacidas en España, el mayor porcentaje de casos entre 15 y 24 años 23% vs 11% (diferencia estadísticamente significativa $p = 0,0264$). El 85% de los casos son confirmados. En el 47% de los casos se tiene información del agente, los más frecuentes son *Trichomonas vaginalis* (43%, el 94% mujeres) y *Ureoplasma urealyticum* (23%, el 97% hombres).

Conclusiones: Las otras enfermedades de transmisión sexual son más frecuentes en mujeres jóvenes. Aunque existe variabilidad en el número de casos anuales, y en los agentes, estas enfermedades deben considerarse en el estudio de las enfermedades de transmisión sexual ya que pueden facilitar o coexistir con otras de mayor relevancia. Es importante mantener y mejorar la vigilancia epidemiológica y microbiológica, para conseguir una mejor y mayor notificación, e insistir en las actuaciones preventivas especialmente entre las mujeres.

439. PERSISTENCIA DEL VPH EN CAVIDAD ORAL EN UNIVERSITARIOS SANOS DE 18-25 AÑOS EN VALENCIA, ESPAÑA

M. Sastre-Cantón, M. López-Lacort, S. Pérez-Vilar, L. Pérez-Breva, S. Alemán-Sánchez, J. Díez-Domingo

Área de Investigación en Vacunas, FISABIO.

Antecedentes/Objetivos: El virus del papiloma humano (VPH) es actualmente la infección de transmisión sexual más común. Los genotipos de VPH clasificados de alto riesgo han sido asociados a cánceres de cérvix, de pene, anales, y un subconjunto de cánceres de cabeza y cuello. El objetivo de nuestro trabajo fue analizar las infecciones persistentes y reinfecciones orales por VPH y la distribución de los genotipos a los seis meses, en aquellos universitarios sanos de 18-25 años que participaron en el estudio previo y fueron positivos para la infección en la primera muestra.

Métodos: Como parte de un estudio epidemiológico transversal de prevalencia del VPH en cavidad oral, realizado en noviembre de 2012, se recogieron muestras orales a 543 estudiantes (255 hombres y 288 mujeres), en diferentes campus de la universidad de Valencia. Se encontró infección oral por VPH en 39 sujetos (7.2%), los cuales fueron contactados a los seis meses para valorar la persistencia de la infección. La obtención de la muestra se llevó a cabo mediante un enjuague bucal y gárgaras durante 30 segundos con 10mL de suero salino. La detección y genotipificación de VPH se realizó mediante HPV SPF10 PCR-DEIA-LiPA25 con detección simultánea de los genotipos de VPH-6, -11, -16, -18, -31, -33, -34, -35, -39, -40, -42, -44, -45, -51, -52, -53, -54, -56, -58, -59, -66, -68, -70 y -74. Los resultados positivos fueron considerados infección oral por VPH, siendo infección persistente si se conservó el genotipo detectado en la primera muestra o reinfección si un nuevo genotipo fue encontrado.

Resultados: De los 39 sujetos previamente infectados, se obtuvo una segunda muestra en 36, de ellas 8 (22,2%) fueron de nuevo positivas para infección oral por VPH. Entre estos infectados, 7/8 fueron mujeres. De los 7 genotipos detectados, 6 fueron de alto riesgo (VPH-18, -31, -39, -53, -66 y -68) y el restante de bajo riesgo (VPH-73). Se detectó infección por múltiples genotipos en 1/8 (12,5%) y el más prevalente fue el VPH-31. De los 543 sujetos reclutados, el VPH mostró persistencia en un 0,55% (3 casos), conservándose los genotipos VPH-18, -31 y -66, y se detectó 5 nuevas reinfecciones en mujeres con genotipos VPH-31, -39, 53, -68 y -73.

Conclusiones: Todas las infecciones persistentes fueron producidas por genotipos de alto riesgo. La reinfección fue más frecuente en mujeres.

111. SEROPREVALENCIA DE ANTICUERPOS FRENTE A LOS VIRUS DEL SARAMPIÓN, PAROTIDITIS Y RUBEOLA EN EL COLECTIVO ESTUDIANTIL EN PRÁCTICAS DEL AGS SERRANÍA DE MÁLAGA

M.J. Gutiérrez Fernández, C.R. Lebrum Bougrat, E. Soto Hurtado, F.J. Mérida de la Torre

AGS Serranía de Málaga.

Antecedentes/Objetivos: La Unidad de Vigilancia de la Salud del Servicio de Preventiva del AGS Serranía de Málaga, viene realizando el seguimiento de la salud de la población trabajadora así como del colectivo estudiantil en prácticas (Enfermería, Técnico de Radiología, A. patológica, Laboratorio y Auxiliar de Enfermería), procedentes de las provincias de Cádiz y Málaga que residen en esta área y que de una alguna forma están expuestos, y a su vez hacen al paciente vulnerable para la adquisición de cualquier infección. En este estudio se analiza el estado inmunológico de esta población frente a las enfermedades incluidas en la vacunación triple vírica (sarampión, rubeola y parotiditis) con objeto de detectar "pacientes susceptibles" y proceder a su inmunización, así como evaluar las posibles causas de una cobertura vacunal insuficiente con la finalidad de mejorar esta situación.

Métodos: Se realizó estudio descriptivo transversal. La población diana fue dicho colectivo de estudiantes, durante el periodo 2010 hasta abril de 2011, a los que se les realizó determinación de anticuerpos frente a los tres virus mediante la técnica ELISA (Enzyme linked Immunosorbent Assay), con el equipo Chorus (Izasa), quien provee el resultado en INDEX (relación entre el valor de la D.O. de la muestra y la del cut-off) siendo considerado el paciente como inmune si el resultado es $> 1,2$, no inmune si es $< 0,8$ y dudoso para todos los valores entre 0,8 y 1,2.

Resultados: Globalmente (2010-2011) el porcentaje de población aparentemente con marcadores serológicos negativos fue del 24,8% para el virus de la parotiditis, 19,62% frente al sarampión y 3,23% para el de la rubeola. 2. Observamos un aumento progresivo a lo largo del estudio, de población no protegida para las determinaciones de los virus parotiditis y sarampión. 3. El porcentaje de resultados borderline alcanzado para dichas determinaciones (parotiditis, sarampión y rubeola) fue de 12,17%, 5,6% y 3,2% respectivamente.

Conclusiones: 1. Los resultados obtenidos nos llevan a reflexionar sobre varios aspectos en relación a las posibles causas implicadas: ¿Por qué ocurren? ¿Se vacunaron realmente, a la dosis adecuada? En caso afirmativo, porque los resultados hablan de "falta de protección"? ¿Qué ocurren con los resultados borderline"? 2. Conveniencia de realizar estudios sobre los "antecedentes vacunales" de las poblaciones estudiadas correlacionándolas con los resultados de la serología. 3. Sería preciso cotejar nuestros resultados con los de otros centros de similares características y nos obligaría establecer estrategias de control como la implantación de actividades suplementarias de inmunización (OMS).

128. EL PLAN DE ELIMINACIÓN DEL SARAMPIÓN EN CANARIAS. EVALUACIÓN DE SUS RESULTADOS, 2001-2013

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

Servicio de Epidemiología y Prevención; Laboratorio de Microbiología, Hospital Dr. Negrín.

Antecedentes/Objetivos: El Plan de Eliminación del Sarampión en Canarias se puso en marcha en Enero del año 2001, siguiendo las recomendaciones establecidas por la OMS en el Plan Estratégico para la Eliminación del Sarampión en la Región Europea, lo determinado

en el Plan de Acción para eliminar el Sarampión en España y a los objetivos del Plan de Salud de Canarias. Sus características principales se basan en la recogida y análisis de las particularidades de la epidemiología de presentación de la enfermedad en Canarias, para de forma continuada adaptar las estrategias y actividades encaminadas a eliminar la enfermedad. Se presenta una evaluación de los resultados obtenidos tras 13 años de su puesta en marcha.

Métodos: Se estudiaron el número de casos y brotes de sarampión notificados a la Red Canaria de Vigilancia Epidemiológica de las 0 horas del uno de enero 2001 a las 24 horas del 31 de diciembre de 2013. Para el análisis de los resultados de coberturas con la triple vírica se utilizó como denominador el número total de niños de edades comprendidas entre uno y dos años, y como numerador el total de niños de edades comprendidas entre uno y dos años inmunizados con esta vacuna.

Resultados: Durante el período estudiado, se declararon un total de 220 casos, de los cuales 209 (95%) fueron confirmados por laboratorio o vínculo epidemiológico. También se notificaron seis brotes, dos en 2006, otros dos en 2010. Un quinto brote se verificó durante los meses de marzo a julio de 2012 en Tenerife. El último brote se observó de enero a febrero de 2013, en esa misma isla. Las coberturas vacunales de triple vírica, obtenidas durante el periodo estudiado fueron siempre superiores al 90%.

Conclusiones: La evolución del sarampión en Canarias tras el inicio del Plan, ha seguido una tendencia descendente. Podemos considerar que las estrategias establecidas han sido correctas.

271. ESTUDIO PILOTO DE VIGILANCIA DE VECTORES EN ZONAS DE RESIDENTES CON INFECCIÓN AGUDA POR ARBOVIRUS

T. Montalvo Porro, M.J. Martínez Yoldi, N. Busquets Martí, V. Peracho Tobeña

Agència de Salut Pública de Barcelona; Centre de Recerca en Salut Internacional de Barcelona (CRESIB); Centre de Recerca en Sanitat Animal (CRESA).

Antecedentes/Objetivos: El objetivo es aportar información útil de cara a la posible implantación de un sistema de vigilancia de arbovirus. Se pretende realizar capturas de vectores adultos en áreas cercanas a la residencia de pacientes diagnosticados de infecciones agudas por arbovirus, y detectar arbovirus en dichos vectores artrópodos como potencial componente de los programas de vigilancia de arbovirus.

Métodos: Durante el 2013 en el laboratorio de Microbiología del Hospital Clínic (Barcelona) se llevaron a cabo las pruebas diagnósticas para arbovirus en las muestras que rutinariamente reciben. Se clasificaron y seleccionaron, en el periodo de actividad vectorial (abril-noviembre), los casos de la ciudad de Barcelona correspondientes a infecciones agudas potencialmente transmisoras, en función de las pruebas serológicas y moleculares en relación al inicio del cuadro clínico. Los casos se notificaron de manera anónima para la realización de una inspección entomológica. En los que se detectó actividad vectorial se ejecutaron acciones de control vectorial, y paralelamente se inició una monitorización semanal de la zona para la recogida de adultos. Los adultos capturados fueron identificados y agrupados en pools de entre 1 y 17 mosquitos. Se realizó una extracción de ARN de cada pool y se analizó por técnicas moleculares para la detección de virus dengue (RT-PCR a tiempo real) y flavivirus (RT-PCR genérica convencional).

Resultados: Se identificaron 13 pacientes virémicos (12 dengue y 1 chikungunya). La inspección entomológica detectó actividad vectorial en 7 de las 13 ubicaciones de los pacientes, todos ellos casos de dengue. En total se recogieron 42 pools de mosquitos: 41 de mosquito tigre (*Aedes albopictus*) y 1 de mosquito común (*Culex pipiens*). No se

detectó virus dengue en ninguno de los pools analizados mediante la PCR a tiempo real específica. Sin embargo, se detectaron algunos pools positivos para flavivirus mediante la RT-PCR genérica. El análisis preliminar de dichas muestras no ha resultado todavía en secuencias de calidad suficiente como para realizar una identificación de estos flavivirus, desconociendo así su implicación en salud pública.

Conclusiones: Se detectó actividad vectorial en 7 de las 13 áreas correspondientes a casos agudos de dengue. La coincidencia de pacientes en fase virémica con mosquitos potencialmente transmisores es uno de los requisitos necesarios para una posible transmisión autóctona de virus dengue. La colaboración entre diferentes programas (humano, vectorial y animal) ayuda a estimar mejor el riesgo y a la posible detección temprana de arbovirosis en zonas no endémicas.

377. FRACCIÓN PREVENIBLE DE HEPATITIS A EN UNA POBLACIÓN CON UN PROGRAMA DE VACUNACIÓN EN PREADOLESCENTES

A. Domínguez, S. Broner, M.R. Sala, S. Manzanares, C. Planas, S. Minguell, P. Godoy, A. Martínez, M. Jané

Departament de Salut Pública de la Universitat de Barcelona; CIBER Epidemiología y Salud Pública; Agència de Salut Pública de Catalunya; Agència de Salut Pública de Barcelona.

Antecedentes/Objetivos: La hepatitis A (HA) es una enfermedad infecciosa aguda que en los países desarrollados suele presentarse en forma de brotes epidémicos. En Cataluña es enfermedad de declaración obligatoria desde 1990. En 1995 se inició un programa de vacunación a grupos de riesgo que no tuvo el impacto esperado y en 1998 se inició la vacunación antihepatitis A+B de preadolescentes. El objetivo del estudio es estimar la fracción prevenible (FP) de los casos asociados a brotes en el periodo 1991-2012.

Métodos: Se incluyeron todos los brotes de HA (dos o más casos relacionados y al menos uno confirmado por laboratorio) detectados en Cataluña en el período 1991-2012. Las variables estudiadas fueron edad y sexo de los casos asociados a cada brote, año y ámbito, origen y en los brotes interpersonales los factores de riesgo del caso índice. Se consideraron dos períodos: 1991-1998 (P1) y 2000-2012 (P2), excluyendo el 1999 por ser el año de la primera cohorte de vacunados. Se calcularon Odds Ratio (OR) e intervalos de confianza al 95% (IC). Se calculó la FP con la fórmula: $[(\text{Incidencia de casos asociados a brotes de P1+P2}) - (\text{incidencia de casos asociados brotes de P2})] / (\text{Incidencia de casos asociados a brotes de P1+P2})$.

Resultados: Se notificaron 108 brotes en P1 y 258 en P2; 86 en P1 y 219 en P2 fueron interpersonales. Entre P1 y P2 se observó una disminución de brotes cuyo caso índice era un niño de una guardería (OR 3,1; 1,1-8,6) o un escolar (OR 4,3; IC 2,1-9,1) y un aumento de brotes cuyo caso índice era inmigrante (OR 0,2; IC 0,1-0,5) o varón homosexual (OR no calculable, p: 0,002). La FP global de los casos asociados a brotes fue 6,5% (3,1-9,8), siendo superior para las mujeres (10,3%; IC 4,0-16,7); para los grupos de edad de 15-24 años (42,5%; IC 29,3-55,8), 0-4 años (18,4; IC 9,6-27,1) y 5-14 años (15%; IC 7,6-22,4) y para los casos asociados a brotes de fuente común (53,1%; IC 43,7-62,5). La FP fue 91,2% (IC 79,4-100) para casos de brotes en hoteles/restaurantes y 33,6% (IC 26,9-40,3) en escuelas. En brotes interpersonales la FP fue 31,4% (IC 7,1-55,6) si el caso índice era un escolar y 9,1% (IC < 0-37,5) si se relacionaba con una guardería.

Conclusiones: Los brotes de HA cuyo caso índice era un niño que asistía a guardería o un escolar han disminuido en Cataluña a partir de la vacunación de preadolescentes. La proporción estimada de casos asociados a brotes que se habrían evitado por la vacunación es > 40% entre la población de 15-24 años y $\geq 15\%$ en < 15 años, lo que sugiere que la vacunación proporciona protección indirecta a los no vacunados.

685. SENSIBILIDAD DE UN SISTEMA DE VIGILANCIA DEL VRS EN GALICIA

M.J. Purriños Hermida, A. Pousa Ortega, I. Losada Castillo, A. Malvar Pintos

Servizo de Epidemioloxía da Consellería de Sanidade; Programa de Epidemioloxía Aplicada de Campo (ISCIII).

Antecedentes/Objetivos: El virus respiratorio sincitial (VRS) es causa de aumento del número de ingresos, especialmente por bronquiolitis (BQLT). Presenta un comportamiento en onda, pero con variación geográfica en el momento en que ocurre. Saber si se está en onda es relevante para el diagnóstico y la profilaxis, por eso en diferentes lugares hay sistemas de vigilancia. En Galicia se dispone de información sobre VRS de solo cuatro hospitales. El objetivo de este trabajo fue evaluar si estos datos [1] son generalizables a toda Galicia y [2] si son suficientemente sensibles, con el criterio de onda usado internacionalmente, 10% de positividad.

Métodos: De las temporadas (semana 40 de una año a la 39 del siguiente) 2008/09 a 2012/13 se recogieron: [1] número semanal de muestras para VRS y su resultado, de los cuatro hospitales; [2] altas hospitalarias (CMBD) por BQLT debida a VRS o debida a otros microorganismos (CIE9-MC: 466.11 o 466.19, respectivamente), en menores de 5 años de edad, de todos los hospitales públicos de Galicia. Se consideró semana de onda aquella en que la proporción de muestras positivas superó el 10%. Sensibilidad se calculó como el porcentaje de ingresos ocurridos en onda.

Resultados: El 60% de las muestras para VRS y el 91% de los positivos son de niños de 0-4 años. Hubo 3.977 ingresos por BQLT, el 59% debidos a por VRS. En onda ocurrieron el 87% (82-89%, rango según temporada) de los ingresos por BQLT debida a VSR, y el 73% (67-78%) de todos los ingresos por BQLT. La sensibilidad en el conjunto de las temporadas para los ingresos en hospitales que proporcionan datos de VRS y los que no los proporcionan fue, respectivamente: 89 y 85% para BQLT debida a VRS y 74 y 71% para todas las BQLT.

Conclusiones: Con el criterio de onda utilizado internacionalmente, los datos de positividad a VRS de los cuatro hospitales de Galicia tienen una muy buena sensibilidad para detectar la temporalidad de los ingresos por BQLT debida a VRS (y buena incluso para todos los ingresos por BQLT) tanto en los hospitales de los que proceden los datos de VRS como en el resto de hospitales de Galicia, suficientes en todo caso para fundar en ellos un sistema de detección de onda para el conjunto de Galicia.

210. EVOLUCIÓN DE LA INCIDENCIA DE LA VARICELA EN LA COMUNIDAD DE MADRID TRAS LA INCORPORACIÓN DE LA VACUNA FRENTE A VARICELA A LOS 15 MESES DE EDAD. AÑOS 2001-2013

L. García Comas, A. Arce Arnáez, M. Ordoñez Gavín, S. Cañellas Llabrés, J. García Gutiérrez, I. Rodero Garduño, A. Estirado Gómez

Consejería de Sanidad, Servicio de Epidemiología.

Antecedentes/Objetivos: La vacuna frente a varicela fue incluida en el calendario de vacunación infantil de la Comunidad de Madrid a los 15 meses de edad en noviembre de 2006. En el año 2014, la dosis de vacuna frente a varicela a los 15 meses de edad se ha retirado. El presente estudio tiene como objetivo describir el patrón de presentación de la varicela en el periodo vacunal (2007-2013) y compararlo con los años previos a la vacunación.

Métodos: Estudio descriptivo transversal. La fuente de datos es la Red de Médicos Centinela de la CM. Esta red está conformada por 95 médicos de familia y 31 pediatras seleccionados según variables socioeconómicas, sociodemográficas y culturales de la población que atienden, con el fin de obtener una muestra representativa. Esta

muestra representa un 2,7% de la población de la CM. Se ha estimado la incidencia de varicela (casos por 100.000 habitantes) en 3 periodos: prevacunal (2001-2003), vacuna en farmacias (2004-2006) y vacunación sistemática (2007-2009, 2010-2011 y 2012-2013). Se ha comparado la incidencia por grupo de edad y sexo en los 3 periodos mediante el riesgo relativo (RR), con un nivel de confianza del 95%.

Resultados: La incidencia en los periodos 2007-2009, 2010-2011 y 2012-2013 fue respectivamente de 410,16, 161,84 y 67,91 casos por 100.000 habitantes, con un RR en relación con la incidencia del período 2001-2003 de 0,28 (IC95%: 0,26-0,30), 0,11 (IC95%: 0,10-0,12) y 0,05 (IC95%: 0,04-0,05). La menor incidencia se observa en el año 2013 (43,50; IC95%: 31,06-55,93). La incidencia ha disminuido en todos los grupos de edad, fundamentalmente en el grupo de 0-4 años, que ha pasado de 8466,2 en 2003 a 174,05 en 2013. Desde el año 2010, el grupo de edad con mayor incidencia es el de 5-9 años, si bien se aprecia una tendencia decreciente a lo largo de todo el período.

Conclusiones: En los años posteriores a la inclusión de la vacunación sistemática frente a varicela se observa una disminución de la incidencia de esta enfermedad en todos los grupos de edad, especialmente en el grupo diana de la vacuna. Esta disminución es atribuible al efecto directo de la vacuna y a la inmunidad de grupo. Los resultados indican que la retirada de la vacuna del calendario a los 15 meses no tiene fundamento epidemiológico.

207. SEROPREVALENCIA DE ANTICUERPOS FRENTE A HEPATITIS A EN LA COMUNIDAD DE MADRID. IV ENCUESTA DE SEROVIGILANCIA

L. García Comas, M. Ordoñez Gavín, J.C. Sanz Moreno, B. Ramos Blázquez, A. Arce Arnáez, J. García Gutiérrez, D. Barranco Ordóñez

Consejería de Sanidad, Servicio de Epidemiología; Consejería de Sanidad, Laboratorio Regional de Salud Pública.

Antecedentes/Objetivos: La Comunidad de Madrid (CM) es una región de muy baja endemicidad de hepatitis A, por lo que la vacunación sólo se recomienda a determinados grupos de riesgo. En la CM se llevan a cabo encuestas de serovigilancia periódicamente como parte integrante de la Red de Vigilancia Epidemiológica. Estas encuestas son útiles para evaluar todo el espectro de la enfermedad, por lo que son especialmente útiles para conocer el nivel de endemicidad de la hepatitis A, debido a la elevada frecuencia de infección subclínica. En este estudio se presenta la seroprevalencia (SP) de anticuerpos frente al virus de la hepatitis A a partir de la última encuesta realizada en los años 2008 y 2009 y se compara con las encuestas previas.

Métodos: Estudio descriptivo transversal. La población diana son los residentes en la CM de 2-60 años de edad. Se ha realizado un muestreo por conglomerados, bietápico, estratificado por condición socioeconómica y porcentaje de población inmigrante. Las unidades de primera etapa son los centros de salud del Servicio Madrileño de Salud y las de segunda etapa las personas que acuden a la sala de extracciones por indicación de su médico por cualquier motivo. El tamaño muestral es de 3691 individuos. La SP de anticuerpos se presenta en porcentajes y la comparación con las encuestas anteriores mediante la razón de prevalencias (RP), con un nivel de confianza del 95%.

Resultados: La SP de anticuerpos es de 46,8% (IC95%: 44,6-49,0). La SP aumenta con la edad. En los menores de 20 años se observa este incremento, aunque la SP no alcanza el 15%. A partir de esa edad el incremento es más pronunciado, alcanzando el 78,1% (IC95%: 74,3-81,5) en el grupo de 41-60 años. Con relación a la encuesta anterior se observa un incremento de la SP en los menores de 30 años y un descenso a partir de esa edad. Si se considera sólo la población autóctona, el incremento es estadísticamente significativo en el grupo de 2-5 años (RP: 5,49; IC95%: 1,64-18,43).

Conclusiones: La SP de anticuerpos aumenta con la edad, lo que refleja la mayor exposición al virus en la población más mayor como re-

sultado de las condiciones higiénico-sanitarias en el pasado. La SP ha aumentado en la población menor de 30 años. Este incremento puede estar relacionado con el aumento de la población inmigrante en los últimos años. El incremento observado en población autóctona de 2-5 años de edad puede estar asociado a los viajes a zonas endémicas. El aumento de susceptibilidad en población mayor de 30 años puede conllevar la aparición de casos de hepatitis A de mayor gravedad y con mayores costes asociados.

Cribado (Oral 10 minutos)

Jueves, 4 de septiembre de 2014. 17:30 a 19:30 h

Modera: Isabel Torá Rocamora

595. TASAS DE DETECCIÓN EN EL PROGRAMA DE PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE COLON Y RECTO DE LA REGIÓN DE MURCIA

F. Pérez-Riquelme, J. Cruzado Quevedo, L.F. Carballo Álvarez, M.R. Torres Tortosa, M. Martínez Tomás, J.J. Gutiérrez García

Dirección General de Salud Pública Región de Murcia; Servicio Murciano de Salud; Instituto Murciano de Investigación Biosanitaria.

Antecedentes/Objetivos: En 2006 se inicia en programa de prevención de cáncer de colon y recto basado en el cribado sistemático mediante sangre oculta en heces por métodos inmunoquímicos, dos muestras de dos deposiciones consecutivas, umbral de positividad cuando cualquiera de las dos es 20 microgramos de hemoglobina por gramo de heces, con periodicidad bienal, dirigido a hombres y mujeres entre 50 y 69 años. Se presentan las tasas de detección de cáncer invasivo y otras neoplasias para el periodo 2006-2012.

Métodos: Pacientes: casos positivos que aceptan realizarse la colonoscopia para confirmación diagnóstica que incluye las polipeptomías y exéresis de lesiones planas o biopsia cuando estas no son posibles. Se estudian anatomo-patológicamente todas las muestras y se clasifican los pacientes en personas con cáncer invasivo, con adenomas sin neoplasia. Las personas con adenomas, según la morfología del tumor, el tamaño y número se clasifican en: de alto riesgo; de riesgo intermedio o de bajo riesgo. Todas estas categorías son mutuamente excluyentes. Análisis: se calcula la tasa anual de detección por cada mil participantes para cáncer, para cada una de las tres categorías de personas con adenomas y para el total de neoplasias (cáncer más adenomas). Se hace tanto para personas en cribado inicial (participa por primera vez), sucesivo de menos y de más de 36 meses, en función del tiempo transcurrido desde su última participación.

Resultados: La tasa de detección total de cánceres ha sido del 3,03 por mil participantes. Varía en función del sexo y de la fase de cribado, siendo máxima en hombres de cribado inicial (5,57) y mínima en mujeres de cribado sucesivo (1,03). Esta variabilidad se mantiene en todas las tasas (expresadas siempre por mil participantes), así las de personas con adenomas de alto riesgo total es 29,66, en hombres de cribado inicial 48,21 y en mujeres en cribado sucesivo 9,37; la tasa total de personas con riesgo intermedio es 5,46, en hombres de cribado inicial 12,80 y en mujeres de cribado sucesivo 5,03; la tasa de detección total de personas con bajo riesgo es de 25,43, en hombres en cribado inicial 32,87 y en mujeres de cribado sucesivo 21,01. Finalmente, la tasa de detección total de neoplasias es del 53,68, en hombres inicial 99,44 y 39,87 en mujeres en cribado sucesivo.

Conclusiones: Las tasas de detección de cánceres y de adenomas, especialmente las de alto riesgo, son altas, por lo que cabe esperar que se alcancen los objetivos finales del programa, respecto a la disminución de la mortalidad y de la incidencia de cáncer de colon.

390. EVALUACIÓN DEL PLAN DE COMUNICACIÓN Y SENSIBILIZACIÓN DEL PROGRAMA DE CRIBADO DE CÁNCER DE MAMA DE BARCELONA

R. Puigpinós, G. Serral, X. Contente, C. Ariza

Agència de Salut Pública de Barcelona, II Sant Pau, CIBERESP.

Antecedentes/Objetivos: La comunicación en salud debe adaptarse al perfil de las personas y de sus necesidades. Ha de ser accesible y disponible en todos los formatos. El Programa de Detección Precoz de Cáncer de Mama (PDPCM) de Barcelona va cambiando y adaptando su plan de comunicación y sensibilización atendiendo a los cambios sociales que se van produciendo. El objetivo de esta presentación es describir los resultados de la evaluación de uno de los aspectos del plan de comunicación que desde el PDPCM se lleva a cabo.

Métodos: En 2010 se llevó a cabo el segundo grupo de trabajo multidisciplinario para revisar y reorganizar distintos aspectos del plan de comunicación del PDPCM de Barcelona. Se organizaron subgrupos para trabajar distintos aspectos, siendo uno de ellos las sesiones informativas que se llevan a cabo con las mujeres. Se rediseñó tanto el formato (más visual y atractivo), como la estructura y la conducción. Se pilotó, se evaluó y se diseñó una guía de uso en la que se describen las partes de las que consta la presentación y con los objetivos perseguidos en cada parte. Al final de la sesión de distribuye una encuesta entre las mujeres para evaluarla. Las variables dependientes fueron la satisfacción con la presentación, la moderadora, la sesión en global y conocimientos adquiridos. Las independientes, nivel de estudios, situación laboral y país de origen. Actualmente se invita por carta personalizada solo a las mujeres de 50 a 52 años y el resto, a través de carteles distribuidos por el barrio.

Resultados: A lo largo de un año y medio, se ha conseguido encuestas de 933 mujeres (42,7% de estudios secundarios, 33,4% universitarios y 23,9% primarios) y de las cuales 22% eran extranjeras y el 73% trabajan. El nivel de satisfacción global es del 89,2%, con la moderadora 93%, con la presentación 93,6% y 66,3% afirman adquirir conocimientos nuevos. Las mujeres de estudios primarios se sienten significativamente más satisfechas con la sesión (93,3% vs 90,8% secundarios y 84,5% universitarias) y adquirir conocimientos (72,4% vs 69,2% secundarios y 58,5% universitarias). Las extranjeras adquieren significativamente más conocimientos (85,3% vs 62% autóctonas) así como las que no trabajan fuera de casa (68,8% vs 66,3%).

Conclusiones: Los resultados indican una alta satisfacción con las sesiones informativas sobre todo para reconducir dudas sobre el funcionamiento del programa. Las mujeres que acuden a las sesiones son las más sensibilizadas, pero aun así, los objetivos planteados en el grupo se cumplen, ya que son mujeres de estudios primarios las que más satisfechas están y las que más conocimientos adquieren. Para llegar a otro nivel más amplio de conocimientos, se crearon otros materiales disponibles en la web.

46. INCIDENCIA DE CARCINOMA DUCTAL IN SITU EN RELACIÓN CON UN PROGRAMA POBLACIONAL DE CRIBADO DE CÁNCER DE MAMA

C. Natal, M. Caicoya, M. Prieto, A. Tardón

Servicio de Salud del Principado de Asturias; Consejería de Sanidad, Principado de Asturias; Instituto Universitario de Oncología, Universidad de Oviedo.

Antecedentes/Objetivos: En los últimos años se ha observado un descenso generalizado de la incidencia de cáncer de mama en nuestro entorno, y la proporción que representa el cáncer in situ es creciente, en parte debido a las actividades de detección precoz. Por ello, entre los indicadores de calidad de programas poblacionales de cribado de cáncer debe contemplarse el análisis de la detección de carcinoma in

situ. El objetivo de este estudio es evaluar la incidencia de carcinoma ductal in situ en la población diana de un programa de cribado poblacional de cáncer de mama.

Métodos: Estudio de cohortes de incidencia de cáncer de mama en relación con la participación en un programa de cribado poblacional. La población de estudio fueron mujeres de la población diana del programa en el año 1999 que fueron invitadas a participar en el mismo hasta el año 2005. La fuente de información para los diagnósticos fue el Registro poblacional de tumores; se realizó seguimiento hasta el año 2010.

Resultados: Se incluyeron en el estudio 14.863 mujeres de las cuales participaron en el programa 8.812 (59%), se diagnosticaron 417 cánceres de mama, de los cuales 29 fueron in situ (7%). En las mujeres participantes la proporción de carcinomas in situ fue del 8,5% del total de cánceres diagnosticados (260) y en las no participantes del 4,5% (157). Analizadas por año de diagnóstico (1999-2010), las tasas de carcinoma ductal in situ para mujeres participantes fueron: 1,06, 0,29, 0,13, 0,36, 0,24, 0,36, 0,23, 0,11, 0,00, 0,11, 0,00, 0,34 y para mujeres no participantes: 0,09, 0,00, 0,58, 0,00, 0,00, 0,00, 0,00, 0,00, 0,00, 0,33, 0,00, 0,00. En relación con la edad al diagnóstico el 86,5% de los carcinomas in situ diagnosticados lo fueron antes de los 70 años en mujeres participantes y el 85,1 en no participantes.

Conclusiones: El diagnóstico de un carcinoma ductal in situ es más frecuente en las mujeres que participan en el programa de cribado poblacional, durante el periodo de participación en el mismo. Hasta dos años después de la finalización del programa la incidencia de carcinoma ductal in situ en el grupo de participantes siempre supera a la de las no participantes.

434. RETORNO DE INFORMACIÓN A LOS RADIÓLOGOS DE UN PROGRAMA DE CRIBADO DE CÁNCER DE MAMA: LOS NÚMEROS AYUDAN PERO SI SE DISCUTEN DESPUÉS

A. Burón, A. Rodríguez, J. Martínez, N. Allué, I. Torà, X. Castells, F. Macià

Servicio de Epidemiología y Evaluación, Hospital del Mar; IMIM (Instituto Hospital del Mar de Investigaciones Médicas); REDISSEC (Red de Investigación en Servicios de Salud en Enfermedades Crónicas); Servicio de Radiodiagnóstico, Hospital del Mar.

Antecedentes/Objetivos: El sistema, recomendado por las Guías Europeas de cribado en cáncer de mama, de doble lectura independiente y en caso de discordancia arbitraje por un tercer radiólogo, no permite ni facilita per sé el aprendizaje a través de la interacción y comparación de resultados entre radiólogos. El retorno de información de resultados de proceso y su discusión podría propiciar este entorno y redundar en la calidad de la lectura. Se presenta la metodología y los resultados de una experiencia a lo largo de 2 años de retorno periódico de los indicadores de lectura y reuniones concomitantes de discusión entre radiólogos y epidemiólogos.

Métodos: En un programa de cribado que cuenta con 6 radiólogos, se desarrollaron una batería de indicadores de proceso relativos a la lectura de las mamografías: % de mamografías con resultado preliminar de reconvocatoria, % de discordancia entre resultados preliminares, valores predictivos positivos (VPP), sensibilidad (S), especificidad (E) e intervalos de tiempo de lectura. Se describen las diferentes fases y aspectos de la experiencia, se presentan los resultados relativos a la actividad 2012 y 2013, se analiza la evolución según cuatrimestres, y se discute el posible impacto de las sesiones de retorno de información sobre la actuación de los radiólogos y los indicadores del Programa.

Resultados: Los diferentes indicadores presentaron una variabilidad que fue disminuyendo a lo largo del periodo. La reconvocatoria como resultado preliminar osciló (entre radiólogos y a lo largo del

periodo) entre 3,7 y 11,6%; la discordancia entre 5,8 y 11,6%; el VPP entre 2,9 y 12,9%; la S entre 53,6 y 100,0%; y la E entre 82,4 y 96,5%. La media del intervalo de lectura de mamografías leídas en menos de 48 horas pasó del 61,6% en 2012 al 65,0% en 2013. Coincidiendo con las sesiones de discusión de resultados se observa globalmente y para la mayoría de radiólogos, un aumento de la reconvocatoria, una disminución del VPP y un aumento de la S. La experiencia fue valorada positivamente por todos los implicados, y como consecuencia de ella han surgido nuevas propuestas de evaluación y de intervenciones de mejora que serán implementadas a los largo de los próximos meses.

Conclusiones: El retorno de información seguido de reuniones de discusión ha demostrado ser una experiencia beneficiosa en muchos aspectos. Se prevé desarrollar unos estándares y sistematizar espacios de discusión y aprendizaje a través de la revisión de casos de discordancia.

121. DESIGUALDADES SOCIALES EN EL PROGRAMA DE CRIBADO POBLACIONAL DEL CÁNCER COLORRECTAL EN EL PAÍS VASCO

J.L. Hurtado Mendoza, A. Bacigalupe de la Hera, M. Calvo, S. Esnaola Sukia, I. Portillo Villares, E. Millán Ortuondo

Programa de Detección de Cáncer de Colon y Recto, Osakidetza; Departamento de Sociología 2, Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea; Servicio de Estudios e Investigación Sanitaria, Departamento de Salud, Gobierno Vasco; Subdirección de Asistencia Sanitaria, Osakidetza.

Antecedentes/Objetivos: Las personas más desfavorecidas acceden menos a los programas de cribado y tienen una mayor incidencia de la patología a cribar. Este estudio describe las desigualdades por nivel socioeconómico en la participación y detección de lesiones pre/malignas en el programa de cribado del cáncer de colon y recto (CCR) en la Comunidad Autónoma Vasca (CAPV).

Métodos: Estudio transversal. La población a estudio fueron las personas de la CAPV de 50 a 69 años invitadas a participar por primera vez en el programa entre 2009 y 2011. Se excluyeron pacientes en seguimiento por CCR y con otras patologías digestivas, enfermedad terminal, coagulopatías o domicilio desconocido. Variables de estudio: participación (entrega del test de sangre oculta en heces); lesión pre/maligna (adenomas o CCR); quintiles del índice de privación (IP) de la sección censal, según lo propuesto en el proyecto MEDEA. Se calcularon tasas estandarizadas por edad para cada quintil del IP. Mediante modelos de regresión logística se calcularon odds ratios (OR), el riesgo atribuible poblacional (RAP), y el índice relativo de desigualdad (IRD).

Resultados: Entre 2009 y 2011, 230.510 personas fueron invitadas al programa. La participación en mujeres fue del 67,1% y del 61,7% en los hombres. Por nivel socioeconómico, el mayor y menor porcentaje de participación fueron en el quintil 3 en las mujeres (71,5%) y quintil 5 (menos favorecido) en los hombres (60,2%). Las tasas de lesiones entre los participantes fueron de 21,8/1.000 en las mujeres y 61,6/1.000 en los hombres. Las menores y mayores tasas de lesiones en mujeres fueron en el quintil 2 y 3 respectivamente (20,8/1.000 vs 22,1/1.000), mientras que en los hombres fueron en el quintil 1 y 5 respectivamente (52,2 vs 71,0/1.000). El porcentaje de lesiones evitables si las tasas totales hubieran sido las del quintil con menores tasas fue del 4,6% en las mujeres y 15,72% en los hombres. Si en todos los grupos se hubiera logrado el mejor porcentaje de participación (71,5%) se habrían detectado 599 lesiones más (73 en mujeres y 526 en hombres), 56 de ellas cancerosas. El IRD de lesiones (tomando como referencia el quintil más favorecido) fue de 1,09 (IC95% 0,92-1,30) en las mujeres y 1,43 (IC95% 1,27-1,60) en los hombres.

Conclusiones: Las desigualdades de género y socioeconómicas en el cribado del CCR son relevantes. Mejorar el acceso al cribado en los grupos socioeconómicos más desfavorecidos y en los hombres ayudaría a aumentar la equidad y a mejorar la efectividad del programa.

697. ¿TIENEN EN CUENTA LOS PROGRAMAS DE CRIBADO DE CÁNCER DE MAMA EUROPEOS LAS DESIGUALDADES SOCIALES?

A. Molina-Barceló, D. Salas, J. Moreno, R. Peiró-Pérez, P. Porcar

FISABIO; Universidad de Valencia; DGSP, CIBERESP.

Antecedentes/Objetivos: El objetivo es identificar si los programas europeos de cribado de cáncer de mama tienen en cuenta las desigualdades sociales en su diseño, gestión y evaluación.

Métodos: Estudio transversal mediante encuesta on-line dirigida a las personas responsables de los programas de cribado de cáncer de mama de 29 países europeos entre mayo-septiembre 2013. El cuestionario contenía 13 preguntas (abiertas y cerradas) relacionadas con las características básicas de los programas (tipo de programa, intervalo de edad, gratuidad, tasa de participación, grupos sociales no cubiertos) y con las acciones de evaluación e intervención para reducir desigualdades en la participación (monitorización de la participación según ejes de desigualdad, estudios sobre barreras y facilitadores de la participación, intervenciones para reducir desigualdades, mecanismos de participación social y trabajo intersectorial). Estudio descriptivo de las principales variables (frecuencias y porcentajes) mediante SPSS.

Resultados: 22 países respondieron al cuestionario. Características básicas de los programas: 63% poblacionales, 95% gratuitos, 59% siguen las recomendaciones de edad de la UE, 43% alcanza el nivel deseable y aceptable de participación y el 55% declara grupos sociales no cubiertos (inmigrantes sin permiso residencia, población reclusa, sin seguro sanitario). Respecto a las acciones de evaluación e intervención: 77% analiza periódicamente la participación según algún eje de desigualdad (45% según edad y territorio, 32% según edad y territorio y otros ejes), el 68% realiza estudios de barreras y facilitadores, el 61% realiza alguna intervención para reducir las desigualdades sociales (universales: invitación directa, campañas de sensibilización...; específicas: adaptación cultural de materiales informativos, mejora de accesibilidad en ámbitos rurales...), el 90,5% utiliza algún mecanismo de participación social (90,5% información, 52,4% contacto, 81% participación directa, 66,7% empoderamiento) y el 45% realiza alguna acción intersectorial (30% educación, 10% trabajo social, 15% inmigración).

Conclusiones: Sería recomendable que la monitorización de la participación se realizara, no sólo según edad y territorio, sino también según clase social, educación y etnia, así como aumentar las intervenciones para reducir las desigualdades tanto universales como específicas, mediante un trabajo intersectorial.

Financiación: DG SANCO. Joint Action in Cancer. EPAAC. PR10/051.

559. DESIGUALDADES SOCIOECONÓMICAS NA SOBREVIVÊNCIA DE DOENTES COM CANCRO COLO-RECTAL NA CIDADE DO PORTO

L. Antunes, M.F. Pina, M.J. Bento, D. Mendonça

Registo Oncológico Regional do Norte (RORENO), Instituto Português de Oncologia do Porto; Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (FMUP); Instituto Nacional de Engenharia Biomédica (INEB); Instituto Ciências Biomédicas Abel Salazar (ICBAS); Instituto Saúde Pública da Universidade do Porto (ISPUP).

Antecedentes/Objetivos: A condição socioeconómica de um doente oncológico é um reconhecido factor de prognóstico. Vários factores podem contribuir para estas iniquidades, incluindo heterogeneidade

no acesso a centros de diagnóstico e tratamento, diferentes comorbilidades ou diferente valorização dos sinais e sintomas da doença. Pretendeu-se neste trabalho, avaliar a sobrevivência por nível de privação socioeconómica de doentes residentes na cidade do Porto, diagnosticados com cancro colo-rectal.

Métodos: Foram considerados elegíveis, todos os doentes diagnosticados no período 2000-2002, com tumores colo-rectais (ICD10: C18-C20), com residência no Porto e idade igual ou superior a 15 anos. A condição socioeconómica de cada doente foi atribuída com base na área de residência, ao nível da subsecção estatística. O indicador utilizado agrega informação relativa à distribuição etária, educação, ocupação e condição das habitações. A sobrevivência net foi estimada usando o estimador de Pohar-Perme e as razões de excesso de risco foram estimadas usando modelos paramétricos flexíveis.

Resultados: Foram identificados 550 doentes elegíveis para análise (51,5% do sexo masculino). Após exclusão de casos sem informação de follow-up ou sem informação da condição socioeconómica (2,5%), foram considerados 536 casos. A sobrevivência net aos 5 anos variou nos doentes do sexo masculino entre 64,3% e 60,9% (nos grupo mais e menos favorecido, respectivamente). Para as doentes do sexo feminino, a sobrevivência net aos 5 anos variou entre 72,7% no grupo mais favorecido e 44,8% no grupo menos favorecido. O grupo com maior índice de privação apresentou um excesso de risco de morte (ajustado para a idade) significativamente superior ao do grupo mais favorecido (RER = 2,25; IC95: 1,18-4,27) nas mulheres, enquanto para os homens, o excesso de risco nos dois grupos foi semelhante (RER = 1,03; IC95: 0,53-2,01).

Conclusiones: Observaram-se desigualdades na sobrevivência por grupo socioeconómico nos doentes do sexo feminino mas não nos do sexo masculino. Dado que a análise se restringiu a um meio urbano, as desigualdades atribuíveis a diferenças na acessibilidade geográfica aos centros de diagnóstico/tratamento deverão ser mínimas. Outras causas possíveis poderão estar relacionadas com maior atraso na procura de cuidados médicos por parte das doentes com maior índice de privação, no entanto, as razões para estas desigualdades necessitam de ser investigadas com maior detalhe.

55. RESULTADOS DEL CRIBADO OPORTUNISTA DE DETECCIÓN PRECOZ DEL CÁNCER DE CÉRVIX EN CANTABRIA

M. Paz, M.C. Amparán, A. Azofra, Y. Martín, S. Ojugas, A. Otero, C. Royano, M. Santibáñez

Servicio Cántabro de Salud; Universidad de Cantabria.

Antecedentes/Objetivos: El cáncer de cérvix representa casi el 10% de todos los cánceres en la mujer en el mundo y es el segundo cáncer más frecuente después del de mama. Los programas de cribado para la detección precoz del cáncer de cérvix han evidenciado su efectividad en la reducción de la mortalidad. Objetivo: estimar la prevalencia de lesiones precancerosas e infección por Virus del Papiloma Humano (VPH) a partir cribado de detección precoz del cáncer de cérvix.

Métodos: Estudio descriptivo transversal. Se incluyeron todas las mujeres con al menos una citología vaginal valorable (N = 3.359) entre 2010-2011, en 7 centros de salud seleccionados aleatoriamente. Como variables principales se recogieron: método de análisis citológico, edad, diagnóstico citológico y resultado de PCR para VPH. Los resultados de las citologías se clasificaron con el sistema Bethesda. Para la tipificación de VPH según el riesgo de asociación con el cáncer de cérvix se utilizó la clasificación de Muñoz y colaboradores. Para las variables discretas se estimaron proporciones con sus correspondientes intervalos de confianza al 95%, utilizando la prueba ji-cuadrado de Pearson para realizar comparaciones.

Resultados: La prevalencia de atipias de células escamosas de significado indeterminado (ASCUS) fue 3,17%, LSIL 1,76% y HSIL 0,48%. La prevalencia de citologías informadas de negativo para lesión intraepitelial o malignidad fue mayor en las muestras analizadas con medio líquido (98,04%) que con tradicional (91,59%) ($p < 0,001$). La prevalencia de HSIL fue mayor en las muestras analizadas con medio tradicional (0,71%) que con medio líquido (0,20%) ($p < 0,001$). En el 42,85% de las PCR solicitadas se detectaron cepas de alto riesgo oncogénico, siendo el genotipo 16 el más frecuente (28,89%). Los genotipos 16 y/o 18 se detectaron en el 34,45% de las mujeres. Más de la mitad de las mujeres fue positiva para el genotipo 51 (18,89%) o 58 (13,33%) o 68 (12,22%) o 31 (11,11%) o 45 (3,33%), no incluidos en las actuales vacunas disponibles. En el 18,88% de las mujeres coexistieron dos genotipos y en el 7,77% tres genotipos de alto riesgo oncogénico.

Conclusiones: Existen diferencias estadísticamente significativas entre los resultados de las muestras analizadas con medio líquido o tradicional. Sería pertinente un estudio de los negativos para ver cuántos son verdaderos negativos y cuantos falsos positivos con cada técnica. Teniendo en cuenta que un alto porcentaje de los virus de alto riesgo oncogénico que aparecen en nuestra muestra no están incluidos en las vacunas frente al VPH, habría que replantear la estrategia de prevención sobre todo en la población joven vacunada, en la que podría generarse una falsa sensación de protección frente a estas patologías.

545. COBERTURA DE CRIBADO PARA CÁNCER CERVICAL EN MUJERES VIVIENDO CON VIH/SIDA EN CHILE

V. Stuardo Avila, J.M. Manríquez Urbina

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

Antecedentes/Objetivos: Las mujeres viviendo con el Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) tienen mayor riesgo de persistencia y progresión de lesiones precursoras de cáncer cervical (CC) comparado con la población general. En Chile el cáncer cervical es uno de los principales cánceres ginecológicos, el año 2012 la tasa de mortalidad observada fue de 6,7 por 100.000 mujeres. La cobertura nacional de cribado para CC en los últimos 3 años entre las mujeres de 25 a 64 años de población general fue de un 59%, no existen datos para poblaciones específicas. Uno de los objetivos del presente estudio fue describir las características sociodemográficas y la cobertura de cribado para CC en mujeres viviendo con VIH/sida en Chile.

Métodos: La población correspondió a 223 mujeres viviendo con VIH pertenecientes a 4 centros que forman parte del sistema público de salud en Chile. La información se recolectó a través de un cuestionario con variables sociodemográficas y patrón de cribado para CC. Las encuestas y revisión de antecedentes clínicos fueron realizadas por Matronas y Enfermeras de los centros de atención participantes. El plan de análisis incluyó la descripción de las variables cuantitativas y cualitativas utilizando el programa SPSS 17.0.

Resultados: La mediana de edad de las mujeres participantes fue de 42 años, 14,8% eran extranjeras y 22,4% se consideraban pertenecientes a algún grupo étnico. 110 (49,3%) estaban casadas o en pareja, el 20% tenía estudios de educación superior y 102 mujeres (45,7%) no tenían un trabajo remunerado, de estas, un 50% eran dueñas de casa. De las con trabajo remunerado, el 35% eran trabajadoras sexuales. Aprox. el 45% pertenecía al grupo A del seguro público de salud (personas indigentes o carentes de recursos). La cobertura del cribado para CC durante el último año fue tan solo del 42,2%, las mujeres extranjeras, aquellas con menor nivel educacio-

nal y las pertenecientes al grupo A del seguro de salud presentaron coberturas inferiores, menores al 40%. Según los datos de la historia clínica un 17% de las mujeres no tenían antecedentes previos de cribado para CC.

Conclusiones: Según las recomendaciones internacionales las mujeres viviendo con VIH/sida deben tener un cribado para CC anual. La cobertura encontrada en el presente estudio fue baja, menor que en la población general. En Chile son necesarios protocolos específicos y políticas públicas preventivas dirigidas a los grupos vulnerables que presentan peores indicadores, en estas acciones se debe considerar el fenómeno migratorio emergente.

Financiación: Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo, Universidad de Chile.

24. UTILIDAD DEL ÁCIDO ACÉTICO COMO ALTERNATIVA DIAGNÓSTICA EN LA DETECCIÓN DE LESIONES PRECANCEROSAS DEL CÉRVIX

V.H. Bautista Hernández, M.T. Sosa González, J. Montiel Perdomo

Secretaría de Salud; Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo; Secretaría de Salud.

Antecedentes/Objetivos: Determinar cuál es la utilidad del ácido acético como alternativa diagnóstica en la detección de lesiones precancerosas en el cérvix uterino.

Métodos: Estudio de concordancia tipo prueba diagnóstica, observacional, transversal analítico o comparativo en una sola medición prospectiva.

Resultados: IC95%. Sensibilidad 87,8%, 74,5-94,7%. Especificidad 96,2%, 89,3-98,7%, Valor predictivo positivo 92,3%, 79,7-97,3%. Valor predictivo negativo 93,8%, 86,2-98,3%. Proporción de falsos positivos 3,8%, 1,3-10,7%. Proporción de falsos negativos 12,2%, 5,3-25,5%. Exactitud 93,3%, 87,3-96,6%. Odds Ratio diagnóstica 180,00, 40,75-795,11. Índice J de Youden 0,8 CPP O LR (+) 22,83, 7,48-69,65. CPP O LR (-) 0,13, 0,06-0,29. Probabilidad pre-prueba (prevalencia-) 34,5%.

Conclusiones: La inspección visual con ácido acético (IVA) ha demostrado ser por lo menos tan exacta como la prueba de tamizaje más aceptada actualmente (la citología exfoliativa); además la eficacia de la IVA estará determinada por diferentes factores, tales como la aceptación de ésta técnica por las pacientes y por la manera de introducirla en la práctica de los servicios de salud. Esto plantea la posibilidad de aplicar la IVA en aquellos lugares de nuestro país en los que se cuenta con los recursos mínimos para poder detectar oportunamente el cáncer de cérvix. Nunca se ha pensado que pueda descartarse el uso del colposcopio ni sustituirse a la citología vaginal que a pesar de la tasa de falsos negativos sigue vigente. La IVA es un método para la salud pública y para la medicina simplificada puede ampliar la exploración de rutina y llamar la atención sobre un número de lesiones que escapan a la citología. Con la IVA las limitaciones se parecen a las de la citología, es decir, que la tasa de falsos negativos depende de la agudeza visual del examinador y del interés que ponga en el estudio. La IVA es una alternativa de bajo costo y se muestra digna de ensayo en ausencia de la citología exfoliativa o de un colposcopio. Más allá de la utilidad potencial para la prevención del cáncer cervicouterino, la IVA ofrece la opción de ser un método que consiste en ver y tratar, basado en el principio de que el tamizaje y el tratamiento de la paciente pueden tener lugar durante la misma visita; por lo tanto, ésta prueba de tamizaje puede ser una alternativa para mejorar los resultados obtenidos en una citología exfoliativa, además dentro de otros beneficios la IVA alerta sobre el riesgo potencial de una paciente de tener una lesión del cérvix antes de tener los resultados de la citología y por lo tanto promueve el seguimiento y tratamiento oportuno.

Epidemiología del cáncer II (Oral 10 minutos)

Jueves, 4 de septiembre de 2014. 17:30 a 19:30 h

Moderadora: Marina Pollán Santamaría

874. CÁNCER HEREDITARIO: EVOLUCIÓN DE SU ESTUDIO EN LA COMUNITAT VALENCIANA

D. Salas Trejo, D.C. Chaparro Barrios

Dirección General de Salud Pública, Valencia; Fundación para el Fomento de la Investigación Sanitaria y Biomédica de la Comunitat Valenciana-FISABIO.

Antecedentes/Objetivos: Aproximadamente un 5% de todos los cánceres son de tipo hereditario. El diagnóstico y consejo genético en cáncer son procedimientos que se utilizan para detectar una predisposición hereditaria al cáncer antes que aparezca, y una vez confirmado el diagnóstico genético, intervenir precozmente, para disminuir su incidencia y mortalidad. En la Comunitat Valenciana disponemos de un Programa de Consejo Genético en Cáncer (PCGC-CV). El objetivo es analizar la evolución de este programa desde el momento de su puesta en marcha.

Métodos: Estudio descriptivo longitudinal desde el inicio del programa en 2005 hasta 2013 a través de indicadores de organización y efectividad: consultantes, servicio de procedencia, cumplimiento de criterios, aceptabilidad de estudio genético, ser caso índice, síndrome estudiado, presencia de mutación genética y su evolución según edad y sexo.

Resultados: En el periodo de estudio, se han atendido 17.718 personas, un 74,5% son mujeres. El 8,5% de las remisiones procedieron de Atención Primaria (AP) y el 90,7% de Atención Especializada (AE). En el año 2005, el 8% fueron derivados desde AP, de los cuales, el 46,5% cumplieron criterios de estudio genético. En el 2013 el 4,93% fueron derivados de AP y de ellos, el 28,16% cumplían criterios de estudio. En el 2005 el 76,38% de las personas cumplieron criterios de estudio genético y en el 2013 el 73,47%. La realización de estudio genético fue aceptada en el 2005 por el 58% de los pacientes y en 2013 por un 61,63%. Los síndromes más estudiados en 2005 fueron: cáncer de mama y ovario familiar (67,13%), cáncer de colon hereditario no polipósico (23,07%) y síndrome de Lynch (3,31%). En el 2013: cáncer de mama y ovario familiar (54,72%), cáncer de colon hereditario no polipósico (26,74%) y síndrome de Lynch (6,52%). El porcentaje de mujeres es mayor en el cáncer de mama y colon, pero respecto al síndrome de Lynch, en el 2013 se presentaron más casos en los hombres. Se encontró mutación genética en el 22,79% de las personas en 2005 y en un 18,72% en 2013.

Conclusiones: El PCGCFCV es un programa organizado en el cual participan profesionales capacitados, cuyo objetivo es identificar personas y familias con predisposición hereditaria al cáncer, quienes puedan beneficiarse del consejo genético. Debe haber mayor participación por parte de los servicios de Atención Primaria.

196. ASOCIACIÓN ENTRE EL TABAQUISMO, FACTORES DE VIRULENCIA CAGA Y VACA I1 Y LA CARGA BACTERIANA EN LOS PACIENTES INFECTADOS POR *HELICOBACTER PYLORI*

M. Santibáñez, E. Aguirre, S. Belda, N. Aragonés, J. Sáez, J.C. Rodríguez, A. Galiana, J. Sola-Vera, M. Ruiz-García, et al

Universidad de Cantabria; IFIMAV-FMV, Cantabria; Servicio de Microbiología y Servicio de Medicina Digestiva, HGU de Elche; Centro Nacional de Epidemiología, ISCIII; Servicio de Microbiología HGU de Alicante; Universidad Miguel Hernández.

Antecedentes/Objetivos: Estudiar la asociación entre el tabaco, los factores de virulencia cagA, vacA i1 y la carga bacteriana, en pacientes infectados por *Helicobacter pylori*.

Métodos: Se procesaron biopsias obtenidas por endoscopia del cuerpo gástrico y antro de 155 pacientes consecutivos en los que hubo sospecha clínica de infección por *H. pylori*. En 106 pacientes se detectó la infección por *H. pylori*. Se utilizaron métodos moleculares para cuantificar el número de microorganismos y presencia de genes cagA y vacA i1. Se utilizó un cuestionario estandarizado para obtener los datos clínicos de los pacientes, las variables de estilo de vida, el hábito tabáquico y enólico. Mediante regresión logística no condicional se estimaron las Odds Ratios ajustadas (ORa) y sus intervalos de confianza al 95% (IC95%).

Resultados: Se encontró una asociación positiva significativa entre la presencia de CagA y el ser fumador activo en el momento de la endoscopia: ORa 4,52. Asimismo, se encontró evidencia de asociación para la presencia de vacA i1 (ORa 3,15). La carga bacteriana fue mayor en los fumadores activos, aunque estas diferencias no alcanzaron significación estadística (mediana de 262,2 frente a 79,4 copias de *H. pylori* por célula).

Conclusiones: La infección crónica por *H. pylori* es considerado un factor causal para el cáncer gástrico. El consumo de tabaco es un factor de riesgo firmemente establecido. De confirmarse las asociaciones encontradas, esto sugeriría la hipótesis de que epidemiológicamente no solo la infección crónica por *H. pylori*, sino también de un modo más preciso la presencia de factores de virulencia o la carga bacteriana, podrían actuar como factores de confusión o interacción en las relaciones epidemiológicas clásicamente estudiadas entre el tabaco y el cáncer de estómago.

Financiación: Financiado por FIBELX 08-01 y Fundación Bienvenida-Navarro Luciano Trípodí.

249. INCIDENCIA DE CÁNCER DE PULMÓN EN EL ÁREA DE SALUD DE LEÓN: TENDENCIA (1996-2010) Y DISTRIBUCIÓN

A.J. Molina, J. Zapata, L. García-Martínez, N. Alonso, T. Fernández-Villa, R. González, V. Martín

Grupo GIGAS, Universidad de León; CS Cistierna, SACYL; Servicio de Anatomía Patológica, CAULE; CIBEResp.

Antecedentes/Objetivos: El cáncer constituye uno de los mayores problemas de salud en el mundo desarrollado y su impacto negativo incide de manera especial en los grupos humanos más desfavorecidos, concretamente el cáncer de Pulmón a nivel mundial es el tumor maligno más importante en cuanto a incidencia y mortalidad en el mundo. Las tasas de incidencia y mortalidad del cáncer de pulmón presentan una gran variabilidad mundial. En España el cáncer de pulmón, es el tumor más frecuente en hombres y sabemos que en 2006 fue la primera causa de mortalidad. El presente estudio tiene por objetivo conocer la incidencia, tendencia y distribución geográfica del cáncer de pulmón en el área de salud de León.

Métodos: Fueron incluidos los casos de cáncer de pulmón del Registro Hospitalario de Tumores del Centro Asistencial Universitario de León (CAULE), entre 1996-2010 y con residencia en el Área de Salud de León. Se calcularon las incidencias brutas trienales y las ajustadas a población mundial y europea. Como denominador se utilizaron los datos del INE de población desagregada por sexo y grupos quinquenales de edad de residentes en municipios del área de salud de León. Para el análisis de la distribución espacial se estimaron los riesgos relativos (RR) municipales suavizados mediante el ajuste del modelo Besag, York y Mollié y sus probabilidades posteriores de que los riesgos relativos fuesen > 1 (PP), utilizando métodos bayesianos.

Resultados: Se incluyeron 2.491 casos. Las tasas estandarizadas a población europea en varones, ascendieron de 40,1 (en el trienio de 1996-1998) a 61,8 (en el trienio de 2005-2007) para descender a 54,6 casos nuevos por 100.000 (en el trienio 2008- 2010). En el caso de las mujeres las tasas se triplicaron de y en las mujeres de 3,0 (en

el trienio de 1996-1998) a 9,2 casos nuevos por 100.000 (en el trienio 2008- 2010). Se observa un claro incremento de la incidencia con la edad en ambos sexos. Se han objetivado municipios con mayor riesgo en global y entre los hombres en la zona sur del área y en el alfoz de la capital, mientras en las mujeres la distribución es homogénea.

Conclusiones: El cáncer de pulmón, a pesar de ser evitable, es un problema grave en el ASL. Es preocupante el gran incremento de la incidencia observado en las mujeres. El patrón geográfico global está condicionado por la incidencia en hombres y la distribución homogénea en las mujeres parece explicable por una menor prevalencia del tabaquismo y una escasa exposición a factores ambientales como industrias o radón.

33. RADÓN Y CÁNCER DE PULMÓN EN NUNCA FUMADORES. UN ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES MULTICÉNTRICO

M. Torres-Durán, A. Ruano-Ravina, I. Parente-Lamelas, V. Leiro-Fernández, J. Abal-Arca, C. Montero-Martínez, C. Pena-Álvarez, O. Castro-Añón, A. Golpe-Gómez, et al

Complejo Hospitalario de Vigo; Universidad de Santiago de Compostela; Complejo Hospitalario de Ourense; Complejo Hospitalario de A Coruña; Complejo Hospitalario de Pontevedra; Complejo Hospitalario de Lugo; Complejo Hospitalario de Santiago.

Antecedentes/Objetivos: El cáncer de pulmón es un importante problema sanitario en la actualidad. Su principal factor de riesgo es el tabaco seguido de la exposición a radón residencial. El radón residencial es el primer factor de riesgo en nunca fumadores. Muy pocos estudios han analizado directamente el efecto del radón en los nunca fumadores exclusivamente. El objetivo de este estudio es analizar el efecto del radón residencial en nunca fumadores y observar si la exposición a humo ambiental de tabaco modifica el efecto del radón residencial.

Métodos: Se diseñó un estudio de casos y controles de base hospitalaria y multicéntrico en una zona de elevada emisión de radón (Galicia). El reclutamiento transcurrió entre enero de 2011 y junio de 2013. Todos los casos tenían cáncer primario pulmonar diagnosticado histológicamente y los controles eran sujetos sometidos a cirugía no compleja. Se hizo un muestreo por frecuencia de sexo y edad de los controles respecto a los casos. A todos los participantes se les realizó una entrevista personal con especial énfasis en el estilo de vida. El radón se midió utilizando detectores de tipo alpha-track. Los datos se analizaron con regresión logística multivariante y como variables de ajuste se consideraron sexo, edad y exposición tabaquismo pasivo, expresándose como ORs con intervalos de confianza del 95%.

Resultados: La participación de casos y controles fue superior al 90%. El retorno de detectores de radón superó el 92% en los casos y el 82% en los controles. Se incluyeron 521 individuos, 192 casos y 329 controles, el 21% varones. El 29% de los controles tenían concentraciones de radón superiores a los 200 Bq/m³ frente al 48% en los casos. Se observó una OR de 2,42 (IC95% 1,45-4,06) para los expuestos a más de 200 Bq/m³ comparados con aquellos expuestos a menos de 100 Bq/m³. La exposición a humo ambiental de tabaco en el domicilio aumentó el riesgo de cáncer de pulmón en aquellos sujetos expuestos a más de 200 Bq/m³. Cuando la exposición a tabaquismo pasivo fue menor de 35 años la OR fue de 3,25 (IC95% 1,22-8,68) y 4,18 (IC95% 1,48-11,76) cuando la exposición a tabaquismo pasivo fue más prolongada.

Conclusiones: El radón residencial aumenta el riesgo de cáncer de pulmón en nunca fumadores. Podría existir una potenciación del efecto del radón residencial en los expuestos a humo ambiental de tabaco sobre el riesgo de cáncer de pulmón.

Financiación: Xunta de 10CSA208057PR.

258. RADÓN RESIDENCIAL Y RIESGO DE CÁNCER NO PULMONAR A TRAVÉS DEL MAPA DE RADÓN DE GALICIA

R. Barbosa-Lorenzo, A. Ruano-Raviña, S. Cerdeira Caramés, M. Raíces Aldrey, J.M. Barros-Dios

Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad de Santiago de Compostela; Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela; CIBERESP Galicia.

Antecedentes/Objetivos: El radón residencial es un factor de riesgo importante del cáncer de pulmón. Sin embargo pocos estudios han evaluado su relación con otros cánceres. El objetivo de este estudio es conocer, a través de un estudio de cohortes, si la exposición a radón residencial aumenta el riesgo de cáncer no pulmonar.

Métodos: Se diseñó un estudio de cohortes ambispectivo donde los participantes fueron reclutados del censo de 1991 de Galicia a través de un muestreo aleatorio y se incluyeron también controles de un estudio de casos y controles previo. Se determinó el radón residencial entre los años 2002 y 2010, empleando detectores de trazas tipo Alpha-Track. Al inicio, todos los sujetos cubrieron una encuesta donde se preguntó por el hábito tabáquico y el tiempo de residencia en la vivienda medida. Se realizó un seguimiento de los participantes hasta el 31 de diciembre del 2012, mediante el cruce de datos con el Registro de Mortalidad de Galicia, la historia clínica electrónica y con llamadas telefónicas. Para las tres fuentes de datos se averiguó el estado vital del participante y si había desarrollado alguna neoplasia. Para el análisis se utilizó regresión logística, en el que la variable dependiente fue desarrollar o no cáncer de cualquier localización y la variable independiente la concentración de radón en 4 categorías ajustando por sexo, edad y consumo de tabaco. Se hizo un subanálisis para los sujetos que residieron más de 30 años en la vivienda medida. Los resultados se expresan como ORs con intervalos de confianza del 95%.

Resultados: 2.127 individuos constituyen la cohorte, pero para 39 los datos están incompletos. Durante el seguimiento, 194 han desarrollado un cáncer no pulmonar. La mediana de tiempo que permanecieron en la misma vivienda fue de 27 años. El riesgo ajustado de desarrollar un cáncer diferente al pulmonar para exposiciones entre 50-100 Bq/m³ fue de 1,35 (IC95% 0,92-2,01), para 101-150 Bq/m³ fue de 1,43 (IC95% 0,88-2,32) y para exposiciones mayores a 150 Bq/m³ fue de 1,05 (IC95% 0,67-1,64), tomando como referencia los expuestos a menos de 50 Bq/m³. Al restringir el análisis a los sujetos que han permanecido en el mismo domicilio más de 30 años, los resultados son similares, excepto para los expuestos a 101-150 Bq/m³, con una OR de 2,01 (IC95% 1,07-3,79).

Conclusiones: La exposición a radón residencial podría influir en un mayor riesgo de cáncer no pulmonar, dependiente del número de años de residencia en viviendas con elevadas concentraciones. Es necesario aumentar el período de seguimiento postmedición.

Financiación: FIS PI10/00296.

270. RADÓN RESIDENCIAL Y CÁNCER DE PULMÓN. UN ESTUDIO DE COHORTES EN GALICIA

R. Barbosa-Lorenzo, A. Ruano-Raviña, S. Cerdeira Caramés, M. Raíces Aldrey, J.M. Barros-Dios

Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad de Santiago de Compostela; Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela; CIBERESP Galicia.

Antecedentes/Objetivos: El radón residencial es la segunda causa de cáncer de pulmón después del tabaco y la primera en nunca fumadores. Sin embargo, la evidencia proviene sobre todo de estudios de casos y controles. El objetivo de este trabajo es conocer, a través de

un estudio de cohortes, si el radón residencial influye en la aparición cáncer pulmonar.

Métodos: Se diseñó un estudio de cohortes ambispectivo con sujetos que fueron seleccionados por muestreo aleatorio del censo de Galicia de 1991 y se incluyeron también controles de un estudio previo de casos y controles. Las mediciones de radón residencial se realizaron entre 2002 y 2010 empleando detectores Alpha-Track, que se revelaron en el Laboratorio de Radón de Galicia. Al inicio del estudio los participantes cubrieron un cuestionario con información sobre características de la vivienda y su hábito tabáquico. El seguimiento se realizó mediante tres fuentes de datos: el Registro de Mortalidad de Galicia, la historia clínica electrónica y llamadas telefónicas a los participantes. Se comprobó el desarrollo o no de cáncer, el cambio en el hábito tabáquico y si habían cambiado de domicilio. Los datos han sido analizados mediante regresión logística donde la variable dependiente es la incidencia o no de cáncer pulmonar y la principal variable independiente fue la concentración de radón, ajustando por edad, sexo y paquetes/año. Se hizo un subanálisis en los sujetos que viviesen más de 30 años en la misma vivienda. Los resultados se expresan como ORs con intervalos de confianza del 95%.

Resultados: Se siguió a 2.127 sujetos, pero para 39 los datos estaban incompletos. Se excluyeron a los individuos que desarrollaron cáncer no pulmonar. Durante el seguimiento 24 de ellos desarrollaron cáncer pulmonar. La mediana de tiempo de residencia de los sujetos de estudio fue de 27 años. La OR de desarrollar cáncer pulmonar, ajustada, fue de 1,3 (IC95% 0,46-3,74) para exposiciones de radón entre 50-100 Bq/m³, de 1,58 (IC95% 0,46-5,45) entre 101-150 Bq/m³, mientras que más de 150 Bq/m³ el riesgo fue de 0,70 Bq/m³ (IC95% 0,17-2,70), tomando como referencia expuestos a menos de 50 Bq/m³. Al restringir el análisis a aquellos individuos que han permanecido en la vivienda medida durante más de 30 años los resultados son similares.

Conclusiones: En esta investigación no parece existir asociación entre la exposición a radón residencial y el riesgo de cáncer de pulmón. El número de casos observados es muy escaso, al igual que su edad mediana y el período de seguimiento.

Financiación: FIS PI10/00296.

311. VALIDACIÓN DE LA INFORMACIÓN SOBRE CÁNCER COLORRECTAL EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

I.F. León Espinosa, C. Sabater Gregori, C. Alberich Martí, M.M. Melero García, R. Ferrer Estrems, V. Marcos Cabero

Hospital General Universitario de Valencia; Dirección General de Salud Pública.

Antecedentes/Objetivos: El Cáncer es un importante problema de salud pública por su elevada morbimortalidad debido al incremento de la población y su envejecimiento. Las predicciones para 2015 es continuar esta tendencia según informe de enero de 2014 de la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM). La vigilancia e investigación del cáncer necesita adecuados sistemas de información y de calidad. En la Comunidad Valenciana (CV) el Sistema de Información del Cáncer integra: Registro de Tumores Infantiles, Registro de tumores de Castellón y Sistema de Información Oncológico. Para el análisis y explotación de los datos de cáncer existe herramienta informática: NEOS que integra todos los sistemas. Las fuentes de información que utiliza son informes de Alta Hospitalaria e informes de Anatomía Patológica, codificados según CIE9 y SNOMEDII respectivamente. Con el objetivo de conocer la calidad de la información hemos realizado validación de la misma sobre casos de Cáncer colorrectal del CHGUV.

Métodos: Mediante SPSS hemos realizado validación transversal del programa NEOS valorando exhaustividad y exactitud de la información. Para estudiar exhaustividad se realizó búsqueda activa en NEOS y PATWIN para determinar porcentaje de casos recupera-

dos del total de casos existentes. Exactitud se refiere a certeza de la información y para su estudio se calculó tasa de detección, tasa de confirmación e índice de Kappa. Población a estudio: pacientes con tumores malignos de colon, recto y ano atendidos en CHGUV durante el primer trimestre del 2010. Variables: relacionadas al paciente (nombre y apellidos, fecha de nacimiento, sexo, sip, residencia en la CV) y en relación al tumor (fecha de incidencia, morfología, topografía y comportamiento).

Resultados: De NEOS obtuvimos 51 tumores incidentes, al revisar PATWIN no se había dejado de codificar ningún caso por lo que la exhaustividad fue del 100%. Al contrastar información de NEOS con revisión manual encontramos detección adecuada de los datos en el 100% de los casos, todos residentes en la CV. Referido al tumor: un caso fue prevalente del año anterior, siendo la tasa de detección del 100% y la de confirmación del 98%. En cuanto a la morfología: NEOS coincidió con las otras fuentes en 50 tumores, consideró un tumor primario cuando era metastático. Índice Kappa 0,51; grado de acuerdo moderado. Al analizar topografía índice de Kappa 0,84; grado de acuerdo muy bueno. En comportamiento todos los casos eran malignos con total acuerdo entre sistemas.

Conclusiones: NEOS ofrece información de alta calidad dada su exhaustividad aunque existen diferencias en la exactitud. La concordancia entre ambas fuentes se ve más afectada en la morfología que en la topografía.

395. CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA LOCALIZADO DE ACUERDO AL TRATAMIENTO Y LA RECIDIVA

M. Ávila, A. Pont, O. Garin, M. Ferrer

Instituto Hospital del Mar de Investigaciones Médicas (IMIM); CIBERESP; UPF; UAB.

Antecedentes/Objetivos: El cáncer de próstata localizado tiene una baja tasa de aparición de recidivas y progresión de la enfermedad, independientemente del tratamiento curativo aplicado. Nuestro objetivo es evaluar la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) a los cinco años después del tratamiento, en pacientes con cáncer de próstata localizado según recidiva y tratamiento curativo primario.

Métodos: Cohorte de pacientes (n = 762) del "Estudio Multicéntrico Español de Cáncer de Próstata Localizado", reclutados en 10 centros hospitalarios españoles (2003-2005) y tratados con prostatectomía radical, radioterapia externa o braquiterapia. La decisión de tratamiento fue tomada conjuntamente entre médico y paciente. La CVRS fue evaluada anualmente después del tratamiento mediante el cuestionario Expanded Prostate Cancer Index (EPIC), que mide incontinencia urinaria, problemas urinarios irritativo-obstructivos, intestinales, sexuales y hormonales (rango de puntuación 0-100). Mayor puntuación representa mejor CVRS. La recidiva fue definida a partir de los niveles de antígeno prostático benigno de acuerdo a los criterios de la Asociación Americana de Urología y de Oncología Radioterápica. Para comparar la CVRS de los pacientes con y sin recidiva se aplicó la prueba t de Student después de estratificar por tratamiento.

Resultados: De los 719 pacientes que completaron evaluaciones de CVRS, 188 fueron tratados con prostatectomía radical, 306 con braquiterapia y 225 con radioterapia. De los 113 pacientes que presentaron recidivas antes de los cinco años (15,7%): 32 eran del grupo de prostatectomía radical, 43 de braquiterapia y 38 de radioterapia externa. En los pacientes tratados con prostatectomía radical, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la CVRS según la recidiva. Los pacientes tratados con braquiterapia con recidiva presentaron menores puntuaciones EPIC que los pacientes sin recidiva en problemas urinarios irritativo-obstructivos (80,7 vs 90,3; p = 0.02) y hormonales (84,2 vs 91,7; p = 0.02). En los pacientes

tratados con radioterapia externa, únicamente se observó menor puntuación hormonal al comparar entre recidivados y no recidivados (79,8 vs 89,8; $p = 0.01$). Independientemente de la aparición de recidiva cada uno de los tratamientos mantuvo su patrón característico: mayor incontinencia urinaria y disfunción sexual en la prostatectomía radical, problemas urinarios irritativo-obstructivos en la braquiterapia, y problemas intestinales en la radioterapia externa.

Conclusiones: La CVRS de los pacientes de cáncer de próstata localizado depende principalmente del tratamiento primario aplicado, a excepción de los problemas hormonales asociados al tratamiento de la recidiva.

Financiación: AATM 436/05/2008; AGAUR 2009 SGR 1095.

431. RELACIÓN ENTRE ELEMENTOS TRAZA Y MUTACIONES EN EL ONCOGÉN K-RAS EN PACIENTES CON CÁNCER DE PÁNCREAS EXOCRINO

J. Pumarega, T. López, M. Gasull, M. Porta

Instituto Hospital del Mar de Investigaciones Médicas (IMIM);
Universitat Autònoma de Barcelona; CIBER.

Antecedentes/Objetivos: Las causas del cáncer de páncreas exocrino (CPE) siguen siendo desconocidas en gran medida, como también es en gran medida desconocida la etiología de las mutaciones en el oncogén K-ras. Estas mutaciones constituyen un paso fundamental en el desarrollo del cáncer de páncreas, y se hallan presentes en aproximadamente el 80% de los casos de CPE. En un estudio previo de casos y controles, se hallaron asociaciones positivas y estadísticamente significativas de algunos elementos traza (cadmio, arsénico y plomo), incluso a bajas concentraciones, con el riesgo de CPE; asimismo se halló que mayores concentraciones de selenio y níquel estaban asociadas a un menor riesgo de CPE. El objetivo del presente estudio fue analizar la asociación entre las concentraciones en uñas de doce elementos traza y las mutaciones en el codón 12 del oncogén K-ras, en pacientes con CPE. Los elementos analizados son aluminio, vanadio, cromo, manganeso, hierro, níquel, cobre, zinc, cadmio, plomo, arsénico y selenio.

Métodos: Se incluyeron prospectivamente los casos incidentes de CPE diagnosticados en 5 hospitales generales entre 1992 y 1995. Se analizaron las concentraciones en uñas de 12 elementos traza en 118 pacientes, en 78 de estos pacientes también se dispone del estado mutacional de K-ras. Para cada elemento traza se realizaron modelos ajustados de regresión logística incondicional.

Resultados: Los casos con mutaciones en el oncogén K-ras presentaron menores concentraciones de elementos traza que los casos con K-ras no mutado. Estas diferencias fueron estadísticamente significativas en 7 de los 12 elementos analizados (aluminio, vanadio, hierro, níquel, zinc, plomo y selenio; $p < 0,05$). En los modelos multivariantes ajustados por edad y sexo, se halló un mayor riesgo de K-ras no mutado en aquellos casos con altas concentraciones de níquel, zinc, selenio o plomo, con ORs > 5 (tercer tercil vs primer tercil, p de tendencia $< 0,05$). Ajustando los modelos además por tabaco y síndrome colestásico se halló un riesgo estadísticamente significativo de K-ras no mutado en aquellos casos con altas concentraciones de níquel, zinc, plomo, aluminio y vanadio.

Conclusiones: El déficit de níquel y de selenio podría facilitar o hacer más probable la mutación del oncogén K-ras, o haría que las personas fuesen más susceptibles a la mutación del oncogén. Estos resultados coinciden con los resultados observados en el anterior estudio caso-control el cuál indicaba que los individuos con niveles altos de níquel y selenio tenían un menor riesgo de desarrollar CPE. Zinc y otros elementos como aluminio y plomo pueden seguir otra vía independiente a la mutación del gen K-ras para incidir en el riesgo de CPE.

451. ESTIMACIÓN DE LA INCIDENCIA DEL CÁNCER EN ESPAÑA EN 2014

A. Ameijide, J. Galcerán, J. Bigorra

En nombre de la Red Española de Registros de Cáncer (REDECAN).

Antecedentes/Objetivos: Los registros de cáncer de base poblacional de España cubren un 26% de la población española. Conocer periódicamente la incidencia global de cáncer de España del año en curso es una necesidad y es de gran interés para las autoridades sanitarias. El objetivo de este estudio es estimar la incidencia de cáncer en España para el año 2014 por sexo y tipo tumoral.

Métodos: Los datos de incidencia se obtuvieron de los registros de cáncer de base poblacional del periodo 1993-2007. Los datos de mortalidad por cáncer del periodo 1992-2011 fueron proporcionados por el Instituto Nacional de Estadística. Las tasas de mortalidad fueron proyectadas al periodo 2012-2016 y aplicadas a la población española de 2014 mediante el modelo NORDPRED. La incidencia nacional de cáncer fue estimada aplicando la estimación de las razones incidencia-mortalidad (RIM) sobre la estimación de la mortalidad de 2014. Por cada tipo tumoral y sexo, las estimaciones de las RIM fueron obtenidas mediante modelos lineales generalizados mixtos asumiendo una distribución de Poisson para los casos incidentes. El efecto de la edad fue suavizado mediante splines, el efecto del año de diagnóstico fue ajustado mediante funciones polinómicas de grado 2 y se asignó un efecto aleatorio a la provincia. La estimación de los parámetros del modelo fue calculada mediante métodos bayesianos.

Resultados: Se estima que en 2014, se diagnosticarán 241.284 nuevos casos de cáncer (145.813 en hombres –TAm 331,0 y TAEU 483,3– y 95.471 en mujeres –TAm 200,3 y TAEU 278,8–). En hombres, los cánceres más frecuentes serán: próstata ($N = 32.641$, TAm = 67,6), colon-recto ($N = 23.482$, TAm = 49,8), pulmón ($N = 22.455$, TAm = 51,7), vejiga urinaria ($N = 16.756$, TAm = 36,7), estómago ($N = 5.106$, TAm = 11,0), cavidad oral y faringe ($N = 4.961$, TAm = 12,7), linfoma no Hodgkin ($N = 4.185$, TAm = 10,8) e hígado ($N = 4.078$, TAm = 9,5). En mujeres, los cánceres más frecuentes serán: mama ($N = 26.354$, TAm = 63,0), colon-recto ($N = 16.071$, TAm = 27,7), cuerpo uterino ($N = 5.963$, TAm = 13,0), pulmón ($N = 5.404$, TAm = 11,8), vejiga urinaria ($N = 3.498$, TAm = 5,9), linfoma no Hodgkin ($N = 3.315$, TAm = 6,9), ovario ($N = 3.276$, TAm = 7,4) y estómago ($N = 3.248$, TAm = 5,3).

Conclusiones: Es la primera vez que la Red Española de Registros de Cáncer (REDECAN) ha obtenido las estimaciones de la incidencia del cáncer para el conjunto de toda España. Se estima que se diagnosticarán un total de 241.284 nuevos cánceres en 2014 (145.813 en hombres –TAm 331,0– y 95.471 en mujeres –TAm 200,3–). Los cánceres de próstata en hombres y de mama en mujeres seguirán siendo los más frecuentes, y el de colon y recto en la población general.

117. COLORECTAL CANCER RISK, GENETIC SUSCEPTIBILITY AND NIGHT SHIFT WORK IN A POPULATION-BASED CASE-CONTROL STUDY IN SPAIN

K. Papantoniou, G. Castaño-Vinyals, V. Martín Sánchez, V. Moreno, M. Pollán, J. Jiménez, I. Gómez-Acebo, E. Ardanaz, A. Tardón, et al

CREAL; CIBERESP; Universidad de León; ICO; ISCIII; Universidad de Granada; Universidad de Cantabria; ISP Navarra; Universidad de Oviedo.

Antecedentes/Objetivos: Epidemiological studies on shift work have focused on breast cancer while evidence on other tumors is limited. We evaluated colorectal cancer risk in relation to shift work and genetic susceptibility in a population based case-control study in Spain (MCC-Spain study).

Métodos: 1,066 male and 592 female incident colorectal cancer cases and 3388 randomly selected population controls in 11 regions of Spain were included. Information was collected on socio-demographic, lifestyle, medical history and other variables by face-to-face interviews. Lifetime occupational history on daily time schedule of each job, day/night/rotating shifts, light at night exposure, and duration of jobs was examined. We used unconditional logistic regression analysis adjusting for potential confounders. We examined gene-environment interactions with genes in circadian pathways including melatonin metabolism testing simultaneously the main effect and the GxE interaction (2 d.f test).

Resultados: Among controls 10% of males and 4% of females had ever worked full time in permanent night shifts (working between midnight and 6am) and 24% of males and 14% of females in rotating shifts for ≥ 1 year. Having ever performed rotating shift work was associated with an increased risk for colorectal cancer (adjusted Odds Ratio 1.33, CI95% 1.15-1.55) compared to permanent day workers. ORs increased with cumulative years of rotating shift work and the OR for more than 30 years work was 1.54 (1.22-1.94). Having ever worked in permanent night shift was not associated with colorectal cancer risk. We observed interactions between ever night shift work and several SNPs in circadian genes including PER2, TPH2, ARNTL2 although individual SNP associations did not remain statistically significant after Bonferroni correction.

Conclusiones: In this large population based study we found an increase in colorectal cancer risk in shift workers and an indication of interaction with genes in circadian pathways.

Primum non nocere en la actividad clínica II (Oral 10 minutos)

Jueves, 4 de septiembre de 2014. 17:30 a 19:30 h

Modera: Juan Gérvas

139. VOLUMEN Y OTROS FACTORES EN RELACIÓN A COMPLICACIONES Y REINTERVENCIÓN EN CÁNCER COLORRECTAL

M. Baré, M. Pont, N. Torà, J.M. Quintana, M.J. Gil, M. Rodondo, C. Sarasqueta, G.R. CARESS-CCR

Epidemiología, Hospital Parc Taulí, UAB, REDISSEC; Unidad de Investigación, Hospital Galdakao, REDISSEC; Cirugía General, Hospital del Mar; Hospital Costa del Sol, REDISSEC; Biodonostia.

Antecedentes/Objetivos: El objetivo fue identificar la posible asociación del volumen anual de intervenciones por cancer colorectal de cada centro y otros factores con las complicaciones mayores y la reintervención a 30 días.

Métodos: Estudio de cohorte prospectiva de 15 hospitales en España. Se incluyeron los pacientes intervenidos consecutivamente por cáncer colo-rectal (CCR) invasor entre abril del 2010 y junio del 2012. El volumen de intervenciones se categorizó según los terciles. Se analizaron características basales del paciente, variables del pre-operatorio, de la intervención quirúrgica, de la anatomía patológica, y del proceso durante el ingreso. Se llevó a cabo un análisis bivariado de las complicaciones (C) y la reintervención (R) en relación a todos los

factores, aplicando el test Chi-cuadrado o el exacto de Fisher para variables categóricas, y la t de Student o la U de Mann-Whitney para variables cuantitativas. Y se estimó el riesgo relativo (RR; IC95%).

Resultados: Se analizaron 2084 pacientes (edad media 68 años; 62.6% hombres). Un 55,5% presentó C mayores y un 10,7% fue reintervenido hasta los 30 días. Para las C, se observó una relación significativa en el volumen, teniendo más riesgo la categoría volumen medio de intervenciones (176-211) (RR = 1,40 [IC95% 1,27-1,56]). Los factores con mayor RR fueron los días de estancia hospitalaria, la reintervención y la urgencia de la intervención principal (RR osciló entre 1,52-3,65). Otros factores asociados fueron algunas características basales del paciente, el tipo de intervención, el perfil del cirujano, la vía de abordaje o la localización del tumor. Para la R, los factores más importantes fueron la urgencia, factores agravantes y complicaciones en la intervención o el tipo de cirugía (RR osciló entre 1,80-19,02).

Conclusiones: El volumen anual de intervenciones estuvo asociado a las complicaciones mayores a corto plazo pero no a la reintervención. Se identificaron una gran cantidad de factores asociados a los dos efectos adversos. Un análisis multivariado multinivel permitirá precisar el efecto independiente de dichos factores.

Financiación: Fondo de Investigación Sanitaria (PS09/00805; PS09/90441).

871. INSTRUMENTOS PARA LA MEDICIÓN DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ATENCIÓN PRIMARIA PERCIBIDA POR LOS PACIENTES. REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA LITERATURA

I. Ricci Cabello, D.C. Gonçalves, A. Rojas García, J.M. Valderas

Department of Primary Care, Universidad de Oxford, Reino Unido; CIBER; University of Exeter Medical School.

Antecedentes/Objetivos: En los últimos años existe un creciente interés por el estudio de la seguridad del paciente en atención primaria. Uno de los principales factores que actualmente está limitando su avance es la falta de conocimiento sobre los instrumentos de medición específicos para este ámbito de la atención y muy especialmente sobre aquellos basados en la percepción del propio paciente. El objetivo de este trabajo fue identificar y evaluar los instrumentos actualmente disponibles para medir la seguridad del paciente en atención primaria a través de la percepción de los propios pacientes.

Métodos: Se llevó a cabo una revisión sistemática de la literatura. Se diseñaron e implementaron estrategias de búsqueda específicas para Medline, Embase, ISI Web of Knowledge y otras tres bases de datos adicionales. Se seleccionaron aquellos estudios que describían el desarrollo o la utilización de instrumentos de medición de la seguridad del paciente en atención primaria percibida por el propio paciente, sin restricciones geográficas o de idioma. Tanto la selección de estudios como la extracción de datos fueron llevadas a cabo por dos revisores de forma independiente.

Resultados: Tras examinar un total de 15.110 referencias bibliográficas, se incluyeron finalmente 28 artículos que describían un total de 23 instrumentos diferentes. La mayoría de los instrumentos se ciñen a aspectos muy específicos de la seguridad del paciente, mayoritariamente a reacciones adversas a medicamentos. Ningún instrumento ofreció una medida global de seguridad del paciente basada en las percepciones de los pacientes. En cuanto a sus características psicométricas, diez instrumentos mostraron evidencia de validez de contenido (43%) y tres tanto de validez de constructo como de fiabilidad (Out-of-Hours Patient Questionnaire; The Seniors Empowerment and Advocacy for Patient Safety (SEAPS); The Medication Risk questionnaire). Para ninguno de ellos se examinó su sensibilidad al cambio.

Conclusiones: Existe un número elevado de instrumentos de medida de diversos aspectos relacionados con la seguridad del paciente, pero a pesar de un número muy reducido que presenta propiedades psicométricas adecuadas, no constituyen en su conjunto un recurso apropiado para medir la seguridad de la atención primaria a través de la percepción de los pacientes de forma integral. Investigaciones futuras deben priorizar tanto la evaluación y desarrollo psicométricos de los instrumentos ya existentes como el desarrollo de nuevos instrumentos que permitan una evaluación integral de la seguridad del paciente en atención primaria.

Financiación: NIHR School for Primary Care Research.

640. CULTURA SOBRE LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES EN LOS CENTROS DE URGENCIAS DE ATENCIÓN PRIMARIA

J. Campos Serna, M.F. Patitucci Gómez, A.C. Ots Ruiz, J. Iglesias Barreiro, P. López Guirao, B. Baena Tamargo, S. Dolader Olivé, M. Riera del Río, C. García García

CUAP de Casernes de Sant Andreu; CUAP de Manso; CUAP de Casernes; CUAP Horta; CUAP de Sant Martí; Anestesiologia i Reanimació, Hospital de Bellvitge.

Antecedentes/Objetivos: Analizar la cultura que tiene los profesionales sanitarios sobre seguridad del paciente en los centros de urgencias de atención primaria de una ciudad Española en 2013.

Métodos: Estudio transversal y descriptivo realizado en cuatro centros de urgencias de atención primaria (CUAP) de una misma ciudad española centrado en los médicos, enfermeras, médicos residentes y administrativos. La cultura de seguridad se analizó con la versión Española validada y adaptada del cuestionario Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSPC) de la Agency for Healthcare Research and Quality. La HSPC cuenta con un cuestionario auto-cumplimentado y anónimo, que consta de 49 ítems de los cuales 42 constituyen 12 dimensiones de la cultura de seguridad, seis recogían las características de los participantes y un ítem abierto al final. Las encuestas se recogieron entre julio y noviembre de 2013, obteniéndose un total de 189 encuestados y una tasa de respuesta del 76,9%. Se calcularon las frecuencias y los porcentajes de respuestas positivas (PRP), negativas y neutras para los 42 ítems y las 12 dimensiones de análisis. Igualmente, se calculó la tasa de respuestas positivas para cada una de las 12 dimensiones independientemente en cada CUAP y por grupos profesionales, analizando la significancia de las diferencias con el test estadístico de la chi-cuadrado. Se considero una fortaleza cuando la el PRP en la dimensión analizada fue > 75%.

Resultados: La dimensión mejor valorada en los 4 CUAPS y en las 4 categorías profesionales fue la del trabajo en equipo (PRP-media = 91,2). Manso (PRP-media 12 dimensiones = 46,41%) fue el centro con menor cultura en seguridad del paciente; siendo Horta el de mayor (59,00%). Mientras que en Manso y Casernes la dimensión peor valorada fue la de notificación de eventos (PRP = 30,27% y 35,20, respectivamente), en Sant Martí fue la de dotación de personal (PRP = 30,00%) y en Horta la de franqueza en la comunicación (PRP = 43,54%). Residentes y médicos detectaron una menor cultura en seguridad del paciente en los CUAPs (PRP = 44,26% y 45,09%, respectivamente), frente a los enfermeros (PRP = 55,87%) y los administrativos (PRP = 67,16%).

Conclusiones: En los CUAPs existen importantes déficits en cultura de seguridad del paciente y especialmente vinculada con las percepciones de los médicos y los residentes. Las acciones de mejora han de tendrán que tener en cuenta estos aspectos para ser eficientes y efectivas.

Financiación: Mòdul de recerca XB 2013.

156. DISEÑO DE UNA INTERVENCIÓN MULTICOMPONENTE ADAPTADA PARA INCREMENTAR LA NOTIFICACIÓN DE ERRORES Y REACCIONES ADVERSAS A MEDICAMENTOS

I. Salcedo de Diego, P. Serrano Gallardo, C. Escudero Gómez

Instituto de Investigación Sanitaria Puerta de Hierro Majadahonda; Universidad Autónoma de Madrid; INAEUCU.

Antecedentes/Objetivos: El 4,1% de pacientes hospitalizados presenta algún efecto adverso por medicamentos. Los profesionales enfermeros son clave en la detección de errores de medicación (EM) y reacciones adversas a medicamentos (RAM); menos del 10% de las notificaciones provienen de este colectivo. Objetivo: diseñar una intervención multicomponente orientada a incrementar la notificación de RAM y EM en profesionales enfermeros hospitalarios.

Métodos: Se realizó revisión bibliográfica en Pubmed, EMBA-SE, CinHAL, JBI, Cochrane y Scielo y análisis de referencias. Se utilizó lenguaje controlado y libre con operadores booleanos; filtros: 10 años, guías, ensayos clínicos y revisiones sistemáticas. Se identificaron barreras y facilitadores de la población diana, a partir de los resultados de un estudio descriptivo que midió su competencia en la notificación de EM y RAM mediante cuestionario validado. Se analizaron los recursos institucionales en materia de seguridad del paciente y se llevaron a cabo encuentros con sus líderes para planificar la implementación de la estrategia bajo los criterios de consenso, factibilidad y sostenibilidad.

Resultados: Según la literatura, las intervenciones más efectivas son: multicomponente, adaptadas a la población diana, con estrategias educativas interactivas con casos simulados, de elevada cobertura, que cuenten con un profesional especializado de apoyo y sean repetidas periódicamente. Barreras y facilitadores (resultados del cuestionario): El 83% no reconoció los formularios de notificación. Un 64% tenía una actitud competente hacia la notificación. Las estrategias elegidas por los profesionales fueron: sesiones formativas por Servicios (93%), contar con un profesional de apoyo (70%) y recibir información periódica sobre seguridad del medicamento (64%). Recursos institucionales: Comisión de Farmacia, Unidad Funcional de Gestión de Riesgos, Unidad de Calidad, Farmacología Clínica e historia clínica electrónica. La intervención diseñada consiste en: estrategias educativas interactivas por servicios, recordatorios, procedimiento para notificar a través de servicios de apoyo con feedback al notificador, enlace a los formularios de notificación en los escritorios de los ordenadores, y distribución de Newsletter mensual sobre seguridad del medicamento.

Conclusiones: Una intervención multicomponente, basada en la evidencia, adaptada a la población a aplicar y consensuada institucionalmente, garantizaría el aumento de la notificación de RAM y EM por parte de los profesionales enfermeros. El conocimiento de los problemas del uso de medicamentos es fundamental para disminuir el daño en la asistencia sanitaria.

Financiación: Ayudas FIBHPH 2011.

241. ESTIMACIÓN DE EFECTOS ADVERSOS POR LA MEDICACIÓN (EAM) A TRAVÉS DE CMBD DE URGENCIAS HOSPITALARIAS

M. Maure Rico, F. Segura del Real, E. Briones Pérez de la Blanca, J.C. Domínguez Camacho, M.R. Jiménez Robledo, J. Goicoechea Salazar

UGC Salud Pública, Promoción y Prevención de la Salud, AGS Sevilla Sur; UGC Farmacia, Distrito Sanitario de Atención Primaria de Sevilla; UGC Vigilancia Epidemiológica, Distrito Sanitario de Atención Primaria de Sevilla; Servicio de Producto Sanitario, Servicio Andaluz de Salud.

Antecedentes/Objetivos: La seguridad del paciente es un componente esencial de la calidad asistencial. Dado que un tercio de los efectos adversos (EA) ocurren antes de la hospitalización, los servicios

de urgencias constituyen un lugar idóneo para estimar su frecuencia. El conocimiento de su frecuencia e impacto es el primer paso en la gestión del riesgo clínico. Objetivo: estimar la frecuencia de EAM registrados en CMBD urgencias hospitalarias y describir sus características.

Métodos: La implantación de la historia clínica digital junto con la utilización de Diraya-Urgencia y el desarrollo de un codificador automático propio han permitido instaurar el Conjunto Mínimo Básico de Datos de Urgencias; siendo éste nuestra fuente de información. Diseñamos un estudio de cohorte retrospectiva incluyendo los episodios de asistencia a urgencias de hospitales públicos de Andalucía, en el periodo 2011-2013. Considerando EAM como "cualquier daño causado por el uso terapéutico de un medicamento", seleccionamos los episodios que contengan los códigos CIE-9 E930-E949.9 o E850-858.

Resultados: La tasa anual de Andalucía es de 113,8 episodios por EAM por 100.000 habitantes (rango de variación entre provincias 80-218). De los 21.361 pacientes, el 60% son mujeres; la media de edad de 51 (DT 27) años. El 46% de los episodios se registran en hospitales de nivel 1. En el 11% el paciente ingresa en el hospital. El 36% de los EAM registrados corresponden al código E947.9 (efecto adverso por fármaco y medicamento no especificado). Los grupos farmacológicos con mayores tasas son el E942.1 Glucósidos cardiotónico, E933.1 Antineoplásico/inmunosupresor, E930.9 y Antibióticos (episodios totales en el periodo de estudio 1.894, 1.889, 1.696; tasa anual por 100.000 habitantes 9,6, 9,6, 8,6; variación de la frecuencia entre hospitales –tasa anual máxima/mínima– 6,2, 8,2, 4,6).

Conclusiones: En una elevada proporción de los eventos registrados no se ha codificado el fármaco específico que lo motiva. Posiblemente, la infranotificación de EAM en los informes de alta de urgencias explique parte de la variación de la frecuencia de EAM en los distintos hospitales, como describe la literatura. Sin embargo, observamos una alta tasa de EAM, similar a otras publicaciones, centradas en un número reducido de fármacos, algunos potencialmente prevenibles. Para disminuirlos son útiles medidas como la conciliación de la medicación y la mejora de la información a los prescriptores y a los pacientes.

408. ESTUDIO DE INCIDENCIA DE EVENTOS ADVERSOS EN UNA UNIDAD QUIRÚRGICA DE UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL

M. Maure Rico, J.E. López Lafuente, J.V. González Herráez, A. Romero Alonso, E. Román Casares, M.J. Pérez Lozano, C. Escassi Pérez

UGC Salud Pública, Prevención y Promoción de la Salud, UGC Cirugía Vasculat, UGC Medicina Interna, AGS Sevilla Sur.

Antecedentes/Objetivos: La seguridad del paciente es un problema de salud pública relevante. Los efectos no deseados secundarios a la atención sanitaria representan una causa de elevada morbilidad y mortalidad. Objetivos: estimar la frecuencia de los eventos adversos, sus características y el impacto en términos de exitus y estancia hospitalaria.

Métodos: Diseñamos un estudio de cohortes prospectivo de 1 año de duración en una unidad quirúrgica. Tanto las definiciones de efecto adverso (EA) como su clasificación son las del estudio ENEAS. Se ha seguido a los pacientes mediante historia clínica y observación directa, fomentando con los sanitarios responsables la cultura de seguridad del paciente.

Resultados: La incidencia de paciente-ingreso con EA estimada es del 44,3%. La incidencia de EA estimada es del 83%. El 53% de los pacientes que han presentado EA durante su ingreso acumuló más

de uno. Respecto a su naturaleza, el 33% se relacionan con los medicamentos, el 32% con la monitorización del paciente, el 21% con la intervención quirúrgica y el 14% con infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria. El 53% de los EA identificados son leves, el 36% moderados y el 11% graves. Ningún paciente ha fallecido por EA. Los pacientes con EA durante su ingreso duplican la estancia hospitalaria ($p < 0,001$).

Conclusiones: La incidencia de EA estimada es mayor que la descrita en la literatura. Si bien las características y el impacto de los mismos son similares. La principal área de mejora identificada es la optimización del manejo de la medicación.

770. GESTIÓN DE INCIDENCIAS EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UN HOSPITAL TERCIARIO: EL MODELO SANT PAU

I. Bolívar, M.C. Peñalba, J.A. Fernández, J.M. Sánchez, M.T. Álvarez, L. Navarro, E. Fernández de Gamarra, C. Martínez, A. García

Comisión de Incidencias Hospitalarias en la Seguridad del Paciente y del Trabajador, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau; IIB Sant Pau.

Antecedentes/Objetivos: Los registros de incidencias (RI) en los hospitales españoles se están generalizando desde la implantación de los programas de seguridad del paciente (SP) en el Sistema Nacional de Salud. No obstante existen importantes dificultades para su implantación, especialmente en hospitales de tercer nivel. Se describe el modelo utilizado en el Hospital de Sant Pau de Barcelona.

Métodos: En el año 2009 el Hospital desarrolló un RI propio para la notificación y resolución de incidencias y eventos adversos. Posteriormente ha ido adhiriéndose a las iniciativas del Departament de Salut (Alianza para la SP y Unidades Funcionales de SP). En todas las fases se ha establecido un modelo transversal y descentralizado, con retorno de información específica al notificante y a cargos de responsabilidad. La finalidad del mismo, además de aprender de los errores, resolver sus causas raíz y evitar que se repitan en el futuro, es extender la cultura de la seguridad a toda la organización y promover un hospital más seguro. También se integró la gestión de las incidencias tanto de la seguridad del paciente como del trabajador. Actualmente el RI utiliza una versión del aplicativo informático TPSC Cloud™ adaptada a este modelo de gestión.

Resultados: El modelo de gestión de incidencias se basa en seis roles: Gestor principal (G1), Gestor secundario (G2), Gestor Comisión (GC), Dirección, Consultor y Administrador. Los G1 son 41 Referentes responsables de la seguridad en todos los ámbitos del Hospital. Mayoritariamente pertenecen al estamento de Enfermería pero también incluye 21 médicos, un farmacéutico, supervisoras, profesionales de Mantenimiento/Electromedicina y Salud Laboral que intervienen en función del afectado (paciente o trabajador) y del tipo de incidencia. Los G2 pertenecen a 14 servicios de soporte asistencial y no asistencial. La GC está formada por facultativos y enfermería del hospital sin representación de la Dirección. A través del aplicativo TPSC Cloud™. Se establece un flujo de trabajo que deriva las incidencias a los diferentes roles hasta su resolución, verificación y cierre. En el año 2013 se notificaron 491 incidencias (9,44/semana), el 79% de las cuales fueron de la seguridad del paciente y el 21% restante de seguridad del trabajador.

Conclusiones: Un modelo de gestión de eventos adversos llevado a cabo por pares de forma transversal y descentralizada promueve la notificación de incidentes y aumenta la cultura de seguridad en la organización.

814. EXPLORANDO LAS PERCEPCIONES DE LOS PACIENTES SOBRE LA SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN INGLATERRA: UN ESTUDIO CUALITATIVO

I. Ricci Cabello, A. Berenguera, E. Pujol-Ribera, M. Pons-Vigués, J.M. Valderas

Department of Primary Care, Universidad de Oxford; CIBER; IDIAP Jordi Gol; University of Exeter Medical School.

Antecedentes/Objetivos: La seguridad del paciente es un campo de investigación emergente, hasta ahora principalmente abordado desde el ámbito hospitalario. Existe no obstante un creciente interés por la seguridad de la atención primaria, dado su potencial para afectar a una mayor proporción de la población. Además, una de las características más remarcables de la investigación realizada hasta ahora en este campo, es el escaso interés por el punto de vista de los propios pacientes. El objetivo de este estudio fue explorar las percepciones de los pacientes sobre la seguridad de la atención primaria de Inglaterra.

Métodos: Se llevó a cabo un estudio cualitativo fenomenológico en las regiones de Haywards y Reading (Inglaterra). La población de estudio fueron pacientes atendidos en Atención Primaria con y sin experiencias previas de problemas de seguridad. El muestreo fue oportunista, reclutándose 27 participantes. La información se obtuvo a partir de dos grupos focales y dos grupos triangulares en base a un guion semiestructurado. Cada grupo tuvo una duración de 60 minutos, alcanzándose la saturación del discurso. La información obtenida fue analizada a través de un análisis de contenido temático descriptivo.

Resultados: Los participantes percibieron la existencia de un amplio número de factores que pueden afectar a la seguridad del paciente. Dichos factores estuvieron relacionados con los profesionales sanitarios, con el sistema sanitario y con los propios pacientes. Los factores relacionados con los profesionales sanitarios fueron: habilidad, formación y experiencia profesional, actitud hacia los pacientes, precisión en el desarrollo de actividades clínicas, carga de trabajo y recursos disponibles. Los factores relacionados con el sistema sanitario fueron: accesibilidad a los servicios, intercambio de información, variabilidad en la práctica clínica, carga de trabajo y recursos del sistema. Finalmente, los factores relacionados con los pacientes fueron sus propias actitudes/comportamientos durante los encuentros clínicos, que estuvieron moduladas por sus experiencias previas de efectos adversos. Además, emergieron como temas transversales la continuidad del cuidado, la seguridad relacionada con el tratamiento y la confidencialidad.

Conclusiones: La exploración de las percepciones de los participantes en este estudio ha permitido la identificación de una amplia variedad de factores que pueden determinar la seguridad del paciente en atención primaria. Este trabajo ilustra la necesidad de incorporar la voz de los propios usuarios para poder realizar una evaluación integral de los servicios de salud.

Financiación: NIHR School for Primary Care Research.

222. PRUEBAS PREOPERATORIAS: ¿HASTA QUÉ PUNTO NECESARIAS?

I. Fernández Jiménez, J.R. Repullo Labrador

Hospital Universitario La Paz; Escuela Nacional de Sanidad.

Antecedentes/Objetivos: A los pacientes que van a ser sometidos a una intervención quirúrgica se les realiza una valoración preoperatoria, que por lo general, incluye la realización de una serie de pruebas. Las pruebas que se solicitan con mayor frecuencia son: tests de laboratorio (hemograma, estudio de coagulación, función renal y glucosa), electrocardiograma y/o radiografía de tórax. Cada vez hay más evidencia que estas pruebas preoperatorias se deben realizar de forma

selectiva, lo que no va en perjuicio del cuidado del paciente. Objetivos: el objetivo principal de este estudio es determinar el porcentaje de pruebas preoperatorias solicitadas y no recomendadas según la guía clínica de NICE (National Institute for Health and Care Excellence), que se solicitaron en los pacientes sometidos a cirugía de varices, hernia inguinal y artroscopia de rodilla en el Hospital Universitario La Paz (HULP) durante el año 2012. Como objetivos secundarios se pretende determinar el porcentaje de pruebas preoperatorias realizadas en estos pacientes y estimar el coste que dichas pruebas suponen, así como el ahorro que conllevaría si se siguieran las recomendaciones de la guía clínica.

Métodos: Los pacientes que se sometieron a cirugía de varices, hernia inguinal y artroscopia de rodilla durante el año 2012 en el HULP fueron identificados (N = 563). Se determinó el número de test preoperatorios realizados y su adecuación a las recomendaciones de la guía de NICE. Así mismo se realizó un cálculo del coste estimado de estas pruebas.

Resultados: Al 100% de los pacientes se les realizó un electrocardiograma, estudio de coagulación, función renal y glucosa. Al 97,9% se les sometió a una radiografía de tórax y al 99,8% un hemograma. Un 99,6% de los estudios de coagulación realizados no estaba recomendado por la guía clínica, ni el 80,1% de los test de glucosa. Como promedio el 51,3% de las pruebas realizadas no seguían las recomendaciones de la guía. Se podría haber ahorrado al menos un 36,7% del gasto total de test preoperatorios si se hubieran seguido las recomendaciones de la guía clínica.

Conclusiones: Las pruebas preoperatorias se usan en exceso en el HULP en los pacientes sometidos a cirugía de varices, hernia inguinal y artroscopia de rodilla. El establecimiento de guías clínicas podría ser un primer paso para intentar racionalizar su uso excesivo. Todos los profesionales involucrados deberían ser partícipes del proceso de adaptación e implantación de una guía clínica en este ámbito.

772. PÁGINA WEB DIANASALUD.COM: DIFUSIÓN DE INICIATIVAS PARA ANALIZAR LA ADECUACIÓN EN SALUD

M.J. Quintana, D. Osorio, V. Balasso, T. Puig, I. Bolívar, I. Solà, G. Urrútia, X. Bonfill

IIB Sant Pau, Barcelona; CIBER de Epidemiología y Salud Pública.

Antecedentes/Objetivos: Existe una preocupación creciente por la calidad y la seguridad de la atención sanitaria, así como por disminuir la presión económica. En la actualidad cada vez se le da más importancia a evitar las prácticas clínicas que se consideren inapropiadas, innecesarias o que no hayan demostrado ser eficaces o efectivas. Muchas iniciativas a nivel internacional han analizado la idoneidad de las diversas intervenciones y, como resultado, se han publicado en diferentes medios recomendaciones sobre prácticas que se utilizan en exceso, subutilizadas o mal utilizadas. Una sola fuente para consultar todas estas recomendaciones sería útil para la toma de decisiones en salud. Con este objetivo se desarrolló una página web para integrar y difundir estas iniciativas.

Métodos: Se realizó una amplia búsqueda en PubMed, Google y páginas web de las organizaciones de salud de excelencia utilizando diferentes términos relacionados con el tema. También se consultó con expertos en el campo. Se diseñó una página web que integra las principales iniciativas locales y mundiales en este ámbito y que está dirigida a médicos, gestores y directivos de salud e investigadores. Es de libre acceso, en inglés y en español.

Resultados: DianaSalud.com ya se halla activa. Cuenta con tres secciones: 1) Una lista de las iniciativas que han analizado la idoneidad en la atención de la salud, que incluye un perfil descriptivo y enlaces directos a las referencias originales; 2) Una base de datos de recomendaciones sobre intervenciones que se utilizan en exceso,

subutilizadas o mal utilizadas, con diferentes criterios de búsqueda como especialidad, tipo de intervención, tipo de recomendación, año de publicación o con términos de búsqueda; y 3) una sección abierta al público en la que se pueda sugerir la inclusión de nuevas iniciativas o recomendaciones. DianaSalud.com incluye actualmente más de 1.200 recomendaciones de iniciativas de 11 organizaciones de salud y se actualiza constantemente con las nuevas iniciativas y recomendaciones que se publican.

Conclusiones: DianaSalud.com permite integrar y difundir las iniciativas mundiales que han analizado la adecuación en la atención sanitaria y sus resultados. Es una herramienta que puede ser muy útil para los clínicos, los gestores de la salud e investigadores en la toma de decisiones, permitiendo el análisis de información en el cuidado de la salud de forma rápida y sencilla. También permite comparar los resultados entre las iniciativas y difundir nuevos análisis de idoneidad.

Atención sanitaria (Oral 10 minutos)

Jueves, 4 de septiembre de 2014. 17:30 a 19:30 h

Moderadora: *Nayara Tamayo Fonseca*

370. EFECTO DIFERENCIAL DE LA RURALIDAD EN LOS INGRESOS EVITABLES EN DOS ÁREAS SANITARIAS DE CÓRDOBA

M.A. García Sánchez, J.J. Lara Serrano, M.E. Gómez Torres, A. Pérez Ramos, A. Rodríguez Torrenteras, A. Varo Baena

Área Sanitaria Norte de Córdoba; Hospital Reina Sofía; Distrito Guadalquivir de Córdoba; Distrito Centro Córdoba; Delegación de Salud Córdoba, Consejería de Salud.

Antecedentes/Objetivos: Los Indicadores de Calidad de Prevención (PQI) indican ingresos hospitalarios que se podría evitar si la atención ambulatoria se hubiera producido de forma más apropiada, con evidencia científica de ello. Queremos explicar si el Índice de Privación Socioeconómica (ISNSE), el Índice de Ruralidad (IR) junto con las Cronas (distancia en minutos a su Hospital de referencia) influyen en los PQI, provocando que las áreas más deprimidas y rurales y más alejadas del hospital tengan peores indicadores.

Métodos: Se han utilizado los PQI90 (tasa de ingresos global), PQI91 (tasa de ingresos por condiciones agudas) y PQI92 (tasa de ingreso por condiciones crónicas) del Área Sanitaria Norte y Distrito Guadalquivir, extraídos del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de los años 2007, 2008, 2009 y 2010 de su hospital de referencia. Para cada municipio se le ha calculado los PQI estandarizados por edad y sexo por el método indirecto, el ISNSE, el IR, las Cronas, la renta media de los municipios y el índice de frecuentación. Se codifica la variable Distrito con los valores 1 para el Área Norte y 0 para el Distrito Guadalquivir. Se ha construido un modelo de regresión lineal para cada PQI como variable dependiente y Distrito, ISNSE, IR y las Cronas, rentas e índice de frecuentación como variables independientes. Se ha comprobado que satisfacen las condiciones de aplicabilidad del modelo.

Resultados: El Área Sanitaria consta de 21 municipios, el ISNSE tiene de media 1,51 y de desv. típ 0,61; ruralidad 1,15 y 0,37; cronas 25 y 15,6 minutos; renta 10974 y 2221, euros; frecuentación 8068 y 1672, visitas. Distrito Guadalquivir consta de 22 municipios, ISNSE tiene de media 1,89 y de desv. típ 0,64; Ruralidad 0,42 y 0,32; Cronas 31 y 12,3; Renta 11343 y 1270; Frecuentación 7.910 y 1.127. El

modelo de regresión lineal es $PQI90 = 1,1 - 0,01 * \text{Distrito} + 0,09 * \text{ISNSE} - 0,45 * \text{IR} + 0,31 * \text{IR} * \text{Distrito} - 0,06 * \text{Crona}$ $PQI91 = 1,1 - 0,13 * \text{Distrito} + 0,12 * \text{ISNSE} - 0,47 * \text{IR} + 0,40 * \text{IR} * \text{Distrito} - 0,08 * \text{Crona}$ $PQI92 = 1,1 + 0,06 * \text{Distrito} + 0,07 * \text{ISNSE} - 0,44 * \text{IR} + 0,28 * \text{IR} * \text{Distrito} - 0,05 * \text{Crona}$. La variable Distrito no alcanzó significación estadística y sí la interacción Distrito IR.

Conclusiones: Las dos áreas sanitarias tienen el mismo comportamiento en sus PQI. Sin embargo, la ruralidad tuvo un efecto diferenciado sobre los ingresos evitables en ambos distritos. A mayor aumento de Índice de Privación y Ruralidad alta, aumentan las tasas globales y las tasas de ingresos por condiciones crónicas y agudas, sensibles a cuidados ambulatorios de calidad, sin embargo las Cronas influyen negativamente.

218. ANÁLISIS COMPARATIVO DE LA UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS SANITARIOS POR LA POBLACIÓN ADULTA ESPAÑOLA

C. Carral Sutil, N. Lorusso, N. Caro Melero, A. Delgado, O. Mendoza, A. Fernández

Hospital Universitario Virgen del Rocío; Escuela Andaluza de Salud Pública.

Antecedentes/Objetivos: Existe gran interés por conocer los factores que intervienen en la utilización de los servicios sanitarios, principalmente en este contexto de crisis, así como investigar la equidad efectiva en el acceso y utilización estos. Objetivo: comparar la utilización de servicios sanitarios de Atención Primaria, (AP) urgencias y hospitalización, en la población adulta española en el año 2011/12 en relación al año 2006/07.

Métodos: Se analizó la relación entre las variables sociodemográficas (edad, sexo, estado civil, estudios, clase social y situación laboral), nacionalidad, cobertura sanitaria y salud percibida con la utilización de servicios en los dos periodos estudiados mediante la Encuesta Nacional de Salud (ENSE) 2006/07 y de la ENSE 2011/12. Se realizó análisis descriptivo, bivalente y estratificado para las variables independientes de interés en el caso de cada variable de utilización.

Resultados: Al comparar ambos años ha disminuido significativamente la utilización de AP un 4% ($p < 0,001$), urgencias un 2,3% ($p < 0,001$) y hospitalización un 1,1% ($p < 0,001$). Comparamos la relación de las variables sociodemográficas con la utilización de AP observando que disminuye significativamente ($p < 0,001$) en la mayoría de éstas, salvo en extranjeros y en personas con ambos tipos de aseguramiento. La utilización de urgencias se ha reducido significativamente ($p < 0,001$) en la mayoría de las categorías de las variables. No ha habido cambios significativos en la utilización en la clase social IV, en personas con ambos aseguramientos, con aseguramiento privado, así como quienes presentan mala salud percibida. Al comparar la hospitalización se observa que no disminuye significativamente en todas las categorías de variables sociodemográficas. No lo hace en las personas sin estudios primarios o con estudios universitarios, en clases sociales III, V y VI, extranjeras, en las que tienen ambos aseguramientos o tienen aseguramiento privado. Tampoco ha cambiado la hospitalización significativamente en las personas con mala salud percibida.

Conclusiones: Se ha reducido la utilización de los servicios sanitarios estudiados, en 2011/12 respecto a 2006/07. El descenso de utilización de Atención Primaria podría ser explicado por la receta electrónica que en el año 2006 únicamente la había implantado Andalucía. En la utilización de urgencias, la decisión de quienes lo utilizan juega un papel fundamental, y responden a necesidades inmediatas de mayor o menor gravedad. La utilización hospitalaria está mucho más mediada por el criterio profesional y clínico que por la demanda del usuario.

420. ESTRATEGIA DE ANÁLISIS Y PLAN DE MEJORAS EN LOS GRD QUE CONSUMEN MÁS ESTANCIAS

J. Carmona Díaz-Velarde, J. Salas Turrens, M. Maure Rico, R. Hidalgo, A. Martínez, J. Márquez, C. Míguez

Inspección de Servicios Sanitarios; Hospital Universitario Virgen Macarena; Hospital Universitario Virgen de Valme; Hospital Universitario Virgen del Rocío.

Antecedentes/Objetivos: La probabilidad de días de estancia inadecuada depende de las características del paciente, la organización de la asistencia sanitaria del hospital y la coordinación entre el hospital y el resto del sector sanitario. La monitorización de la duración de la estancia hospitalaria, combinado con la presencia de protocolos diagnósticos, de tratamiento y planificación del alta, probablemente mejorarían la eficiencia. Para ello nos proponemos identificar las áreas con mayor margen de mejora. **Objetivos:** 1. Identificación de los GRDs menos eficientes y con mayor ganancia potencial de estancias por cada Unidad de Gestión Clínica (UGC) y hospital. 2. Propuesta de planes de mejora.

Métodos: Se realizó un análisis para establecer los días de estancia inadecuados en comparación con el estándar actual del SAS y una auditoría para corroborar que los resultados se basaran en el conocimiento de cada problema identificado. El listado de GRDs propuestos para ser objeto de acciones de mejora responde a cuatro consideraciones: Casuística suficientemente robusta en número de altas. Un nivel de ineficiencia que suponga un impacto importante en la gestión asistencial. Que su nivel de ineficiencia esté razonablemente desligado de factores aleatorios, inherentes a la variabilidad evolutiva secundaria a la gravedad de los pacientes. Que su gestión se concentre en un reducido número de UCG.

Resultados: En el Hospital 1 (HVR) la casuística de los GRDs menos eficientes aparece en relación a: partos y cesáreas, patología quirúrgica de mama y patologías cardíacas. En el Hospital 2 (HVM) se concentra en: patología cardiovascular isquémica, cateterismos diagnósticos cardíacos, parto y patología de cadera. Se han identificado planes de mejora para cada grupo de patología y hospital que se dirigen fundamentalmente a la gestión de recursos (organización de las intervenciones urgentes-diferidas optimizando la patología programada, disponibilidad de quirófanos y mayor uso del hospital de día médico); la evaluación de protocolos y circuitos (para acortar los tiempos de cirugía y disminuir los días de hospitalización); y la coordinación (con consultas externas y con las áreas hospitalarias dependientes).

Conclusiones: Optimizando la planificación del alta y la reorganización del hospital en la programación de las intervenciones diagnósticas y terapéuticas puede, reduciendo y evitando las estancias hospitalarias inadecuadas, ayudar a eliminar la costosa ineficiencia en el sector de la atención sanitaria.

445. EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA DE MEJORA DE LA PROFILAXIS ANTIBIÓTICA EN CIRUGÍA EN EL PERIODO 2011-2013

V. García Román, P. García Shimizu, I. Tenza Iglesias, J.L. Mendoza García, E.J. Silva Contreras, M. El Attabi, J.L. Carretero Ares, M. González Hernández, J. Sánchez Payá

Unidad de Epidemiología, Servicio de Medicina Preventiva, Hospital General Universitario de Alicante.

Antecedentes/Objetivos: La realización de la profilaxis antibiótica en cirugía de manera adecuada es una de las medidas de eficacia probada para la prevención de infecciones de localización quirúrgica. El objetivo del estudio es evaluar la efectividad de un programa de mejora de la adecuación de la profilaxis antibiótica en cirugía (PQ).

Métodos: Programa mejora: elaboración y distribución de informe global e individualizado para cada servicio y sesiones clínicas para su discusión con los servicios quirúrgicos. Evaluación adecuación de la

PQ: realizado cuatro estudios observacionales tipo cohortes, uno en 2011 (junio), dos en 2012 (junio y diciembre) y uno en 2013 (junio). En cada uno, durante 15 días consecutivos se incluyeron los pacientes sometidos a cirugía ingresados durante > 24 horas tras ella. Se incluyeron 1.877 procedimientos en los cuatro estudios y fueron seguidos durante un periodo máximo de 72 horas tras el mismo. Para evaluar la adecuación se utilizaron como referencia los protocolos de PQ de la Comisión de Infecciones, y se calcularon dos indicadores: adecuación global (no realizada no estando indicada o cuando realizada estando indicada fuera adecuada por antimicrobiano, inicio y duración) y adecuación de la realizada estando indicada (por antimicrobiano, inicio y duración). Para cuantificar ambos indicadores se calculó el porcentaje de adecuación para 2011, 2012 y 2013, con sus intervalos de confianza al 95%. Para el estudio de la evolución de la adecuación, se utilizó la prueba de la Ji cuadrado para tendencias.

Resultados: Las características de los procedimientos quirúrgicos del 2011, 2012 y 2013 fueron homogéneas (edad, inmunosupresión, cirugía limpia y cirugía con implantes). La adecuación global del uso de PQ fue del 57,6% (IC95%: 52,9-62,2) en 2011, del 62,5% (IC95% 59,4-65,5) en 2012 y del 63,6% (IC95%: 59,0-68,3) en 2013; no significativa. La adecuación de la realización de PQ estando indicada fue del 61,4% (IC95%: 55,3-67,2) en 2011, del 61,0% (IC95%: 56,9-65,1) en 2012 y del 61,2% (IC95%: 55,0-67,3) en 2013; no significativa.

Conclusiones: Se ha producido una pequeña mejoría en el nivel de adecuación global de la PQ con el paso de los años, aunque de forma no significativa. La adecuación de la PQ estando indicada no se ha modificado con la intervenciones. Es necesario seguir trabajando para mejorar el nivel de adecuación de la Profilaxis Antibiótica en Cirugía.

557. PRESCRIPCIÓN ANTIBIÓTICA EN INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN ATENCIÓN PRIMARIA

S. Malo, C. Feja, M.J. Lallana, J. Moliner, I. Aguilar, M.J. Rabanaque

Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad de Zaragoza; Servicio de Farmacia de Atención Primaria, Servicio Aragonés de Salud.

Antecedentes/Objetivos: El objetivo del estudio es describir la frecuencia y patrón de prescripción antibiótica en infecciones respiratorias agudas (IRAs) en el ámbito extrahospitalario de Aragón, estudiando la adecuación a las recomendaciones nacionales.

Métodos: Se realizó un estudio observacional retrospectivo (1 septiembre 2009-31 agosto 2010) con datos extraídos de OMI-AP, herramienta informática que recoge la historia clínica electrónica en Atención Primaria en Aragón. Para todos los pacientes con episodios codificados según la clasificación CIAP como otitis, infección de vías respiratorias altas, sinusitis, amigdalitis y bronquitis, se obtuvo la edad y sexo. En los episodios con tratamiento antibiótico se recogió el código ATC del fármaco. Se calculó la proporción de pacientes tratados con antibióticos, por diagnóstico y grupo de edad, y se describió el patrón prescriptor en cada caso. Posteriormente se evaluó la adecuación a las recomendaciones actuales en España.

Resultados: Un total de 320.267 pacientes fueron diagnosticados de 520.829 episodios de IRA durante el año de estudio. La infección de vías respiratorias altas fue la más frecuente, con 375.000 casos (72% del total). Más del 70% de los pacientes con otitis, sinusitis o amigdalitis recibieron un antibiótico, frente a un 50% de aquéllos con bronquitis y a un 25% de los que presentaron infección de vías respiratorias altas. De forma general, los pacientes de 15-64 años recibieron antibióticos en un mayor porcentaje de episodios de IRAs, excepto en el caso de las otitis, donde el porcentaje de niños tratados fue superior al del resto de grupos de edad. En cuanto al tipo de antibiótico utilizado, el agente de primera elección según las guías fue prescrito en un 33% de las otitis, 13% de las sinusitis, 8% de las amigdalitis y 17% de las bronquitis. Se observó una elevada utilización de antibióticos de segunda elección o no recomendados.

Conclusiones: La prescripción de antibióticos en infecciones respiratorias agudas es superior a la aconsejada por las guías actuales en nuestro país, especialmente en determinados grupos de edad. La elección de los fármacos se aleja de forma importante de los definidos como primera elección, optándose en la mayoría de los casos por sustancias de amplio espectro o no recomendadas.

84. PERCEPCIÓN DEL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD Y DEMANDA DEL CUIDADO EN COMUNIDADES RURALES DE CHIMBOTE-PERÚ

J.M. Ponce Loza, E.D. Melgarejo Valverde, Y.M. Rodríguez Barreto, D.G. Guibovich Arroyo, B.M. Pozo Cusma, L. Trujillo Roldán

Universidad Nacional del Santa-Perú; Unidad de Inteligencia Sanitaria de EsSALUD de Chimbote.

Antecedentes/Objetivos: En la sociedad coexisten diversas conceptualizaciones y prácticas de salud, generando demandas de cuidado según su percepción de la salud-enfermedad, que generalmente es asimétrico a los servicios de salud. Este problema afecta a las familias de diferentes estratos sociales, evidenciándose mayormente en las comunidades rurales que urbanas, como es el caso de la Comunidad Rural del distrito de Chimbote. En tal sentido, nos motivamos a realizar la presente investigación, planteándose como objetivo general, conocer la relación entre percepción del proceso salud-enfermedad con las demandas de cuidado de la salud en las comunidades rurales del distrito de Chimbote.

Métodos: La investigación es descriptiva correlacional de corte transversal, desarrollado en las comunidades rurales del distrito de Chimbote, de la provincia del Santa, Región Ancash en el año 2012, en una muestra de 88 pobladores. Para efecto de la investigación se considera percepción del proceso salud-enfermedad, a la expresión y entendimiento de la salud y de la enfermedad, como producto de su cultura. Y demandas de cuidado de la salud, en la medida de su preocupación, interés, afecto, protegerse, acuden a diversas instancias para atender sus necesidades y/o problemas de salud. Los datos fueron procesados en el software estadístico EPIINFO v. 3.4.3.

Resultados: En las comunidades rurales del Distrito de Chimbote, prevalece una percepción biológica (59,1%), seguido de la percepción ecológica (35,2%) y, con mínima proporción la percepción histórico social (5,7%) del proceso salud-enfermedad, y cada 10 pobladores, 6 aproximadamente tiene una percepción biológica. La mayoría de pobladores tienen una demanda de cuidado clínico asistencial (49,9%), seguido de la autoatención (38,6%) y, una quinta parte lo espiritual (20,5%). Existe una relación significativa entre la percepción del proceso salud-enfermedad y las demandas de cuidado de la salud ($p=0,0245$), y existe 3,2 veces más riesgo que los pobladores demanden un cuidado de la salud clínico asistencial si la percepción del proceso salud enfermedad es biológica ($OR=3,2$).

Conclusiones: Los resultados expresan mayor preocupación por la enfermedad que por la persona enferma, en tal sentido el estudio aporta las bases para reajustar los servicios de salud pública en viabilizar estrategias incluyentes y equitativas, que involucren a la población en sus dimensiones sociales y culturales, conllevándoles a prácticas de la salud alternativa y la salud tradicional, base de su propia cultura.

127. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN CENTENARIA INGRESADA EN HOSPITALES DE CASTILLA Y LEÓN

J. García-Cruces Méndez, J. Andrés de Llano, J.B. López Messa

Complejo Hospitalario Universitario de Palencia.

Antecedentes/Objetivos: España es el tercer país tras Japón y Suiza en esperanza de vida. Castilla y León es una de las Comunidades Autónomas más envejecidas. Conocer las características de los pacientes

con más de 100 años que han ingresado en la red de Hospitales Públicos de Castilla y León (Sacyl) en una década.

Métodos: Análisis del CMBD de los pacientes centenarios ingresados en la red de hospitales entre el 1 de enero de 2001 y el 31 de diciembre de 2010. La información correspondiente a los códigos diagnósticos, morfológicos, procedimientos y tratamientos son los correspondientes a la clasificación internacional de enfermedades en su novena edición (CIE 9-MC). Los datos de la población general se obtienen del Instituto Nacional de Estadística a mitad de periodo del estudio. Se realizó un análisis de regresión de joinpoint para evaluar la tendencia de los ingresos a lo largo del tiempo.

Resultados: El número de ingresos de pacientes centenarios en esta década ha sido de 1.432 de un total de 2.377.706 ingresos de todas las edades para una población a mitad de periodo de 2.523.020 habitantes. La tasa de ingresos globales por cada 100.000 habitantes/año es de 9.424. El número de ingresos es de 60 por cada 100.000 ingresos globales lo que supone 6 casos por cada 100.000 habitantes y año. 1.092 pacientes proporcionan 1.432 ingresos. Existieron diferencias en los días de ingreso, siendo el lunes el día de mayor número de ingresos y el domingo el que menos ($p < 0,001$). El porcentaje de reingresos ha sido de 41%. El paciente con edad más elevada tenía 110 años. Por sexos, la distribución ha sido de 2,3 mujeres por varón. En el análisis de regresión de joinpoint se ha observado una tendencia creciente en el número de ingresos con los años mostrando un porcentaje anual de cambio del 15,7% sin observarse puntos de ruptura. El 76% de los ingresos correspondieron a servicios médicos. Han fallecido durante el ingreso 381 pacientes lo que supone un 27% de los casos. Los tres grupos relacionados con el diagnóstico más frecuentes han sido los códigos 541 (neumonía simple y otros trast. respiratorios exc. bronquitis y asma con cc mayor) con un 8,9%, el 544 (insuficiencia cardiaca congestiva y arritmia cardiaca con cc mayor) con un 6,9% y el 127 (insuficiencia cardiaca y shock) con un 4,8%. 270 pacientes (19%) precisaron de algún procedimiento quirúrgico.

Conclusiones: La atención a la población anciana es una característica de los hospitales públicos de nuestro Sistema Nacional de Salud. La atención a la población centenaria ya no es una anécdota y en nuestros hospitales presentan una tendencia ascendente en los últimos años. La mortalidad es elevada llegando a alcanzar el 27%. Hay que destacar que el 19% de ellos son intervenidos quirúrgicamente.

214. EVOLUCIÓN DE LA ESPERANZA DE VIDA EN BUENA SALUD Y ESPERANZA DE VIDA LIBRE DE ENFERMEDAD CRÓNICA EN LA COMUNIDAD VALENCIANA, 2005-2010

A. Nolasco, N. Tamayo-Fonseca, P. Pereyra-Zamora, J. Moncho, I. Melchor, M.A. Irlés, C. Barona

Universidad de Alicante; Registro de Mortalidad de la CV; Servicio del Plan de Salud, DGSP-GV; Servicio del Plan de Salud, DGSP-GV.

Antecedentes/Objetivos: Los indicadores resumen son utilizados para monitorizar los cambios en la salud de una población. El objetivo de este trabajo fue el de analizar la evolución de los indicadores de Esperanza de Vida en Buena Salud (EVBS) y Esperanza de Vida Libre de Enfermedad Crónica (EVLEC) en la Comunidad Valenciana (CV) para el 2005 y 2010. También se analiza el efecto del cambio de la mortalidad y de la prevalencia en los resultados de los 2 indicadores para el 2010, si las condiciones de mortalidad o prevalencias se hubieran mantenido igual que en el 2005.

Métodos: Los datos de salud percibida y enfermedades crónicas proceden de la Encuesta de Salud de la CV del 2005 y 2010, las defunciones del Registro de Mortalidad y la población del INE. Se ha calculado la EVBS y EVLEC mediante el método de Sullivan, y con base en la pregunta de salud autopercebida y del listado de 19 enfermedades crónicas incluidas en los 2 cuestionarios de Adultos. Para analizar el impacto de las prevalencias y la mortalidad en los indicadores

del 2010, se ha introducido la población estándar y defunciones del 2005 aplicada a la del 2010 y las prevalencias del 2005 con las defunciones y población del 2010.

Resultados: En general, ha habido un pequeño cambio en la EVBS pasando de 60,5 en 2005 a 62,7 años en 2010. En hombres, el cambio es bastante notable pasando de 61,0 a 64,2 años, con una ganancia de 3,2 años, mientras que en mujeres solamente ha habido ganancia de 1,3 años pasando de 60,1 a 61,4 años. En cuanto a la EVLEC, el cambio ha sido notable, pasando de 45,0 a 51,0 años. En hombres esta diferencia ha sido de 4 años (47,3 a 51,3 años), mientras que en mujeres hubo una ganancia de hasta 8 años (42,6 a 50,6). Respecto al impacto en los indicadores del 2010 de la aplicación de la mortalidad y prevalencias del 2005, se ha podido observar que los cambios en la EVBS son pequeños (1 año en mortalidad y 1,3 años en prevalencias), mientras que en la EVLEC el cambio es mayor debido a la prevalencia que a la mortalidad (5,5 años y 0,6 años respectivamente).

Conclusiones: La EVBS se ha modificado ligeramente, en favor de los hombres, y en las mujeres casi no se ha modificado. Sin embargo la EVLEC ha mejorado notablemente, destacando la ganancia en años en las mujeres. El impacto de la mortalidad es menor sobre el indicador de EVLEC que sobre la EVBS, mientras que el impacto de la prevalencia es bastante mayor en la EVLEC y mucho mayor en mujeres. Las diferencias en mujeres vienen dadas por la prevalencia, mientras que en hombres por la mortalidad.

77. IDENTIFICACIÓN DE LA FRAGILIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA: PROPUESTA DE UN NUEVO MODELO

A. Bueno, A. Díaz, J. Núñez, K. Vrotsou, I. Vergara

CS Beraun, Comarca Gipuzkoa, Osakidetza; Unidad Investigación AP-OSis Gipuzkoa; Instituto Biodonostia; REDISSEC; Centro Kronikgun.

Antecedentes/Objetivos: Definir un modelo de identificación precoz de sujetos con elevado riesgo de presentar eventos adversos relacionados con la fragilidad, para ser aplicado en atención primaria (AP).

Métodos: Estudio de cohorte abierta de 2 años de duración de sujetos mayores de 75 años, autónomos y no institucionalizados. Se desarrolló en centros de AP. Se recogió información basal y seguimiento cada seis meses, incluyendo la medición de la situación funcional mediante el Índice de Barthel, Lawton, las pruebas funcionales "Levántate y anda cronometrado (LAC)" y "Velocidad de la marcha". También la comorbilidad, la polifarmacia (más de 4 fármacos), el apoyo social, entre otros. Se consideró evento adverso la ocurrencia de la muerte, y la pérdida de autonomía (Barthel < 90 o pérdida de 10% respecto al basal). Se derivaron modelos uni y multivariantes de regresión logística binaria que explicaran la ocurrencia de los eventos adversos (Sí/No). El trabajo fue aprobado por el Comité de Ética correspondiente (CEIC).

Resultados: 215 sujetos fueron incluidos. 169 finalizaron el seguimiento. 50 presentaron eventos adversos. De estos el 84% perdió autonomía y el 16% falleció. La edad, el valor de LAC, el Barthel y la presencia de polifarmacia fueron los factores estadísticamente asociados ($p < 0,05$) a la ocurrencia de eventos adversos en el análisis multivariante. El modelo propuesto tiene un área bajo la curva = 0,876. Considerando como punto de corte una probabilidad estimada de $p = 0,20$, la sensibilidad y especificidad del mismo son 83% y 68% respectivamente.

Conclusiones: Este modelo podría facilitar la identificación de individuos frágiles, con elevado riesgo de presentar eventos adversos en atención primaria. Sería además una herramienta aplicable en la consulta diaria. Es necesario continuar esta línea de investigación, para validar el modelo y valorar su aplicabilidad en la práctica habitual.

Financiación: Departamento de Salud Gobierno Vasco 2011111122.

621. CONCORDANCIA DE TRES MÉTODOS PARA CONOCER EL GRADO DE CONTROL DE LA TERAPIA DE ANTICOAGULACIÓN ORAL EN ATENCIÓN PRIMARIA DE MADRID: ESTUDIO CHRONOS-TAO

C. Figueroa, R. Alonso-Roca, V. Mainar, M. Arribas, L. Sánchez-Perruca, R. Rodríguez

Escuela Nacional de Sanidad, ISCIII; CS de Griñón; Gerencia de Atención Primaria, Madrid.

Antecedentes/Objetivos: Conocer el grado de control de los pacientes en terapia de anticoagulación oral (TAO) con el método de Rosendaal y el grado de concordancia de tiempo en rango $\geq 60\%$ de otros 2 métodos más sencillos de calcular en la práctica clínica.

Métodos: Estudio descriptivo en pacientes ≥ 14 años con ≥ 2 prescripciones de acenocumarol/warfarina y diagnósticos de fibrilación auricular o trombosis venosa profunda/embolismo pulmonar, excluyendo valvulopatías, en los centros de salud (263) de la Comunidad Autónoma de Madrid entre abril 2012 y marzo 2013. La variable principal es el grado de control medido mediante el Tiempo en Rango Terapéutico (TRT), considerando buen control si la Relación Normalizada Internacional (INR) está en valores 2-3 (INR terapéutico) y 1,8-3,2 (INR ajustado). El TRT se midió mediante tres métodos: el método de Rosendaal (internacionalmente aceptado pero muy difícil de calcular en la práctica clínica) que asume un comportamiento lineal entre dos INR consecutivos; el Duxbury que adjudica la mitad del tiempo entre 2 INR a cada uno de ellos; y el clínico que asigna todo el tiempo al INR inicial del periodo. Tomamos el TRT $\geq 60\%$ como punto de corte de buen control y medimos la concordancia con el Índice de Kappa.

Resultados: Se incluyeron a 49.356 pacientes. Un 50,1% son varones y un 65,6% tienen más de 75 años. La edad media es de 76,8 años (DE 10,8), más baja en los hombres (74,6 años DE 11,1) que en las mujeres (78,9 años DE 10,1). La media de días entre las determinaciones es de 24,2 (DE 6,5) y la media de determinaciones por paciente es de 12,4 (DE 4,8), sin diferencias significativas por sexo ni por edad. Para el rango terapéutico y el ajustado, respectivamente la media del TTR según Rosendaal es de 65,1 (IC95%: 64,8-65,2) y de 80,1 (IC95%: 79,9-80,2); según Duxbury es de 63,5 (IC95%: 63,3-63,7) y de 71,1 (IC95%: 70,9-71,2) y según el clínico es de 68,6 (IC95%: 68,4-68,7) y de 75,9 (IC95%: 75,8-76,1). El TTR del 60% fue más elevado en el método clínico para el rango terapéutico (68,6% IC95%: 68,4-68,7) y en el método de Rosendaal para el ajustado (88,1% IC95%: 87,9-88,4). Encontramos un grado de concordancia (Kappa) del 59,2% (58,5-60,0 IC95%) entre Rosendaal y Clínico; del 72,0% (71,4-72,6 IC95%) entre Rosendaal y Duxbury para el rango terapéutico; y del 57,8% (56,8-58,8 IC95%) entre Rosendaal y Clínico; del 54,4% (52,7-54,5 IC95%) entre Rosendaal y Duxbury para el rango ajustado.

Conclusiones: El control de la TAO en AP es de alta calidad y el método que mejor se ajusta al Rosendaal para el rango terapéutico entre 2 y 3 es el Duxbury con una buena concordancia según Kappa.

529. ACCESIBILIDAD PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD VISUAL Y COMUNICACIÓN DE SALUD EN INTERNET

Y. Gómez, M. Martín Llaguno

Universidad de Alicante.

Antecedentes/Objetivos: La Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (2008) estima la prevalencia de la discapacidad visual (DV) en España en un 2,14%. El acceso a información y servicios sobre salud a través de Internet, un medio en el que confluyen diversos formatos de comunicación, es cada vez más importante y frecuente. Las personas con DV requieren de teflotecnología para acceder a Internet y es necesario que tanto las páginas como la información sean accesibles. Las normas de accesibilidad impuestas por la legislación española se basan en el estándar WCAG

(Web Content Accessibility Guidelines) desarrollado por W3C. Objetivos Compilar la normativa legal y describir las medidas de accesibilidad para personas con discapacidad visual requeridas a las páginas web relacionadas con la salud.

Métodos: Se ha realizado una revisión sistemática en el BOE entre 1960 y 2013 utilizando: discapacidad, accesibilidad, web, televisión, radio y prensa. Después de recuperar 888 documentos únicos se han seleccionado las leyes referentes a administraciones públicas, medios de comunicación y materias relacionadas con la salud. Se han obtenido 13 que se han sometido a un análisis de contenido para localizar las medidas de accesibilidad requeridas a las páginas.

Resultados: De las 13 leyes analizadas 8 refieren la accesibilidad para personas con discapacidad, 3 de éstas hacen mención explícita al concepto de diseño universal, 5 de ellas incluyen medidas y 4 tienen plazos límite expirando estos entre 2005 y 2013. Además el concepto de discriminación es tratado por 5 de las 13 y en otras 5 se remite a normas externas. Así mismo 3 de las leyes presentan exención por lo tanto no será exigible el nivel mínimo (nivel medio) si no hay solución tecnológica posible. También es habitual (en 7 de las 13) encontrar los anclajes del término accesible que no responden a la accesibilidad universal o accesibilidad para personas con discapacidad.

Conclusiones: La accesibilidad a páginas web es tratada en la legislación de comunicación o de administraciones públicas. La legislación específica de salud simplemente hace referencia a casos puntuales. La legislación vigente exige el nivel medio de accesibilidad a la información proporcionada por medios electrónicos para las personas con discapacidad. Esta norma incluye a las páginas web de salud de servicios de administraciones públicas, empresas que gestionen servicios públicos o aquellas que presten servicios al público general de especial trascendencia económica. Sería interesante hacer un estudio para averiguar si se están cumpliendo estos mínimos exigibles.

305. IMPACTO EN SALUD DE LAS CARACTERÍSTICAS DE LA PLANTILLA DE ENFERMERÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA Y EL CLIMA LABORAL PERCIBIDO EN EL CONTROL DE LA HIPERTENSIÓN

A.I. Parro Moreno, P. Serrano Gallardo, A. Díaz Holgado, J.L. Aréjula Torres, V. Abraira Santos, M.I. Santiago Pérez, J.M. Morales Asencio

Departamental de Enfermería, Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Madrid; IISPHM; INAECU; Gerencia de Atención Primaria Área Única, Madrid; IRYCIS; CIBERESP; Dirección Xeral de Innovación e Xestión da Saúde Pública, Xunta de Galicia; IBIMA; Universidad de Málaga.

Antecedentes/Objetivos: Se ha demostrado la influencia que las características de las plantillas de enfermería, así como el clima laboral, tienen sobre la calidad de los cuidados y los resultados en salud de los pacientes, cuestión insuficientemente explorada en Atención Primaria y en España. Determinar el impacto de las características de la plantilla de enfermería de Atención Primaria (AP) y del clima laboral percibido por las enfermeras sobre el control de la hipertensión arterial (HTA).

Métodos: Estudio analítico transversal en 79.202 pacientes con HTA y 507 enfermeras de Atención Primaria de Madrid, en 2010. Instrumentos para la recogida de los datos: sistemas de información de AP y cuestionario. Variables paciente: control HTA (cifras < 140/90 mmHg), edad; sexo; zona de origen; tiempo de diagnóstico. Variables enfermeras: ratio usuarios/enfermera; percepción del clima laboral, a través del cuestionario validado Nursing Work Index; edad; sexo; tipo de contrato; experiencia profesional; formación; media anual de citas; media anual de citas por paciente; porcentaje de población inmigrante económica. Variables agregadas de ajuste: índice de privación; ratio usuarios/médico; inmigración económica por centro. Se realizó análisis descriptivo, bivariante y multivariante (regresión logística) multinivel (área, centro y pareja médico/

a-enfermera/o) con STATA 12. Se calcularon intervalos de confianza (IC) al 95% de seguridad.

Resultados: Pacientes: edad media 65,9 años; tiempo medio desde el diagnóstico de 7,3 años; 32,2% [IC95%: 31,8-32,5] mal control de HTA. Enfermeras: edad media fue 46,7 años; ratio medio usuarios/enfermera: 2120,8; media anual de consultas por paciente con HTA: 7,7. Las variables que permanecieron de manera significativa en el modelo de regresión multivariante multinivel (ajustado por edad, sexo, tiempo de diagnóstico y país de origen del paciente, así como índice de privación y ratio usuarios/médico) fueron: clima laboral percibido (OR: 0,99; IC95%: 0,98-0,99) y media anual de citas por paciente (OR: 0,98; IC95%: 0,97-0,98).

Conclusiones: Un clima laboral percibido como más favorable por las enfermeras de Atención Primaria, y que el paciente tenga más citas con este profesional, contribuye a mejor control de la HTA. Es fundamental promover entornos laborales favorables para alcanzar mejores resultados en salud.

Problemas de salud poco frecuentes y enfermedades infecciosas (Oral 5 minutos)

Jueves, 4 de septiembre de 2014. 17:30 a 19:30 h

Moderador: Federico Arribas Monzón

75. REGISTRO POBLACIONAL DE ENFERMEDADES RARAS DE LAS ISLAS BALEARES: FOCOS ENDÉMICOS DE AMILOIDOSIS

M. Caffaro Rovira, A. Galmés Truyols, A. Nicolau Riutort

Registro Poblacional de Enfermedades Raras de las Islas Baleares, Servicio de Epidemiología, Dirección General de Salud Pública y Consumo, Islas Baleares.

Antecedentes/Objetivos: En las Islas Baleares se localizan focos endémicos de dos amiloidosis; la fiebre mediterránea familiar, enfermedad hereditaria de transmisión autosómica recesiva, código 277.31 de la novena clasificación internacional de enfermedades (CIE-9) y la enfermedad de Andrade o polineuropatía amiloidótica familiar, de transmisión autosómica dominante, incluida en la CIE-9 en "otras amiloidosis" (277.39). Ambas enfermedades están incluidas en el Registro poblacional de enfermedades raras y disponen de un registro hospitalario propio que permite realizar el seguimiento a los pacientes. El objetivo del estudio es describir los casos de fiebre mediterránea familiar y de la enfermedad de Andrade incluidas en el Registro poblacional de enfermedades raras de las islas Baleares. Los casos del registro se han obtenido del conjunto mínimo básico de datos (CMBD) de todos los hospitales públicos de las Islas Baleares sin que por el momento se hayan incorporado otras fuentes.

Métodos: Análisis descriptivo de los casos de fiebre mediterránea familiar y de la enfermedad de Andrade registrados en el Registro poblacional de enfermedades raras de las Islas Baleares en los años 2010-2012.

Resultados: Los casos de fiebre mediterránea familiar registrados en los años 2010-2012 fueron 5, 3 mujeres, con edades entre 28 y 42, y 2 hombres de 15 y 84 años. Tres residen en la isla de Mallorca y 2 en Menorca. De los 5 casos 4 se registraron en el año 2011. Los pacientes registrados con la enfermedad de Andrade fueron 28, 18 hombres, con una mediana de edad de 62 años (28-81) y 10 mujeres con me-

diana de 58 años (35-74), todos ellos residentes en la isla de Mallorca, el 54% en Palma. Fallecieron a causa de la enfermedad 3 hombres de 58, 64 y 76 años. El 61% de los casos de Andrade procede del CMBD del Hospital Son Llätzer, seguido por el 29% del Hospital Son Espases. El 43% (12) de los casos se registraron en el año 2010 y el 36% en 2012.

Conclusiones: En los tres años se han detectado por el CMBD pocos casos de fiebre mediterránea familiar y de la enfermedad de Andrade, por lo que es necesario continuar con el registro en años sucesivos. Para una mayor y mejor detección de casos sería preciso localizar e incluir para el Registro poblacional de enfermedades raras otras fuentes de información diferentes a al CMBD de alta hospitalaria, como son los registros hospitalarios ya existentes, las consultas externas y las consultas de atención primaria, en especial para enfermedades que no son causa de ingresos frecuentes y siguen habitualmente controles ambulatorios.

86. ESTUDIO DE LA PREVALENCIA DE LA INFECCIÓN POR VPH EN EL ÁREA SANITARIA SERRANÍA DE MÁLAGA POR UN PERIODO DE 8 AÑOS

M.J. Gutiérrez Fernández, C. Lebrum Bougrat, E. Soto Hurtado, D. Román Rico, F.J. Mérida de la Torre

AGS Serranía de Málaga.

Antecedentes/Objetivos: El VPH es un virus ADN que pertenece a la familia Papillomavirinae, y al género Papillomavirus. Se han descrito más de 100 tipos o genotipos de VPH capaces de infectar a los seres humanos, cuya distinción se basa en diferencias entre las secuencias de su genoma superiores al 10%. Alrededor de 30 infectan el tracto genital. Los principales genotipos implicados en el desarrollo de patología cervical son: 1) Genotipo de Alto Riesgo (AR): 16, 18, 31, 33, 34, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66, 68 y 70. 2) Genotipo de Bajo Riesgo (BR): HPV 6, 11, 42, 43 y 44. Determinar la prevalencia y genotipado de los VPH en el Área Sanitaria Serranía de Málaga, durante un periodo de 5 años (junio 2006 a junio 2012).

Métodos: Las muestras fueron enviadas procedentes tanto del Hospital como de los centros de salud de Atención Primaria del Área, siendo en su mayoría muestras de exudado endocervical mantenidas y en menor número muestras de tejidos, lesiones verrugosas, condilomas, etc. Se llevó a cabo la Detección y Tipificación molecular de HPV mediante la técnica de PCR-Hibridación (Reverse-Dot Blot).

Conclusiones: 1. Probablemente la prevalencia de VPH en nuestra zona sea superior a la reseñada en las tablas ya que un porcentaje de casos sospechosos clínicamente, no han sido diagnosticados porque las muestras fueron incorrectamente enviadas (4%) y otros por problemas en la amplificación y secuenciación de la muestra (1%). 2. Dado el aumento de casos en la población y la relación directa, con el desarrollo del cáncer de cérvix y otros tumores anogenitales, se precisan estudios epidemiológicos que nos permitan conocer junto a la prevalencia de la enfermedad la de los genotipos considerados de alto riesgo, lo que servirá para establecer medidas de control (vacunación y charlas informativas sobre prevención).

126. ENFERMEDADES RARAS Y DISCAPACIDAD EN LA REGIÓN DE MURCIA, 2010-2012

A.B. Moreno López, M. Segura Aroca, L.M. López Díez, M.V. Abellán Pérez, A. Sánchez Escámez, J.A. Palomar Rodríguez

Servicio de Planificación y Financiación Sanitaria, D.G. Planificación, Ordenación Sanitaria y Farmacéutica e Investigación, Consejería de Sanidad y Política Social, Región de Murcia.

Antecedentes/Objetivos: Las enfermedades raras (ER), también denominadas enfermedades minoritarias, se caracterizan por su baja frecuencia entre la población, elevada complejidad, contribución a la

carga de enfermedad, cronicidad y por ser altamente discapacitantes. **Objetivo:** conocer el nivel de discapacidad presente en los afectados por alguna ER en la Región de Murcia (RM).

Métodos: Estudio descriptivo de los casos de ER prevalentes en la RM en el periodo 2010-2012 con grado de discapacidad reconocido igual o superior al 33% (dintel oficial para el reconocimiento de persona discapacitada). Fuente de los casos: La identificación de ER se realiza a partir del Sistema de Información de Enfermedades Raras de la RM (SIERrm), según la metodología del proyecto nacional Spanish Rare Disease Registries Research Network (SpainRDR). La información sobre discapacidad procede de la Base de Datos de Personas Discapacitadas de la Región, producto de las evaluaciones de los Equipos de Valoración y Orientación. Ambas fuentes dependen orgánicamente de la Consejería de Sanidad y Política Social.

Resultados: El SIERrm ha identificado en el periodo de estudio un total de 33.133 casos de ER. De estos, 14.612 (44%) son discapacitados (tasa de 99,4 casos por 10.000 habitantes). El 49,5% de los casos de ER con discapacidad son hombres y el 50,5% mujeres, aunque la distribución por sexo varía en función del estadio de discapacidad. El 34,2% presenta un estadio leve (54,7% hombres), el 32,5% moderado (47,1% hombres) y el 33,3% restante (46,5% hombres) padece una discapacidad grave. El 49,3% de los casos son mayores de 70 años, aunque el 6,8% son niños. Las ER con discapacidad más frecuentes son las enfermedades renales (10,5%) y algunos tipos de miocardiopatías primarias (6,9%). Entre las menos frecuentes se encuentran el síndrome de Cri-du-chat o el síndrome de Wiskott-Aldrich, con un solo caso. El área de salud con mayor tasa tiene 140,2 casos por 10.000 habitantes y la menor 61,5 casos por 10.000 habitantes.

Conclusiones: Hay una elevada proporción de casos de ER con discapacidad, máxime considerando que el porcentaje de población general discapacitada es del 11,8%. Los casos se distribuyen equitativamente por sexos de forma global, aunque es más frecuente que las mujeres presenten niveles más severos. La mayoría se concentra en personas de edad avanzada; no obstante, destaca la proporción de casos en el colectivo infantil. Los diagnósticos mayoritarios están relacionados con enfermedades renales y cardíacas. La distribución territorial muestra una amplia variación.

158. FIBROSIS QUÍSTICA EN EL REGISTRO POBLACIONAL DE ENFERMEDADES RARAS DE LAS ISLAS BALEARES

M. Caffaro Rovira, A. Galmés Truyols, A. Nicolau Riutort

Registro Poblacional de Enfermedades Raras de las Islas Baleares, Servicio de Epidemiología, Dirección General de Salud Pública y Consumo, Islas Baleares.

Antecedentes/Objetivos: La fibrosis quística (FQ) es una enfermedad autosómica recesiva que se manifiesta en el nacimiento o en la infancia. Puede afectar cualquier órgano interno y frecuentemente se asocia a síntomas respiratorios y digestivos. La insuficiencia pancreática y la enfermedad pulmonar determinan la gravedad de la enfermedad. El diagnóstico neonatal mediante cribado es fundamental para su detección precoz y control eficaz. En el Registro poblacional de enfermedades raras se incluyen los siguientes códigos de la CIE-9: 277.0 FQ, 277.00 FQ sin íleo meconial, 277.01 FQ con íleo meconial, 277.02 FQ con manifestaciones pulmonares, 277.03 FQ con manifestaciones gastrointestinales, 277.09 FQ con otras manifestaciones. El objetivo del estudio es describir los pacientes con FQ y las manifestaciones clínicas registradas en el Registro poblacional de enfermedades raras de las Islas Baleares. Los casos del registro se han obtenido del conjunto mínimo básico de datos (CMBD) de todos los hospitales públicos de las Islas Baleares, del programa de detección neonatal de metabolopatías y del registro de mortalidad.

Métodos: Análisis descriptivo de los pacientes con FQ y manifestaciones clínicas de los casos del Registro poblacional de enfermedades raras de las Islas Baleares en los años 2010-2012.

Resultados: Los pacientes con FQ registrados fueron 32, 16 mujeres, mediana de edad de 17 años (0-48) y 16 hombres con mediana de 13 años (0-29), 21 de los pacientes residentes en Mallorca, el 42% de ellos en Palma. Fallecieron por FQ 2 mujeres, de 21 y 48 años. Se obtuvieron 27 pacientes del CMBD, 4 del cribado neonatal y 1 del registro de mortalidad. Según las manifestaciones clínicas se registraron un total de 60 códigos de FQ para estos pacientes; la más frecuente, con 17 casos, es la FQ sin íleo meconial, seguido de las FQ con manifestaciones pulmonares (16 casos). No se registró ningún caso de FQ con íleo meconial (277.01). En 15 pacientes se registró más de una manifestación clínica y en 4 de ellos los cuatro tipos.

Conclusiones: La continuidad del Registro poblacional de enfermedades raras de las islas Baleares permitirá un mayor conocimiento de los casos de fibrosis quística en las Islas Baleares. Es necesario incorporar nuevas fuentes de información no dependientes de los ingresos hospitalarios de los pacientes.

176. LAS ENFERMEDADES RARAS EN LA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA: ¿UN NUEVO MODELO DE ENFERMO CRÓNICO?

A. Alvarado García, M. García Ribes

Red Española de Registros de Enfermedades Raras para la Investigación (SpainRDR); Servicio Cántabro de Salud.

Antecedentes/Objetivos: 1. Evaluar el grado de conocimiento de los equipos de Atención Primaria (AP) sobre Enfermedades Raras (ER). 2. Sensibilizar a los equipos de AP sobre las necesidades de los pacientes con ER. 3. Difundir el uso de herramientas online, registros, infraestructuras, y recursos asistenciales disponibles para mejorar la atención a estos pacientes. 4. Estimar el número de pacientes con ER atendidos en AP. 5. Evaluar si los equipos de AP son capaces de detectar estos pacientes y de registrarlos adecuadamente. 6. Comparar las patologías registradas desde AP con las de fuentes de Atención Especializada (CMBD). 7. Evaluar el impacto de la actividad en el equipo de AP, refiriéndonos al trato al paciente.

Métodos: Se han realizado talleres interactivos en todos los Centros de Salud de nuestra CA, dirigidos a los equipos de AP. Validamos la consecución de los objetivos por medio de: 1. Encuesta de conocimientos previa y posterior a la realización del taller. 2. Monitorización de los accesos a las herramientas online presentadas y de las altas en el registro nacional de pacientes. 3. Recogida de datos de pacientes con ER incluidos en los cupos de los asistentes. 4. Encuesta de satisfacción de los pacientes con ER de la Comunidad Autónoma.

Resultados: Los conocimientos iniciales de los equipos de AP sobre el tema son ajustados: 50,9% de aciertos en el pretest, aumentando hasta 84,3% en el post-test. El número de visitas a los recursos online subió un 32%, con un 72% de retornos. Se recogieron 221 pacientes, el 2,5% del total del registro autonómico. 12 de ellos tienen más de una patología y 54 son casos familiares. Los médicos de familia registran 3 veces más casos que los pediatras de AP. De las patologías declaradas, 41 códigos entran en el registro desde AP y el CMBD simultáneamente y 58 códigos solo desde AP. El 77% de estos últimos se corresponden con enfermedades de prevalencia desconocida o ultrarraras. Terminada la intervención, los pacientes indican sentirse mayoritariamente satisfechos.

Conclusiones: El formato del taller ha sido muy bien valorado por los asistentes, consiguiendo que los conocimientos fundamentales sean asimilados convenientemente. Si bien la actividad declaratoria ha sido baja en los primeros meses, es posible que sea consecuencia de la baja frecuentación de estos pacientes, teniendo que ser "convocados" por el médico de cabecera una vez identificados. La prevalencia de las ER registradas solo en AP indica que los médicos de familia identifican erróneamente las ER con casos excepcionales o llamativos, que se corresponden con patologías de muy baja prevalencia. Para corregir esta tendencia es necesario programas de formación como el que presentamos.

291. EXPERIENCIA FORMATIVA EN ENFERMEDADES RARAS EN EL HOSPITAL REINA SOFÍA

C. Salamanca Rivera, R. Camino León, M. Barcos Martínez, E. López Laso, J.M. Aldana Espinal, A. Megías Fernández, L. Lahera Robles, L. Agredano Capitán

Plan de Atención a Personas Afectadas por Enfermedades Raras (ER) de Andalucía.

Antecedentes/Objetivos: La formación continuada en ER es fundamental en la actividad asistencial de cualquier sanitario, con independencia del ámbito donde desarrolle su labor. Se calcula que las ER afectan alrededor del 5% de la población de países desarrollados, en España supondría entre 2 y 3 millones de afectados, y unos 500.000 serían residentes en Andalucía. Es importante poner en marcha e impulsar medidas que contribuyan a aumentar y mejorar el conocimiento y la asistencia, y con ello, la calidad de vida y el bienestar de la población afectada por ER. Dado que se calcula que el 80% de estas enfermedades son trastornos genéticos producidos por alteraciones de un solo gen (enfermedades monogénicas), es muy importante tener unos conocimientos sólidos en genética médica. La experiencia formativa en ER se encuadra en el conjunto de actividades desarrolladas con motivo del año de las ER. Objetivo: proporcionar conocimientos básicos para un acercamiento a las ER, incidir en algunos grupos de patologías representativas de las mismas y fortalecer las competencias profesionales en ER.

Métodos: Diseño de actividad formativa dirigida a profesionales sanitarios que realizan labor asistencial con pacientes afectados de ER en el Hospital Reina Sofía. El equipo docente está compuesto por profesionales del Sistema Sanitario Público de Andalucía con reconocida experiencia en los bloques temáticos incluidos en el programa: cribado, metabolopatías, neurocutáneas, tumores, genética, etc. La formación se realiza de manera presencial en clases teóricas con documentación de apoyo, donde el profesor desarrolla los contenidos y fundamentos teóricos en ER.

Resultados: Se inscribieron en esta actividad 19 profesionales, todos ellos médicos, mayoritariamente pediatras. El grado de satisfacción general con el curso fue del 75,42%. Los objetivos planteados se consideraron adecuados por un 78,47% de los participantes. Un 79,17% valoró como adecuado el contenido temático. La metodología fue correcta para un 70,15% de los asistentes. El material entregado se valoró positivamente por un 75% de los alumnos y los docentes tuvieron una puntuación general del 84,11%.

Conclusiones: Dada la buena valoración realizada por los profesionales asistentes a esta actividad, sería deseable que esta experiencia se pudiera replicar en todos los centros del SSPA. Con esto se mejoraría el grado de conocimiento en ER por parte de los profesionales implicados en la atención de este grupo de pacientes, así como poder mejorar la calidad asistencial y el grado de satisfacción de los pacientes atendidos. Sería deseable ampliar la oferta formativa a otros grupos de profesionales implicados en la atención a las ER.

299. INCIDENCIA DEL VIH Y DETERMINANTES EN HOMBRES QUE ACUDEN A UN CENTRO COMUNITARIO DE CRIBADO EN BARCELONA

L. Ferrer, M. Meulbroek, E. Loureiro, F. Pérez, C. Folch, J. Saz, A. Esteve, H. Taboada, F. Pujol, et al

Centre d'Estudis Epidemiològics sobre les ITS i SIDA de Catalunya (CEEISCAT)/ICO/Agència de Salut Pública de Catalunya/CIBERESP; Projecte dels Noms-Hispanosida; Universitat Autònoma de Barcelona.

Antecedentes/Objetivos: En España, los hombres que tienen sexo con hombres (HSH) presentan el mayor porcentaje de nuevos diagnósticos de VIH. A pesar de disponer de indicadores relevantes para caracterizar la situación del VIH, son escasos los datos de incidencia

en el Estado español. Objetivo: estimar la incidencia del VIH entre 2008-2011 e identificar determinantes de seroconversión en HSH participantes en ITACA, primera cohorte de HSH VIH-negativos establecida en un centro de base comunitaria en España.

Métodos: Cohorte abierta y prospectiva en HSH VIH-negativos atendidos desde 2008 en BCN Checkpoint, centro de cribaje voluntario del VIH de base comunitaria para HSH en Barcelona. Criterios de inclusión: ≥ 18 años, VIH-negativo en visita basal y consentimiento informado firmado. En cada visita, miembros del grupo de iguales recogen información bio-conductual. Se recomienda a los usuarios repetirse la prueba del VIH ≥ 1 año. Para el cálculo de la incidencia se utilizó la medida de personas-año (p-a) de seguimiento y se calcularon los intervalos de confianza (IC) al 95%. Para identificar determinantes de seroconversión se realizó un análisis multivariante mediante regresión de Cox.

Resultados: En 3 años de seguimiento, la contribución de los participantes a la cohorte con ≥ 2 visitas fue de 3.562,12 p-a y hubo 85 seroconversiones. La tasa de incidencia acumulada fue de 2,39 por 100 p-a [IC95%: 1,88-2,89], aumentando de 1,21 por 100 p-a en 2009 a 3,08 en 2011. En el modelo ajustado por edad, los determinantes de seroconversión fueron el origen extranjero [riesgo relativo ajustado (RRA) = 2,03], el bajo nivel educativo (RRA = 2,49), tener ≥ 5 pruebas del HIV previas a la visita basal [RRA = 2,47] y en los últimos 6 meses: haber realizado penetración anal sin condón con una pareja estable VIH-positiva [RRA = 2,83] o de serostatus desconocido [RRA = 5,99] o con pareja ocasional (PO) [RRA: 2,00], haber tenido > 10 PO [RRA: 2,11], haber consumido alucinógenos [RRA: 2,57] y autodeclarar gonorrea [RRA = 3,61].

Conclusiones: La elevada incidencia del VIH obtenida confirma la gravedad de la epidemia en HSH en nuestro medio. A pesar de la necesidad de disponer de más información para interpretar algunos resultados, nuestro estudio amplía el conocimiento sobre determinantes de la infección en España, ofreciendo una oportunidad para diseñar estrategias preventivas más precisas. En particular, intervenciones para parejas discordantes e intensificar la prueba a usuarios atendidos por otras ITS.

300. PROYECTO SPAIN-RDR. REGISTRO DE ENFERMEDADES RARAS. ANDALUCÍA

C. Salamanca Rivera, L. Lahera Robles, A. Megías Fernández, J.M. Aldana Espinal, R. Camino León

Plan de Atención a Personas Afectadas por Enfermedades Raras de Andalucía.

Antecedentes/Objetivos: Andalucía participa desde 2011 en el proyecto SPAIN-RDR para elaborar un Registro Estatal de Enfermedades Raras (ER), basado en registros autonómicos de base poblacional; es un proyecto IRDiRC en el que participan ISCIII, comunidades autónomas, asociaciones de pacientes, Ministerio y otros. Entre los objetivos para 2013 estaba el desarrollo de una prueba piloto. Una vez realizada, en el nodo Andalucía se cruzan los datos procedentes de distintas fuentes de información, y se depuran para detectar y eliminar errores y duplicados.

Métodos: Para el estudio piloto del SPAIN-RDR, en el nodo de Andalucía se empleó únicamente el CMBDA como fuente de información, para el periodo de estudio: 01/01/2010-31/12/2011. Se utilizó una lista de 934 ER basada en CIE9-MC y CIE10 consensuada por los nodos del SPAIN-RDR. Los Datos Comunes Elementales se acordaron por consenso en grupos de trabajo. Una vez finalizado el estudio piloto se emplearon otras fuentes como DIRAYA, BDU e IND, y se amplió el periodo de estudio hasta 31/12/2012. El nodo de Andalucía no dispone directamente de los datos de CMBD ni DIRAYA por lo que deben realizar solicitudes expresas para la extracción de la información. Cruzados los datos procedentes de distintas fuentes de información,

para tener el resto de variables sociodemográficas, mediante una depuración manual y exhaustiva se identifican los errores y se eliminan los duplicados.

Resultados: De CMBDA, inicialmente se obtuvieron 108.176 registros de altas hospitalarias, que agrupando por Número Único de Historia de Salud de Andalucía (NUHSA) correspondieron a 73.755 pacientes con al menos un código de ER asignado al alta, con 8.076 fallecidos. Tras una primera depuración, se obtuvieron 106.586 registros para la prueba piloto, que teniendo en cuenta el número de ER de cada paciente, correspondían a 87.063 personas afectadas. Ampliado el periodo de estudio a 2012 y las fuentes de información consultadas, habiendo alcanzado ya el 80% de la depuración e identificación de los datos, tenemos 117.513 registros que corresponden a 106.203 pacientes, con 20.575 fallecidos. Ampliando hasta 2012 el periodo de estudio y el número de fuentes de información consultadas, ha aumentado el número de registros en 20.000 casos aproximadamente afectados por alguna ER.

Conclusiones: Las características de cada sistema de información consultado, así como la dificultosa disponibilidad o el restringido acceso en ocasiones a las diferentes fuentes, hacen complicada la automatización del proceso. También resulta compleja la consecución de ciertas variables requeridas en el proyecto. Si bien, con la ampliación del periodo de estudio y del número de fuentes consultadas, aumenta notablemente el número de casos registrados.

310. EVALUACIÓN DEL CRIBADO DE ENFERMEDADES RARAS METABÓLICAS EN ANDALUCÍA: 2001-2013

L. Lahera Robles, C. Salamanca Rivera, A. Megías Fernández, J.M. Aldana Espinal, R. Camino León, M.C. Junco Gómez

Plan de Atención a Personas Afectadas por Enfermedades Raras de Andalucía.

Antecedentes/Objetivos: Desde 1978 se realiza la Prueba del Talón (PT) en Andalucía con el fin de diagnosticar casos de hipotiroidismo y alteraciones de la fenilalanina antes de que aparezcan los síntomas. En el año 2010 se introduce la espectrometría de masas en tándem (MS/MS) como herramienta en la PT, lo que permite ampliar el número de patologías detectadas. En mayo de 2011 se modifica el procedimiento de recogida de muestra, pasando de dos (una de sangre de cordón al nacimiento y otra de talón a los 7 días de vida), a una muestra única entre las 48 y las 72 horas de vida del recién nacido, y se añade al cribado la detección de fibrosis quística. En una ficha se recoge la muestra (en papel de filtro con 5 pocillos) y los datos del recién nacido y de su madre, del centro de extracción y de las características del parto. Objetivo: evaluar el programa de cribado neonatal.

Métodos: Análisis de datos procedentes de: base de metabolopatías en Web (MTBnet), aplicación para laboratorios de referencia que gestiona la Escuela Andaluza de Salud Pública, y bases de datos de laboratorios. Se dispone de registro informático desde 2001.

Resultados: A 31/12/2013, hay registradas 1.203.688 fichas. Con datos incompletos o erróneos: 36% de fichas de hipotiroidismo y 28,7% de MS/MS. El 1,48% de las muestras para MS/MS y el 1,9% de las de hipotiroidismo son de mala calidad. Desde el inicio de muestra única, el 90% de las notificaciones de normalidad se hacen antes de los 40 días de vida, y el 78% en los 30 primeros. En el caso de recién nacidos a los que se les repite la prueba, el 86% recibe el resultado de normalidad antes de los 40 días, y el 72% en menos de 30 días desde el nacimiento. Desde 2001 se han diagnosticado 634 casos de hipotiroidismo congénito, 180 casos de alteraciones de la fenilalanina, 25 casos de fibrosis quística, 52 acidurias orgánicas, 49 déficits de B-oxidación y 13 casos de otras aminoacidopatías. Como beneficio adicional a este programa, se han podido detectar 36 casos de déficit de vitamina B12 materno.

Conclusiones: La muestra única ha reducido el plazo de notificación. Desde la última modificación del programa, el porcentaje de fichas mal cumplimentadas se ha reducido sensiblemente; por el contrario, la calidad de las muestras ha empeorado, pudiendo relacionarse con el tiempo transcurrido desde las últimas actividades formativas. Esto, unido a la próxima orden ministerial que concreta los programas poblacionales de cribado neonatal de enfermedades endocrino-metabólicas, nos hace pensar en la necesidad de diseñar un nuevo programa de formación que incluya acciones periódicas para mantener actualizada la metodología y así mejorar los resultados.

343. BIOBANCO Y REGISTRO NACIONAL DE ENFERMEDADES RARAS DEL INSTITUTO DE SALUD CARLOS III

A. Villaverde-Hueso, I. Abaitua, V. Alonso, G. Gómez-Mariano, J. Alonso, B. Baladrón, M.J. Hens, A. Almansa, M. Posada de la Paz

Instituto de Investigación de Enfermedades Raras (IIER); Instituto de Salud Carlos III; Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Raras (CIBERER); Red Española de Registros de Enfermedades Raras para la Investigación (SpainRDR).

Antecedentes/Objetivos: El Instituto de Salud Carlos III (ISCIII) ostenta la titularidad del Biobanco Nacional de Enfermedades Raras (BioNER) y del Registro Nacional de Enfermedades Raras, recayendo la responsabilidad operativa y funcional en el Instituto de Investigación de Enfermedades Raras (IIER). Los objetivos son: apoyar la investigación nacional e internacional; mejorar el conocimiento sobre los factores que intervienen en la aparición de las enfermedades raras (ER) y su distribución en nuestro país; contribuir a la toma de decisiones sobre medidas sociales, sanitarias y de política científica.

Métodos: La estructura organizativa del BioNER se desarrolla en torno al ISCIII, la Dirección del IIER y dos Comités Externos, el Científico y el de Ética. El Biobanco se halla vinculado al Registro Nacional de Enfermedades Raras. BioNER dispone de infraestructuras y medios para conservar las muestras y distribuirlas entre los investigadores que lo soliciten. Además ofrece un servicio de diagnóstico genético de determinadas ER.

Resultados: Biobanco y Registro están en interconexión de tal manera que los donantes de muestras biológicas incluidos en BioNER son, a su vez, incorporados en el Registro Nacional de ER y pueden tener acceso a los servicios que éste ofrece: información actualizada sobre su enfermedad, participar en cuestionarios sobre calidad de vida o uso de medicamentos, tomar parte en estudios específicos, etc. Para el alta de nuevos pacientes es necesario un consentimiento informado, ficha de recogida de datos y un informe médico que confirme un diagnóstico de ER. BioNER cuenta con muestras biológicas (ADN, plasma, suero y células) correspondientes a más de 120 enfermedades raras diferentes y más de 1.000 donantes. A través de la web www.eurobiobank.org se tiene acceso al catálogo completo. Además, BioNER incluye muestras de más de 3.000 donantes afectados por el síndrome del aceite tóxico. Las muestras e información clínica y epidemiológica asociada están disponibles para investigar sobre las ER, tanto desde aspectos etiológicos, preventivos como los orientados a la búsqueda de nuevos tratamientos y factores pronóstico.

Conclusiones: Gracias a su larga trayectoria, BioNER y Registro ofrecen un marco idóneo para fomentar la colaboración entre biobancos de ER en España y contribuir en las políticas de investigación de ER tanto en el ámbito nacional como internacional. Están asociados a la red nacional de biobancos RetBIOH, Plataforma de Biobancos, Eurobiobank, RD-HUB (NIH), RD-CONNECT y SpainRDR.

426. ANEMIA DE CÉLULAS FALCIFORMES EN ASTURIAS, 1996-2013

E. García Fernández, L. Pruneda González, M.J. Margolles Martins
Consejería de Sanidad, Asturias; SpainRDR, Oficina de Investigación Biosanitaria, Asturias.

Antecedentes/Objetivos: Desde Asturias, siguiendo las directrices de la Estrategia Nacional en Enfermedades Raras del Sistema Nacional de Salud, se apoyan iniciativas para mejorar la información sobre enfermedades raras (ER) como la anemia de células falciformes. Está causada por un defecto en la hemoglobina (HbS, transmisión autosómica dominante) que produce hematíes con forma de hoz que se rompen con facilidad provocando enfermedad hemolítica crónica — crisis vasooclusivas, tumefacción de manos o pies y crisis agudas de anemia—. Se diagnostica mediante examen de hematíes o electroforesis. Se trata con hidroxiurea y transfusiones de sangre. La antibioterapia, ácido fólico e hidratación previenen síntomas y complicaciones. La incidencia en España se conoce en comunidades como Madrid (1/5512; portadores: 1/233) pero no existen datos en nuestra comunidad. Nuestro objetivo, como grupo de SpainRDR, es determinar la prevalencia de la anemia falciforme y valorar su situación en Asturias.

Métodos: Estudio descriptivo de prevalencia e incidencia según sexo, país natal y presentación clínica. La información procede del registro del CMBD y de las historias clínicas de los pacientes con diagnóstico de anemia falciforme (CIE9MC: 282.5-282.6) en Asturias entre 1996-2013.

Resultados: Detectamos 24 casos posibles, descartamos 8 (esferocitosis hereditarias, rasgos talasémicos, anemia ferropénica, anemia hemolítica autoinmune, otras). Nuestra aproximación a la tasa de prevalencia es 1,49/100.000 hab. Los casos confirmados (56,2% hombres) son 6 homocigoto HbSS, 2 rasgo falciforme heterocigoto HbAS, 3 doble heterocigoto HbSTalasemia, 1 doble heterocigoto HbSC y 3 inespecíficos. El 60% tiene recogidos antecedentes familiares, el 28,6% es menor de 10 años. No hubo fallecidos. Debutaron en edad infantil en el país de origen: Rep. Dominicana (5), Colombia, Brasil (2), Guinea Ecuatorial, Angola, Portugal y España (3). En Asturias, 2 nacidos de ascendencia africana (incidencia acumulada 2008-2012: 2/25.208 nacidos) con sintoma inicial de fiebre más dolor abdominal (4 meses) o discitis (2 meses). Síntomas predominantes: crisis anémicas, 64%; vasooclusivas, 40%; ostealgias, 33% y artralgias, 27%. Principales complicaciones: 35% esplénicas (esplenomegalia). Diagnóstico: 100% confirmado con hemograma y electroforesis. Tratamiento: 93% vitamínico, 53% antibioterapia y 27%, hidroxiurea. El 67% precisó transfusiones de sangre y 0% trasplante de médula ósea.

Conclusiones: Con este estudio nos aproximamos al conocimiento de las anemias falciformes en Asturias. Desconocemos la prevalencia de portadores asintomáticos, dato interesante para la implantación del cribado neonatal. Es preciso mejorar la codificación de la enfermedad para aumentar la calidad del registro.

448. LA SITUACIÓN DE LA FENILCETONURIA EN ASTURIAS, 1996-2013

L. Pruneda González, E. García Fernández, M.J. Margolles Martins
SpainRDR, Oficina de Investigación Biosanitaria, Asturias; Consejería de Sanidad, Asturias.

Antecedentes/Objetivos: La primera línea estratégica de la Estrategia Nacional en Enfermedades Raras (ER) del Sistema Nacional de Salud se centra en la información sobre ER con el objetivo de apoyar actuaciones que profundicen en el conocimiento y abordaje de las mismas. Nuestro objetivo es estimar la prevalencia y describir el curso clínico de la fenilcetonuria en Asturias. Se trata del error congénito más frecuente del metabolismo de aminoácidos. Si no se detecta en el

periodo neonatal, evoluciona a retraso psicomotor, microcefalia, convulsiones, eccema, y olor característico por acúmulo de fenilacético, de ahí la importancia de la detección precoz a través del cribado neonatal. El diagnóstico se realiza con la determinación de aminoácidos en sangre, pterinas en orina y sobrecarga con el cofactor tetrahidrobiopterina (BH4). El tratamiento consiste en la restricción de proteínas en la dieta.

Métodos: Estudio descriptivo de cálculo de presentación clínica, prevalencia, tasa de incidencia anual y distribución por edad, sexo. La información procede de los registros de actividad hospitalaria (CMBD), de las historias clínicas (HC) de cada paciente diagnosticado como caso de fenilcetonuria (CIE9MC: 270.1) y de los casos del registro de cribado de Asturias entre 1996-2013.

Resultados: Encontramos 30 casos que suponen una prevalencia de 2,79/100.000 habs y se descartan 3. Más frecuente en hombres (56,7%). La mediana de edad en los que se conoce la edad de diagnóstico es de 18 días (6 a 76 días). Seis recién nacidos fueron prematuros. Dada la precocidad del diagnóstico se detectan pocos síntomas, el más prevalente las alteraciones del comportamiento (sobre todo hiperactividad 17%), seguido de retraso psicomotor (14%) y retraso mental (10%), 2 nacidos antes del diagnóstico prenatal. La prueba diagnóstica más frecuente fue la cuantificación de aminoácidos en sangre, recogida en la HC en el 66%, la actividad dihidrobiopterina reductasa (DHPR) en eritrocitos y la prueba de orina congelada en la oscuridad (ambas 34%). Se identificaron las mutaciones responsables de la deficiencia enzimática en 7 casos. El tratamiento fue dietético, restricción del aporte de fenilalanina, asociado a suplementos vitamínicos. El 35% reciben un medicamento huérfano (KUVAN®-dihidrocloruro de sapropterina) retirado en 1 caso por fracaso terapéutico. A pesar del beneficio de la lactancia materna en el mantenimiento del nivel adecuado de Phe solo la recibieron 4 casos.

Conclusiones: Destaca la importancia de la realización del cribado para la detección precoz de los casos y evitar la aparición de sintomatología en los pacientes afectados. Se debería potenciar la alternancia de la fórmula adaptada con la lactancia materna en los casos de fenilcetonuria.

450. EL HIPOTIROIDISMO CONGENITO EN ASTURIAS, 1996-2013

E. García Fernández, L. Pruneda González, M.J. Margolles Martins

Consejería de Sanidad, Asturias; SpainRDR, Oficina de Investigación Biosanitaria, Asturias.

Antecedentes/Objetivos: Un objetivo de la Estrategia Nacional en Enfermedades Raras (ER) del Sistema Nacional de Salud es apoyar actuaciones que mejoren la información y los recursos para su atención, así como el sistema de vigilancia epidemiológica basada en Registros. Nuestro objetivo es profundizar en el conocimiento del hipotiroidismo congénito en Asturias y facilitar la planificación de políticas sanitarias. Es la primera causa de discapacidad psíquica prevenible, debida a la disminución de actividad de las hormonas tiroideas. El cribado neonatal es crucial para instaurar tratamiento precoz y evitar complicaciones permanentes. Síntomas más comunes: estreñimiento, ictericia, fontanelas grandes y hernia umbilical, evolucionando a retraso del crecimiento y psicomotor. La gammagrafía tiroidea, la ecografía y la tiroglobulina sérica determinan la etiología. El tratamiento es la levotiroxina.

Métodos: Estudio descriptivo de presentación clínica, prevalencia, incidencia anual, distribución por edad, sexo y cobertura de cribado. La información de los registros del CMBD e historias clínicas de cada paciente diagnosticado como caso de hipotiroidismo congénito (CIE-9 MC: 243) en Asturias entre 1996 y 2013.

Resultados: De los 97 casos revisados, se descartan 14 con otro tipo de patología tiroidea. La prevalencia es de 7,82/100.000 hab. Predomina en mujeres (64,2%). El diagnóstico es precoz con una mediana de 14 días (entre 3 y 120), excluyendo edad de diagnóstico del único caso anterior al programa de cribado en que se conoce, diagnosticado

a los 16 meses. 20 pacientes son prematuros. Síntomas más frecuentes: fontanelas grandes (23%), ictericia, alrededor del 21%, y hernia umbilical (15%), macroglosia (11%). El 11% de los casos tienen descrito un déficit intelectual. La prueba diagnóstica más realizada es la determinación de TSH, recogida en el 81% y T4 libre (75%), gammagrafía tiroidea (56%), cuantificación de anticuerpos tiroideos (45%) y ecografía tiroidea (40%). En los que consta diagnóstico definitivo: 45% son permanentes: primarios por agenesia 13 casos, 10 ectopia, 6 hipoplasia y 2 dishormonogénesis, así como 2 centrales: 1 caso por déficit de TSH y 1 por panhipopituitarismo. Los transitorios son el 18%: 5 recién nacidos prematuros, 2 hijos de madre con enfermedad de Graves-Baseow, y 2 recién nacidos con déficit de yodo. El tratamiento de elección es la levotiroxina registrado en 68% de las historias clínicas.

Conclusiones: Los registros de enfermedades raras han contribuido a profundizar en el análisis de los patrones de presentación de la morbilidad del hipotiroidismo congénito en Asturias. La existencia del cribado ha ayudado a disminuir la prevalencia de pacientes con déficit intelectual en nuestro entorno.

489. MODELAÇÃO CONJUNTA DE DADOS LONGITUDINAIS E DE RISCOS COMPETITIVOS: UM EXEMPLO EM DIÁLISE PERITONEAL

L. Teixeira, A. Rodrigues, D. Mendonça

ICBAS-UP; CHP-HGSA & UMB/ICBAS-UP; ICBAS-UP & ISPUP.

Antecedentes/Objetivos: Diversos estudos epidemiológicos têm como variáveis resposta de interesse uma variável de medidas repetidas (dados longitudinais) e o tempo até um evento de interesse na presença de outros possíveis eventos (dados de sobrevivência de riscos competitivos). Ao longo das últimas décadas têm vindo a ser propostas várias abordagens que permitem analisar separadamente estas duas variáveis resposta. No entanto, de modo a avaliar a associação entre estes dois processos, a abordagem da modelação conjunta de dados longitudinais e de dados de sobrevivência de riscos competitivos é recomendada. O principal objetivo deste estudo é discutir e aplicar a metodologia da modelação conjunta de dados longitudinais e de dados de sobrevivência na presença de riscos competitivos recorrendo a um exemplo de doentes em diálise peritoneal.

Métodos: A amostra utilizada neste estudo é constituída por 160 doentes renais crónicos que iniciaram diálise peritoneal como terapia de substituição da função renal entre 1999 e 2013. Informação relativa à presença de diabetes, sexo e idade foram avaliadas na admissão ao programa de tratamento. Medidas repetidas do nível de albumina foram registados desde Janeiro de 2008. Morte e transferência para hemodiálise foram combinados e considerados como evento de interesse e transplante renal como evento de risco competitivo.

Resultados: Resultados sugerem que, apesar de o nível médio de albumina permanecer aproximadamente constante ao longo do tempo de seguimento, os fatores idade e sexo foram identificados como fatores preditores significativos desta variável, verificando-se níveis mais elevados de albumina nos doentes do sexo masculino bem como nos doentes mais idosos. Adicionalmente, verificou-se que o nível médio de albumina estava associado ao tempo até à ocorrência do evento de interesse, indicando que um decréscimo no nível de albumina está associado a um aumento no risco de morte/transferência para hemodiálise.

Conclusiones: Um vasto número de estudos epidemiológicos origina informação relativa a medidas repetidas de um determinado indicador de saúde bem como ao tempo até um determinado evento de interesse na presença de riscos competitivos. A modelação conjunta permite modelar conjuntamente estas duas variáveis resposta tendo em conta a correlação existente entre as duas. A utilização desta metodologia é apropriada na análise de programas de tratamento em doentes renais crónicos, como é exemplo a diálise peritoneal, bem como em outros estudos clínicos e epidemiológicos.

552. DIAGNÓSTICO DA MALÁRIA EM ANGOLA: UM PAÍS EM ESTREITA LIGAÇÃO COM PORTUGAL

S. Moura, C. Fançony, C. Mirante, M. Neves, L. Bernardino, R. Sambo, H. Barros, M. Brito

Centro de Investigação em Saúde de Angola; Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto; Hospital Pediátrico David Bernardino, Angola; Faculdade de Medicina, Universidade Katyavala Bwila, Angola; Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa.

Antecedentes/Objetivos: As migrações e a globalização dos viajantes têm apresentado grandes desafios no controlo da transmissão de doenças. Em 2012, o número estimado de pessoas em risco de contraírem malária foi de 3,4 biliões. Na Europa esta é uma doença rara que, em 2012, apenas teve reportados 255 casos autóctones. Para turistas e emigrantes de áreas não endémicas a malária apresenta um sério risco de morte e deve ser uma forte suspeita em casos de febre. Um diagnóstico correto é de extrema importância para o controlo da malária. Este deve ser feito imediatamente após o aparecimento dos sintomas, daí que os serviços de saúde dos países visitados devem estar aptos a prontamente identificar e tratar esta doença. O objetivo deste trabalho foi determinar o impacto de uma formação na melhoria do diagnóstico da malária.

Métodos: Neste estudo participaram 31 técnicos de laboratório e a estratégia de análise foi a comparação entre o pré e pós-curso de formação. Foram comparadas os resultados do teste escrito, a qualidade de 603 lâminas, em termos de preparação da gota espessa e esfregaço sanguíneo, e o correto diagnóstico microscópico da malária em 636 amostras (determinação aparente da sensibilidade e especificidade). A regressão logística foi realizada para determinar os modelos com as variáveis associadas ao correto diagnóstico.

Resultados: Verificou-se um aumento significativo na mediana do resultado do teste escrito de 12,5% ($p < 0,001$). No entanto, este aumento é o reflexo da melhoria registada no Bengo. Em Benguela houve um aumento significativo na qualidade da gota espessa e esfregaço sanguíneo ($p < 0,001$), enquanto que no Bengo só o esfregaço registou uma melhoria significativa ($p = 0,003$). Nenhum laboratório registou alteração significativa da sensibilidade e especificidade após o curso de formação. O laboratório de Benguela apresentou uma maior probabilidade de obter um correto diagnóstico em comparação com o do Bengo (OR = 3,02; IC: 1,79-5,12). O laboratório do Bengo apresentou uma associação entre o correto diagnóstico e a presença de esfregaço sanguíneo ($p = 0,028$) e no caso de Benguela nenhuma variável demonstrou estar associada.

Conclusões: Os resultados deste estudo reforçam a importância de formação contínua para técnicos de diagnóstico. Por sua vez, os laboratórios devem ter um programa de controlo de qualidade para supervisionar o diagnóstico e também para determinar a periodicidade das formações. Um diagnóstico correto e atempado é de extrema relevância em pacientes não imunes, que podem rapidamente evoluir para formas severas da doença.

563. ESTUDIO SOCIOCULTURAL DE UN COLECTIVO DE NIÑOS AFECTADOS DE ESPINA BÍFIDA

M. Hernández Pérez, A. Cutillas Tolín, M. Moñino García, S. Titos Gil, J. Mendiola Olivares, A.M. Torres Cantero

Departamento de Ciencias Sociosanitarias, Universidad de Murcia.

Antecedentes/Objetivos: Se conoce que las características socioeconómicas son uno de los principales determinantes de la salud y que cambios o modificaciones en este ámbito podrían mejorar la salud de las poblaciones. La población infantil afectada de espina bífida tiene una clara tendencia a presentar obesidad en la edad adulta, además de enfermedades cardiovasculares, diabetes o hipertensión.

Además, el gasto sanitario inherente a este tipo de pacientes es muy cuantioso. Un análisis pormenorizado (y posible intervención) en aspectos socioculturales en edades tempranas podría ayudar a mejorar la salud de estos pacientes y prevenir la aparición de enfermedades crónicas en la edad adulta. Los objetivos de nuestro estudio fueron evaluar de las características culturales, sociales y familiares en este tipo de población.

Métodos: Se trata de un estudio de tipo transversal en niños de 1 a 12 años afectados de espina bífida. La edad se categorizó en tres grupos: 1-3, 4-8 y 9-12 años. La muestra de niños seleccionada pertenecía a la Asociación Murciana de Padres e Hijos de Espina Bífida. El periodo de reclutamiento se llevó a cabo entre mayo y julio de 2009. Se utilizó un cuestionario constituido por 16 ítems construido ad hoc por el personal investigador. Los constructos del cuestionario hacían referencia a variables demográficas (nacionalidad tanto del cuidador como del niño, etc.); cuestiones relacionadas con la red social del sujeto (número de personas en el hogar, nivel de estudios, etc.); y lugar de residencia (capital de provincia, número de habitantes del municipio, etc.). Se realizó un análisis estadístico descriptivo utilizando el programa SPSS versión 21.

Resultados: El número de participantes fue de 19. En los niños del grupo de edad de 9-12 años predominantemente vivían 4 personas en el hogar (6/9), sin embargo lo común era que convivieran en el hogar entre 2 y 3 personas para los otros dos grupos de edad. Sólo en 1 caso el cuidador tenía estudios de secundaria o superiores. Tanto los niños como sus cuidadores afirmaron haber nacido en España. La mayoría de los sujetos vivía en municipios con menos de 20.000 habitantes (15/19) y el resto (4/19) residían en municipios con una población superior a 50.000.

Conclusiones: Las características socioculturales de nuestra población de estudio difieren de las de la Región de Murcia. En general, las principales diferencias son que la mayoría de la población de la Región se concentra en municipios de entre 20-50.000 habitantes y el nivel de estudios predominante es de secundaria o superior (57%).

566. VALORACIÓN DE LOS HÁBITOS ALIMENTARIOS EN NIÑOS AFECTADOS DE ESPINA BÍFIDA MEDIANTE EL TEST KRECEPLUS

M. Hernández Pérez, A. Cutillas Tolín, M. Moñino García, S. Titos Gil, J. Mendiola Olivares, A.M. Torres Cantero

Departamento Ciencias Sociosanitarias, Universidad de Murcia.

Antecedentes/Objetivos: La población infantil afectada de espina bífida es un colectivo muy poco estudiado desde el punto de vista nutricional, a pesar de ser la patología neural congénita más prevalente. Esta población tiene una clara tendencia a presentar obesidad en la edad adulta, además de enfermedades cardiovasculares, diabetes o hipertensión. Un análisis pormenorizado (y posible intervención) en aspectos nutricionales en edades tempranas podría ayudar a mejorar la salud de estos pacientes y prevenir la aparición de enfermedades crónicas en la edad adulta. Los objetivos de nuestro estudio fueron caracterizar la composición de la dieta y la actividad física en la población infantil afectada de espina bífida y determinar el estado nutricional a partir de los resultados obtenidos mediante el test Kreceplus.

Métodos: Se trata de un estudio transversal en niños de 1 a 12 años afectados de espina bífida. La muestra de niños seleccionada pertenecía a asociaciones de toda España. El periodo de reclutamiento comprendió de mayo a julio de 2009 y 2011. Se evaluó la ingesta alimentaria y el estado nutricional mediante el test Kreceplus. Para el análisis estadístico se usó el programa SPSS versión 21 y se llevó a cabo un análisis descriptivo para los hábitos de alimentación y actividad física.

Resultados: El número de participantes fue de 31, con una edad media de 8,1 ($\pm 3,3$) años, siendo el 61% niños. En relación a los hábitos alimentarios sanos, la totalidad de la población de 4-8 años ($n = 12$)

declaró desayunar y el 100% consumía lácteos. Los consumos más altos de una segunda pieza de fruta a diario se hallaron en 2 individuos (2/3) de 4-8 años. Un participante (1/2) de entre 1-3 años afirmó tomar más de una verdura a diario. Quince sujetos (15/16) de entre 9-12 años aseveraron emplear aceite de oliva en las comidas. Respecto al tiempo de actividad física y ocio encontramos que en el grupo de edad de 4-8 años se alcanzaron las mayores proporciones, siendo éstas la realización 1 hora de ejercicio físico (8/12) y el empleo de 2 horas diarias en ver TV y/o jugar a la videoconsola (9/12). Con respecto al test KRECEPLUS, 10 de los 16 participantes de la muestra de 1-8 años presentaron un nivel nutricional medio, mientras que en la población de 9-12 años ocho sujetos de 16 mostraron un nivel nutricional alto.

Conclusiones: Para evitar el sobrepeso y obesidad en niños con espina bífida se debería tener en consideración: a) aumentar el número de horas de actividad física adaptada a su condición; y b) realizar el desayuno en los niños de los grupos de edad de 1-3 años y de 9-12 años.

571. INGESTA DE NUTRIENTES EN NIÑOS AFECTADOS DE ESPINA BÍFIDA DE 1 A 12 AÑOS

M. Hernández Pérez, A. Cutillas Tolín, M. Moñino García, S. Titos Gil, J. Mendiola Olivares, A.M. Torres Cantero

Departamento de Ciencias Sociosanitarias, Universidad de Murcia.

Antecedentes/Objetivos: Los niños con espina bífida tienen una clara tendencia a presentar obesidad en la edad adulta, además de enfermedades cardiovasculares, diabetes, hipertensión y cáncer. Sin embargo, este colectivo está muy poco estudiado desde el punto de vista nutricional. Representan un reto importante en salud pública debido al gasto sanitario que conllevan y sería extremadamente importante la prevención de estas patologías a edades más tempranas. Los objetivos de nuestro estudio fueron caracterizar la composición de la dieta en este tipo de población describiendo la ingesta de macro y micronutrientes, y comparar la adecuación de dicha dieta con las recomendaciones dadas para la población infantil española.

Métodos: Se trata de un estudio transversal en niños de 1 a 12 años afectados de espina bífida, pertenecientes a asociaciones de todo el territorio nacional. La edad se categorizó en tres grupos: 1-3, 4-8 y 9-12 años. El periodo de reclutamiento comprendió de mayo a julio de 2009 y 2011. Se evaluó la ingesta alimentaria mediante un registro dietético de 15 días y se llevó a cabo un análisis descriptivo y comparativo usando el programa SPSS versión 21.

Resultados: El número de participantes fue de 31, con una edad media de 8,2 (\pm 3,3) años, siendo el 61% niños. Sólo satisfacían los requerimientos diarios mínimos de energía establecidos para la población infantil española 2 niños (2/3) entre 1-3 años. Todos los individuos de la muestra (menos 1) entre 4-8 años sobrepasaban la ingesta recomendada de proteínas. Se incumplieron los requerimientos diarios de consumo de hidratos de carbono en las tres horquillas de edad, sólo lo cumplían de 1-3 años (1/3), de 4-8 años (4/12) y de 9-12 años (3/16). Ninguno de los sujetos cumplía las recomendaciones diarias de consumo de fibra. Todos los individuos de 4-8 y 9-12 años (28/31) superaron la recomendación de consumo de grasa total. Asimismo, 6 individuos de los grupos de edad de 4-8 (3/12) y 9-12 años (3/16) superaron la ingesta diaria de colesterol. Con respecto a los micronutrientes, en el caso de las vitaminas, no se alcanzaron las recomendaciones diarias de ingesta de rivotflabina, niacina, piridoxina, vitamina D y ácido fólico. Para minerales, la ingesta fue inferior a la recomendación en el caso del potasio, magnesio, calcio, hierro y yodo.

Conclusiones: A la vista de las recomendaciones dadas para la población infantil española, nuestra población afectada de espina bífida debería aumentar la ingesta de hidratos de carbono ricos en fibra, vitaminas del grupo B y vitamina D, alimentos ricos en minerales y disminuir la ingesta diaria de grasas y colesterol.

666. CAUSAS ASOCIADAS AO ÓBITO POR DENGUE NO ESTADO DO CEARÁ ENTRE 2007-2012

F. Rodrigues, M. Ferreira, M.O. Ferreira, M.M. Ferreira

Universidade do Porto; Universidade Federal do Ceará; Universidade do Estado do Amazonas.

Antecedentes/Objetivos: A dengue é uma doença infecciosa que ocorre principalmente durante períodos chuvosos de áreas tropicais ou subtropicais. Febre, cefaléia, mialgia, artralgia e dor retro-orbitária são os sintomas clássicos. As formas conhecidas da doença são: Dengue Clássica, Febre Hemorrágica da Dengue/FHD (manifestações hemorrágicas do tipo I, II, III e IV ou Síndrome do Choque da Dengue) e Dengue com complicações. Os objetivos foram: Descrever os marcadores clínicos e epidemiológicos dos casos de dengue que evoluíram para óbito; Verificar o coeficiente de letalidade associado aos casos de dengue.

Métodos: O estudo é transversal e descritivo. Os dados foram coletados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação do Brasil em dezembro de 2013. A amostra foi constituída por 193 casos de dengue com confirmação laboratorial que evoluíram para óbito no Estado do Ceará, entre 2007 e 2012. Os casos notificados em 2013 estavam sujeitos à alteração e foram excluídos desse estudo. Os dados foram organizados no Software SPSS 22.0 e os resultados apresentados com base na estatística descritiva. O Coeficiente de Letalidade (CL) foi calculado a partir de relações específicas na equação: (n.º de óbitos por dengue/n.º de casos de dengue) \times 100.

Resultados: A maior frequência de óbitos por dengue foi no 1º semestre (87,4%), em homens (52,3%), de cor parda (50,3%), com ensino fundamental incompleto (52,8%) e na faixa de idade entre 40 a 59 anos (32,6%). Quanto à tipologia, 64,7% morreram por dengue com complicações, 32,6% por FHD, 2,1% Síndrome do choque do dengue e 0,5% por dengue clássica. Registrou-se um CL de 0,3% e a maior vulnerabilidade para ocorrências em idade maior ou igual aos 80 anos (CL = 2,1%) e em pessoas sem escolaridade (CL = 0,3%). A dengue com complicação apresentou um CL (22,4%) maior do que o observado em períodos epidêmicos. A FHD teve um CL de 10,2%, em que os casos mais relacionados com a alta mortalidade foram o grau IV (79%) e o Grau III (26,1%). As características clínicas associadas aos óbitos por dengue apresentou um CL em 100% quando havia leucometria (\leq 1.000 céls/mm), seguida por alterações neurológicas (78,6%), disfunção cardiorrespiratória (76,7%), hemorragia digestiva (76,5%), insuficiência hepática (33,3%), derrames cavitários (28,6%) e plaquetopenia (50 e 100.000céls/mm³) em (6%).

Conclusiones: A dengue representa um desafio à saúde pública com necessidade de implementação de políticas específicas para o seu controle. A compreensão dos principais marcadores associados ao óbito torna possível realizar uma intervenção coerente, uma vigilância laboratorial específica e redução da morbidade e mortalidade.

731. EVOLUCIÓN DE LA PRIMERA LÍNEA DE TERAPIA BIOLÓGICA: AÑOS 2000-2012

J.M. Álvaro-Gracia, M. Arredondo, A. Aranguren, E. Daudén, G. Fernández-Jiménez, V. Meca, A. Morell, J.P. Gisbert, F.J. Aspa

Unidad de Terapias Biológicas; Dirección Médica, Hospital de la Princesa.

Antecedentes/Objetivos: Analizar el biológico más utilizado en primera línea de tratamiento para las patologías prevalentes y describir su impacto económico.

Métodos: Se seleccionaron pacientes naïve que iniciaron tratamiento biológico en los periodos 2000-2005, 2006-2010, 2011-2012. Se recogió fármaco, fecha inicio, indicación, servicio (Reumatología, Dermatología, Digestivo, Neurología), motivo de suspensión (no efectividad, pérdida de efectividad, presencia de reacciones adversas,

otros) y precio medio contable. Se estudiaron artritis reumatoide, artritis psoriásica, colitis ulcerosa, enfermedad de Crohn, esclerosis múltiple, espondilitis anquilosante y psoriasis.

Resultados: Desde el año 2000 han iniciado terapia biológica 1.462 pacientes naïve (61,3% mujeres); 414 en 2000-2005, 617 en 2006-2010 y 254 en 2011-2012. Fármacos más utilizados en primera línea: artritis reumatoide (n = 461): etanercept (38,6%) e infliximab (32,5%) en 2000-2005; adalimumab (39,7%) y etanercept (29%) en 2006-2010 y etanercept, adalimumab (26,2%) y certolizumab pegol (22,6%) en 2011-2012. Artritis psoriásica (n = 128): etanercept (56,2%) e infliximab (41,7%) en 2000-2005; adalimumab (47,8%) y etanercept (44,9%) en 2006-2010; y adalimumab (54,5%) y etanercept (27,3%) en 2011-2012. Colitis ulcerosa (n = 29), infliximab (100%, 94,4% y 100%). Enfermedad de Crohn (n = 132), infliximab (100%) en 2000-2005, y adalimumab (61,1% y 74,4%) e infliximab (37,5% y 25,6%) en los otros periodos. Esclerosis múltiple (n = 212): el más común fue interferón -1a (76,8%; 49,1%; 51,8%) seguido de interferón -1b (15,1%) en 2000-2005 y acetato de glatirámico (33,9% y 40,7%) en los periodos restantes. Espondilitis anquilosante (n = 135): etanercept fue el más frecuente en los 3 periodos (50,0%, 44,3%, 44,4%) seguido de infliximab (48,2%) en 2000-2005 y adalimumab (37,7% y 38,9%) en los restantes. Psoriasis (n = 188): etanercept fue el más utilizado hasta el año 2010 (68,0%, 41,1%) y en 2011-2012 ustekinumab (53,8%) y adalimumab (33,3%) Motivos de suspensión: 35,6% no efectividad, 26,2% pérdida de efectividad, 22,6% reacciones adversas y 15,6% otros motivos El consumo de biológicos supuso 8.494.538€ en 2000-2005 (n = 475); 33.609.418€ en 2006-2010 (n = 1095) y 17.657.677€ en 2011-2012 (n = 1107).

Conclusiones: La terapia biológica es un área de innovación y los patrones de tratamiento de elección varían con el tiempo, afectando cada día a más pacientes y con mayor impacto económico. La importancia de estas terapias hace necesario realizar el análisis coste/paciente relacionado con la efectividad para la toma de decisiones.

737. ENFERMEDADES RARAS. PREVALENCIA EXTRAORDINARIA DE ENFERMEDAD DE SEGAWA BAJO EL EFECTO DE UN POSIBLE EFECTO FUNDADOR

C. Salamanca Rivera, J.A. Fernández Ramos, E. López Laso, K. Beyer, R. Camino León, L. Lahera Robles, A. Megías Fernández, J.M. Aldana Espinal

Plan de Atención a Personas Afectadas por Enfermedades Raras de Andalucía; Unidad de Neurología Pediátrica, Unidad de Gestión Clínica de Pediatría, Hospital Universitario Reina Sofía; Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC); Servicio de Genética, Hospital Universitario Germans Trias i Pujol; Servicio Andaluz de Salud.

Antecedentes/Objetivos: La enfermedad de Segawa o distonía sensible a L-dopa (DSD) está causada por la deficiencia de la enzima guanosina trifosfato ciclohidrolasa I (GTPCH) originada por mutaciones heterocigotas del gen GCH1. Se trata de una enfermedad metabólica de herencia autosómica dominante con una prevalencia estimada a nivel mundial en 0,5 casos por millón de habitantes. Describimos una posible mutación fundadora del gen GCH1 a través de la descripción de varias familias con dicha mutación en una región geográfica.

Métodos: Se revisaron los casos con diagnóstico genético de DSD debido a mutaciones del gen GCH1 en el Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba. Dada la falta de codificación específica en CIE-9 para esta enfermedad (suele agruparse bajo el código 333.7 que incluye a las distonías secundarias) no se procedió a buscar casos en CMBDA. Se realizó un estudio transversal caso-control para investigar los haplotipos comunes en regiones satélites al gen GCH1 en los pacientes con la mutación Q89X con el fin de identificar si los pacientes afectos compartían un antepasado común.

Resultados: Se detectaron 29 casos de portadores de mutaciones en los exones 1 y 6 del gen GCH1 (26 casos con Q89X, una paciente con Q89X y K224R, un caso con Q89X y P23L, un caso con P23L) pertenecientes a tres familias distintas de la provincia de Córdoba. Se observó que las tres familias tenían un haplotipo satélite al gen común para todos los pacientes estudiados, no apareciendo éste en 100 controles, por lo que puede establecerse que compartían un ancestro común.

Conclusiones: Se ha demostrado la mutación Q89X como una mutación fundadora en la provincia de Córdoba. Este extraordinario hallazgo ha originado un proyecto para conocer la realidad epidemiológica de la DSD a nivel nacional mediante encuestas dirigidas a profesionales de la Sociedad Española de Neurología y de Neurología Pediátrica, no descartando ampliar el estudio a otros colectivos profesionales en un futuro.

266. ESTUDIO DE PACIENTES EN TRATAMIENTO CON UN MEDICAMENTO HUÉRFANO DE USO HOSPITALARIO EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE EUSKADI

A. Gutiérrez Fernández, M. Errezola Saizar

Servicio de Registros e Información Sanitaria, Departamento de Salud del Gobierno Vasco.

Antecedentes/Objetivos: En la actualidad no se dispone de información completa sobre el número de personas afectadas de las enfermedades raras (ER) en ningún país ni región europea. La recogida de casos exige su búsqueda en múltiples fuentes de información. Una de estas fuentes son los registros de dispensaciones de medicamentos específicos para el tratamiento de las ER (en adelante, medicamentos huérfanos). Objetivo: valorar la utilidad de la recopilación de pacientes en tratamiento con un medicamento huérfano de uso hospitalario en la Comunidad Autónoma de Euskadi (CAE) para su incorporación al registro autonómico y nacional de ER.

Métodos: Se trata de un estudio descriptivo transversal. Para su realización se solicitó a los servicios de farmacia de cada hospital del Servicio Vasco de Salud (Osakidetza) un listado de los pacientes que estuvieran a fecha 1/7/2013 en tratamiento con un medicamento huérfano de uso hospitalario, excepto los anticancerosos. Se les solicitó el CIC (código de identificador corporativo) del paciente, denominación y código nacional del medicamento, literal de enfermedad y fecha de inicio del tratamiento. Se procedió a asignar un código CIE-9-MC lo más ajustado posible a la patología descrita. En los casos que hubo dudas, se volvió a consultar en los servicios de farmacia u otros, aunque no se pudieron solventar todas, en especial los referidos a los casos declarados como hipertensión pulmonar sin más especificación. Se contrastaron los pacientes captados con esta fuente con los captados analizando el CMBD de los años 2010-2012 utilizando el CIC como identificador único de cada paciente. Se calculó la prevalencia de ER agrupadas por capítulos de la clasificación CIE-9-MC.

Resultados: Se recibieron las respuestas de todos los servicios de farmacia consultados y en todos los casos recibimos, al menos, el CIC del paciente y el literal de su patología. En total se han recogido 413 prescripciones de medicamentos huérfanos que corresponden a 393 pacientes (18 casos/100.000 habitantes). Las patologías con mayor prevalencia corresponde a ER del sistema circulatorio (6,8 casos/100.000 h.) y a ER de la sangre y órganos hematopoyéticos (3,95 casos/100.000 h.). Del contraste con los datos del CMBD se averiguó que 266 (67%) de los casos eran nuevos (no constaban en el CMBD de los años referidos).

Conclusiones: El estudio de la dispensación de medicamentos huérfanos de uso hospitalario es una fuente de información esencial para un registro de enfermedades raras. Se recomienda una verificación más precisa de los casos de hipertensión pulmonar ya que es el colectivo con mayor utilización de un medicamento huérfano.

Financiación: "Spanish rare disease registries research network" Exp. UE/2011/SPAIN-RDR.

Consumo de alcohol y tabaco como determinantes de la salud (Oral 10 minutos)

Jueves, 4 de septiembre de 2014. 17:30 a 19:30 h

Moderadora: María José López Medina

31. ESTUDIO DE VALIDEZ DE LA TERCERA PREGUNTA DEL AUDIT PARA DIAGNOSTICAR CONSUMO INTENSIVO DE ALCOHOL

A. Busto Miramontes, L. Moure Rodríguez, S. Doallo, M. Corral, S. Rodríguez Holguín, F. Cadaveira, F. Caamaño

Área de Salud Pública, Universidad de Santiago de Compostela, CIBERESP; Complejo Hospitalario Universitario de Ourense; Área de Psicobiología, Universidad de Santiago de Compostela.

Antecedentes/Objetivos: El Consumo Intensivo de Alcohol (CIA) (alcanzar un mínimo de 0,8 mg/dL de etanol puro en sangre) constituye un patrón de consumo de elevada prevalencia entre adolescentes y jóvenes. Se han propuesto distintos criterios para determinar este patrón de consumo en esta población, todos ellos con sus limitaciones. El objetivo del presente trabajo es evaluar la validez de la pregunta 3 del cuestionario Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) para diagnosticar este patrón de consumo.

Métodos: Se ha llevado a cabo un estudio de validez de test diagnóstico con diseño transversal. Se ha reclutado una muestra de 271 mujeres y 163 hombres, estudiantes universitarios de primer curso (18-19 años) de la Universidad Complutense de Madrid (octubre 2008). Como gold standard se consideró el CIA diagnosticado a partir de la historia de consumo en una semana habitual de las distintas bebidas alcohólicas calculando la alcoholemia alcanzada mediante la ecuación propuesta por Widmark, la cual ajusta por sexo y peso. La pregunta 3 del AUDIT constituyó el test diagnóstico: "¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en una sola ocasión? (0) Nunca; (1) Menos de 1 vez al mes; (2) Una vez al mes; (3) Una vez a la semana; (4) Diariamente o casi".

Resultados: En hombres el test diagnóstico mostró una Sensibilidad del 74,7% (IC95%: 67,1-83,8) y Especificidad del 78,7% (IC95%: 68,4-88,9) para el punto de corte Menos de una vez al mes. Para una prevalencia del 50%, frecuente en esta población, el Valor predictivo para positivos (VPP) y el valor predictivo para negativos (VPN) se sitúan en el 77,9% y 76,2% respectivamente. En cuanto a las mujeres el test mostró una Sensibilidad del 55,9 (IC95%: 48,7-63,1) y Especificidad del 93,9% (IC95%: 88,7-99,1) para el mismo punto de corte. Para una prevalencia del 40%, frecuente en esta población, el VPP y VPN alcanzan el 85,9% y el 76,1% respectivamente.

Conclusiones: La pregunta 3 del AUDIT puede constituir un buen criterio diagnóstico para determinar el patrón CIA en varones y mujeres jóvenes.

Financiación: Plan Nacional sobre Drogas (Orden SPI/3462/2010).

328. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DEL CONSUMO DE TABACO EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS: PROYECTO UNIHCOS

M. Pintor Rey, J. Alguacil Ojeda, C. Amezcua Prieto, C. Ayán Pérez, T. Fernández Villa, I. Gómez Acebo, R. Mateos Campos, V. Martín Sánchez, G. Investigadores del Proyecto uniHcos

Universidad de León; Universidad de Huelva; Universidad de Granada; Universidad de Vigo; GIGAS, Universidad de León; Universidad de Cantabria; Universidad de Salamanca.

Antecedentes/Objetivos: El tabaco es responsable de más de seis millones de muertes anuales a nivel mundial. El inicio del consumo

de tabaco se establece a edades tempranas, relacionándose con poli-consumo de otras sustancias como el alcohol y el cannabis. La prevalencia de fumadores en la franja de edad de 15 a 24 años se encuentra actualmente en un 21,7%, existiendo diferencias por sexos (23% hombres y 21% mujeres). El objetivo del presente trabajo fue analizar la prevalencia de tabaquismo y sus factores relacionados en una muestra de estudiantes universitarios de primer año.

Métodos: Estudio de observacional, descriptivo, transversal, multicéntrico de una muestra de estudiantes universitarios entre 15 y 25 años del proyecto uniHcos. La invitación a participar en el estudio se tramitó mediante correo electrónico y a través de cuestionario online autocontestado se recogió información sociodemográfica y de consumo de drogas (tabaco, alcohol y drogas ilegales). En las personas fumadoras se determinó la dependencia física a la nicotina mediante el cuestionario Fagerström y la motivación para dejar de fumar mediante el test de Richmond.

Resultados: La muestra estuvo formada por 1.237 alumnos, 27% hombres y 73% mujeres. La prevalencia de fumadores fue del 23,3%, siendo ocasionales un 8,9% y diarios un 14,4%. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas por sexo, con un mayor consumo en mujeres que en hombres (23,9% vs 21,5%; ORa = 1,91 IC95% = 1,22-3,01). No se encontraron diferencias en cuanto a titulación, lugar de residencia o Comunidad Autónoma. La frecuencia de consumo de cannabis se asoció significativamente en ambos sexos mientras que el consumo de alcohol únicamente mantuvo una relación estadísticamente significativa en los varones. El 36% de los fumadores admitieron tener una dependencia física moderada o alta a la nicotina, mientras que la motivación para la cesación del hábito era baja en un 74% de la muestra.

Conclusiones: La prevalencia de tabaquismo fue ligeramente superior a la de la población general de esa edad y superior en mujeres que en hombres. El alcohol y el cannabis se asociaron significativamente con el consumo de tabaco, especialmente en varones. La baja dependencia física y escasa motivación para dejar de fumar deben tenerse en cuenta para el diseño de programas de cesación.

Financiación: Plan Nacional Sobre Drogas. 2010I145.

347. RESULTADOS DE INTERVENCIÓN EN LA PREVENCIÓN DE INICIO DE CONSUMO DE TABACO DE ALUMNOS DE 1º-2º DE ESO EN CENTROS ESCOLARES DE LA COMUNIDAD DE MADRID

C. Febrel Bordeje, B. Zorrilla Torras

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

Antecedentes/Objetivos: Los datos de consumo de tabaco en adolescentes de la Comunidad de Madrid están en descenso. Durante 2012 se realizó una intervención educativa a 1º-2º ESO con objeto de prevenir o retrasar el inicio de consumo de tabaco.

Métodos: Intervención educativa a una muestra aleatoria de alumnos de 1º y 2º de Secundaria de centros públicos y privados de la Comunidad de Madrid. Se realizan 3 talleres en 1º de ESO y 2 en 2º ESO por un equipo extra-escolar. Participaron 1.051 alumnos de 1º y 935 de 2º. Se realiza evaluación con cuestionario auto-administrado antes-después. Se analizan datos comparando las variables a través de pruebas no paramétricas de Wicolson.

Resultados: El % total alumnos con respuesta a ambos test fue 85,2% con media de edad 12,7 años. 51,4% varones. El Consumo de tabaco en 1º ESO Pre-intervención fue: Diario-Semanal 1,6% (0,87-2,62) Ocasional 2,2% (1,15-3) y experimentación 11,4% (8,6-12,59). En post-intervención: Diario-semanal 1,49% (0,6-2,3) ocasional, 2,1% y experimentación 12,4%. En 2º ESO el % de consumo aumentó. Pre-test:

Diario-Semanal 4,84% (3,2-6,3), Ocasional 6,08% (4,3-7,8) y experimentación 20,1%. Post-test los datos fueron semejantes 4,32%, 5,59% 20,5% sucesivamente. No se halló diferencia significativa. El apartado "Opinión del tabaco 11% de 1º ESO y 12% de 2º manifestó que "fumar implica más éxito entre compañeros" además 70% de 1º ESO y 65,9% de 2º manifestó que "Le resultaría bastante o muy difícil dejarlo". En el consumo pasivo. 41,8% afirma que "siempre o algunas veces" fuma alguien en su presencia. Además, el 31% de 1º ESO y 51,8% de 2º ESO opina que sus compañeros fuman todos. El apartado "presión social" sobre tabaco, manifiesta: Pre-test, 2,4% de 1º ESO y 4,1% de 2º creen que "fumarían seguro si sus amigos fumarán". Con respecto al "consumo futuro" en 1º ESO pre-test un 4% afirma que fumarán seguro en 5 años" y 7,8%"creen que fumarán. En el resultado pos-test se reducen a 2,5% y 7,5%. En 2º ESO pre-test 8,4% "fumarán seguro" y en pos-test la cifra disminuye a 5,6% encontrando diferencias significativas. Además, el 46,3% de los alumnos responden seguro que "no fumarán" en pre-test cifra que se eleva a 51,8% en el posttest, hallando diferencia significativa ($p \leq "$ "" $td = "$ "" $>$).

Conclusiones: La prevalencia de consumo de tabaco diario y de experimentación aumenta con la edad pero se hallan breves cambios en la actitud de consumo futuro y conductas de consumo después de la intervención en escolares, lo que conlleva continuar con sesiones de refuerzo en próximos años.

429. EFEITO DO TABAGISMO NA IDADE DO PRIMEIRO EVENTO CORONÁRIO AGUDO EM DOENTES DE 58 HOSPITAIS EUROPEUS: ESTUDO EURHOBOP

M. Pereira, C. Araújo, U. Häkkinen, J. Ferrières, C. Meisinger, D. Farmakis, J. Marrugat, A. Azevedo

Faculdade de Medicina e Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto (ISPUP); National Institute for Health and Welfare, Finland; Toulouse University School of Medicine; Helmholtz Centre Munich; University of Athens Medical School; IMIM (Institut Hospital del Mar d'Investigacions Mèdiques).

Antecedentes/Objetivos: Estimar o efeito independente do tabagismo na idade dos doentes que desenvolvem um primeiro evento de síndrome coronária aguda (SCA).

Métodos: Foram estudados 13079 episódios de SCA consecutivamente admitidos em 58 hospitais de 6 países europeus: Alemanha, Espanha, Finlândia, França, Grécia e Portugal, 2008 a 2010. As notas de alta e os registos médicos foram revistos retrospectivamente por extratores treinados. Os doentes que tinham história prévia de doença cardiovascular (incluindo doença coronária, acidente vascular cerebral, doença arterial periférica, intervenção coronária percutânea e cirurgia de revascularização do miocárdio) foram excluídos da análise. Foram utilizados modelos de regressão linear para calcular a diferença de idade dos doentes de acordo com a história de consumo de tabaco (fumadores atuais versus fumadores não atuais), ajustando para outros fatores de risco cardiovascular (diabetes, hipertensão e obesidade), de acordo com o tipo de SCA e o sexo dos doentes.

Resultados: Dos 7.456 doentes com um primeiro evento de SCA, 45% tinham diagnóstico de enfarte agudo do miocárdio (EAM) com elevação do segmento ST, 50% diagnóstico de SCA sem elevação do segmento ST, 4% tinham tipo de SCA não-classificável e em 1% essa informação não estava relatada nos processos clínicos. A idade mediana dos doentes foi 64 anos (19-99 anos) e 70% eram homens. Trinta e cinco por cento eram fumadores atuais (50% dos homens e 25% das mulheres com EAM com elevação do segmento ST, 36% dos homens e 15% das mulheres com SCA sem elevação do segmento ST). Os fumadores do sexo masculino com diagnóstico de EAM com elevação do segmento ST tiveram o primeiro SCA 10,4 anos (intervalo de con-

fiança a 95% (IC95%): -11,3; -9,5) mais cedo do que aqueles que não eram fumadores atuais, independentemente da presença de outros fatores de risco. O valor correspondente em homens com SCA sem elevação do segmento ST foi de -10,3 anos (IC95%: -11,2; -9,4), em mulheres com EAM com elevação do segmento ST -16,4 anos (IC95%: -18,2; -14,7) e em mulheres com SCA sem elevação do segmento ST -14,1 anos (IC95% -15,8; -12,2).

Conclusiones: A incidência do primeiro SCA em doentes europeus ocorre mais de uma década antes em fumadores atuais. O tabagismo é um fator de risco para SCA amplamente descrito, mas estes resultados realçam a possibilidade de um atraso significativo na idade do primeiro ACS com a prevenção do tabagismo.

490. CONSUMO PROBLEMÁTICO DE ALCOHOL Y FACTORES ASOCIADOS EN JÓVENES DE CATALUÑA CENTRAL: DIFERENCIAS ENTRE ÁREA RURAL Y URBANA

N. Obradors-Rial, C. Ariza, C. Muntaner

Fundació Universitària del Bages; Agència de Salut Pública de Barcelona; CIBERESP; IIB Sant Pau; Bloomberg Faculty of Nursing and Dalla Lana School of Public Health, University of Toronto.

Antecedentes/Objetivos: El consumo problemático de alcohol en jóvenes conlleva efectos a corto y largo plazo. Estudios internacionales evidencian mayores niveles de consumo problemático en jóvenes que viven en áreas rurales en comparación con los que viven en áreas urbanas. La evidencia en España es escasa. Se pretende conocer la prevalencia y los factores asociados al consumo problemático de alcohol entre los jóvenes de 4º curso de Educación Secundaria Obligatoria (ESO) de la Cataluña Central según el área de residencia.

Métodos: Estudio transversal de jóvenes de 4º de ESO (15-16 años) de la Cataluña Central (comarcas Bages, Anoia, Osona, Berguedà y Solsonès) realizado durante 2011-12. Se realizó un muestreo por conglomerados siendo el aula la unidad muestral ($n = 1.268$). Se recogieron los datos mediante un cuestionario informatizado autoadministrado. La variable dependiente consumo problemático de alcohol se creó a partir de haber tenido como mínimo una borrachera y/o consumido 5 o más bebidas alcohólicas en una sola ocasión en el último año. Se calcularon frecuencias y porcentajes, y se usó el test de ji-cuadrado para ver diferencias según área de residencia (rural: ≤ 10.000 y urbano: > 10.000 habitantes). Se llevó a cabo un análisis de regresión logística, calculando Odds ratio crudas (ORc) y ajustadas (ORa) y sus intervalos de confianza (IC95%) para las variables independientes, estratificando por área de residencia.

Resultados: Los jóvenes de área rural tienen niveles de consumo de riesgo superiores que los de área urbana (59,6% vs 49,8%). Los factores asociados que en el análisis multivariado mantienen asociación estadística significativa en el área rural son: autodeclarar un nivel académico bajo (OR = 2,16 [IC95: 1,15-4,07]), no vivir en una familia biparental (OR = 2,32 [IC95: 1,37-3,92]), tener hermanos (OR = 2,05 [IC95: 1,26-3,34]) y amigos que se emborrachan (OR = 4,85 [IC95: 3,12-7,53]), expectativas positivas ante el alcohol (OR = 1,31 [IC95: 1,16-1,49]), y haberlo comprado (OR = 8,19 [IC95: 5,20-12,88]). En el área urbana mantienen significación el nivel socioeconómico alto (OR = 2,02 [IC95: 1,28-3,19]), las borracheras de hermanos (OR = 2,71 [IC95: 1,58-4,65]) y amigos (OR = 4,28 [IC95: 2,70-6,78]), las expectativas (OR = 1,44 [IC95: 1,27-1,63]) y la compra (OR = 10,61 [IC95: 6,55-17,19]).

Conclusiones: El consumo problemático de alcohol es muy superior entre los jóvenes de área rural. Los factores del entorno inmediato (consumo de amigos, acceso a la sustancia...) son los que tienen mayor fuerza de asociación con el consumo. Es necesario dedicar más atención al área rural para tratar de reducir las diferencias de consumo encontradas.

674. FACTORES ASOCIADOS AL CONSUMO DE TABACO EN MADRES CON RECIÉN NACIDOS DE BAJO PESO

S. Portero de la Cruz, M. Vaquero Abellán

Unidad Docente de Salud Pública, Universidad de Córdoba.

Antecedentes/Objetivos: El tabaquismo materno es uno de los factores de riesgo prevenibles más importantes para el bajo peso al nacer. Además, la exposición materna al humo de tabaco ambiental incrementa este riesgo entre los recién nacidos de mujeres no fumadoras. Los datos publicados sobre prevalencia del tabaquismo en las mujeres embarazadas en nuestro país oscilan entre el 22% y el 32% y muestran un alto porcentaje de abandono espontáneo al comienzo de la gestación. Se planteó como objetivo determinar qué factores socioeconómicos y culturales están asociados o no al consumo de tabaco en madres cordobesas con recién nacidos de bajo peso.

Métodos: Se realizó un estudio de casos y controles no pareado entre noviembre de 2012 y febrero de 2013 en el hospital materno infantil del complejo hospitalario Reina Sofía de Córdoba. Los casos fueron fumadoras antes/durante el embarazo con recién nacidos ingresados en la Unidad de Neonatología del Hospital cuyo peso al nacimiento fuera menor de 2.500 gramos. Los controles, no fumadoras/ex-fumadoras cuyos hijos cumplieran las mismas características que los anteriores. La selección de la muestra fue aleatoria, de forma consecutiva a partir de las madres de los recién nacidos en las horas fijadas para las visitas en la maternidad del hospital. A través de un cuestionario específico anónimo autoadministrado fueron recogidos datos sociodemográficos, relacionados con el proceso de embarazo y parto y con la salud percibida.

Resultados: Se incluyeron 26 casos y 39 controles. Los factores que se encontraron asociados al consumo de tabaco englobaban aspectos relacionados con la convivencia con fumadores en el domicilio (OR = 1,79 p = 0,019), tener entre 19 y 26 años (OR = 2,18, p = 0,011) y poseer gran cantidad de amigos fumadores (OR = 2,67, p < 0,001). Por su parte, aquellos factores que ejercían efecto protector frente al hábito tabáquico fueron: ser extranjera (OR = 0,16, p = 0,06), tener un elevado nivel educativo (OR = 0,19, p = 0,005), ser ama de casa (OR = 0,62, p = 0,58), prohibir el consumo de tabaco en el hogar (OR = 0,21, p = 0,009), ser nulípara (OR = 0,43, p = 0,08) y poseer una elevada percepción del riesgo sobre el consumo de tabaco (OR = 0,12, p = 0,007).

Conclusiones: Las mujeres que tienen mayor tendencia a fumar son jóvenes, españolas y con estudios primarios/secundarios. En contraposición, ser nulípara y ama de casa disminuye la probabilidad de ser fumadora. Debemos insistir en la necesidad de ofrecer ayuda para dejar de fumar y aprovechar los controles obstétricos y las visitas posnatales para dar información sobre el tabaquismo. Las instituciones responsables de la salud deberían incrementar sus acciones a nivel preventivo en las futuras madres que siguen fumando durante la gestación, provocando una merma en la salud de sus futuros hijos a corto y largo plazo.

806. TABACO NEGRO. UN INCREMENTO DE RIESGO EN EL FUMADOR

M. Bejarano, I. Abad-Pérez, I. Martínez-Solís, F. Bosch-Morell, D. Bautista, A. Salazar

Departamento de Farmacia, Universidad CEU Cardenal Herrera; Departamento de Historia de la Ciencia y Documentación, Universidad de Valencia-UDCA, CHGUV-UV; Instituto de Ciencias Biomédicas, Universidad CEU Cardenal Herrera; Servicio de Medicina Preventiva, Hospital Dr. Peset; Servicio de Epidemiología, CSP-Valencia.

Antecedentes/Objetivos: En 2007 se publica que el tabaco negro (Tn) es de peor calidad que el tabaco rubio (Tr) por la presencia de contaminación orgánica consecuencia de un proceso de fermentación que conlleva el desarrollo de hongos productores de

tal fenómeno. Lo que generó nuestra hipótesis: el Tn por su menor calidad puede conferir mayor potencial irritativo, ¿presentaran los consumidores de Tn mayor proporción de EPOC y otras patologías asociadas al hábito tabáquico que los consumidores de Tr o los no consumidores?

Métodos: Diseño: estudio longitudinal retrospectivo, Caso/Control apareado (1:1) por edad y sexo. Caso: sujeto con altas hospitalarias entre 2007-2012 de CIE-9^a: 491 y 492. Control: sujeto de igual edad (± 2 años) y sexo con altas hospitalarias distintas a CIE-9^a: 491 y 492. Fuentes de exposición y enfermedad: historias clínicas e informaciones médicas anexas y entrevistas telefónicas. Se obtuvo la aprobación del comité ético correspondiente. Se estimó la muestra de acuerdo al criterio de exposición del 25%, riesgo estimado (OR = 2) que con opción dicotómica y sobremuestreo quedó en 324 sujetos. La relación tn y enfermedad se analiza desde las desproporciones (Prevalencia, OR y OR cruda), dosis y tiempo de consumo (t-Student), estratos de tipo de tabaco, dosis, tiempo y enfermedades (Reg. Log. bin. Cox).

Resultados: El hábito tabáquico fue prevalente en 156 casos (68,4%) y 72 controles (31,6%). Los diagnósticos EPOC y bronquitis fueron más frecuentes entre los casos. Cáncer de pulmón (25 diag.) representó el 43,26% de los cánceres en casos y el 5,26% en controles. El Tn/No consumo presentó una OR = 64,6 (IC95%: 25,1-165,8) para EPOC; Tr/No consumo OR = 26,4 (IC95%: 10,5-66,03). La estratificación por tipo de tabaco mostró OR cruda para Tn 8,38 en EPOC, 7,82 en bronquitis y 2,25 en cáncer. ORCox siguió una relación dosis-respuesta según intervalos de consumo y tiempo, alcanzando el Tn un valor de ORc = 88,41 (IC95%: 39,39-265,95) para EPOC y 3,95 (IC95%: 1,90-8,22) para el cáncer. Cabe resaltar, por último, que no se identificaron sujetos con cáncer y supervivientes que fumaran más de 3 paquetes.

Conclusiones: A pesar del diseño retrospectivo y una muestra tan ajustada el impacto del tabaco negro (fermentado) sobre la salud resulta tan consistente que cumple con precisión los criterios de fuerza de asociación, dosis/respuesta y exposición/tiempo. El hábito resulta nocivo para la salud y la adicción al tabaco negro incrementa sustancialmente este efecto más allá de duda razonable.

849. PREVALÊNCIA DO CONSUMO DE TABACO EM ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS PORTUGUESES

A. Braga, A. Fernandes, J. Martins, R. Ribeiro, I. Sousa, C. Correia, C. Samorinha, J. Precioso

Instituto de Educação, Universidade do Minho; Instituto de Saúde Pública, Universidade do Porto.

Antecedentes/Objetivos: Têm sido realizados múltiplos estudos para determinar a prevalência de fumadores em alunos do ensino básico e secundário, sendo escassos os que incluem estudantes universitários. Este estudo tem como objetivo descrever a prevalência do consumo de tabaco em estudantes universitários e a sua exposição ao fumo ambiental do tabaco (FAT).

Métodos: Estudo transversal descritivo. A amostra é constituída por 487 estudantes de uma universidade portuguesa (345 do sexo feminino). Os dados foram recolhidos em 2012 através de questionários de autopreenchimento. As variáveis foram avaliadas através das questões: "Atualmente fumas?", "Quantos cigarros fumas por dia?" e "Alguma das seguintes pessoas fuma no interior da casa onde vives durante a semana?".

Resultados: Consta-se que 17,1% dos alunos universitários fumam diariamente; 2,2% fumam pelo menos um cigarro por semana mas não todos os dias e 10,8% são consumidores ocasionais. Os dados revelam que 29,2% dos rapazes e 12,1% das raparigas fumam diariamente. Verifica-se que 28,4% dos participantes estavam expostos ao FAT no domicílio, diária (19,4%) ou ocasionalmente (9,0%).

Conclusiones: A prevalência de consumidores diários é mais elevada nos rapazes do que nas raparigas, estando os dados em concordância com os do Instituto Nacional de Saúde de 2005/2006, para idades entre os 15 e os 24 anos, em que 31,4% dos rapazes e 16,1% das raparigas eram fumadores diários. Comparando com um estudo efetuado em 2001/2002 também em estudantes universitários (Precioso, 2004), verifica-se que o consumo diário aumentou nos rapazes (de 16% para 29,2%) e diminuiu nas raparigas (de 16,1% para 12,1%). Há uma tendência de subida no consumo de fumadores diários em estudantes universitários. Comparando os resultados deste estudo com os do Health Behavior on School-Aged Children (HBSC, 2012), para estudantes de 15 anos, verifica-se que há um aumento elevado da prevalência de fumadores do ensino secundário para o universitário. Segundo os dados do HBSC (2012), 7% dos rapazes e 6% das raparigas com 15 anos eram fumadores diários. Este é o primeiro estudo a determinar a prevalência de estudantes universitários expostos ao fumo do tabaco, e constata-se que há uma elevada prevalência de alunos universitários expostos. Com o aumento da idade e do nível de escolaridade, parece haver uma tendência crescente da prevalência do consumo de tabaco. Para prevenir o consumo de tabaco em estudantes universitários, a Universidade deve proporcionar Educação para a Saúde, o que promoverá a adopção de estilos de vida mais saudáveis e capacitará os seus alunos a participarem cada vez mais ativa e eficazmente na construção de uma sociedade mais saudável.

881. EVOLUCIÓN DE LAS BÚSQUEDAS Y LA PUBLICACIÓN DE CONTENIDOS SOBRE CIGARRILLOS ELECTRÓNICOS EN INTERNET

J.M. Suelves, C. Cabezas, A. Valverde, G. Ortega

Agència de Salut Pública de Catalunya.

Antecedentes/Objetivos: La publicidad, venta y utilización de cigarrillos electrónicos crecieron rápidamente durante en 2013. Aunque se ha señalado que los cigarrillos electrónicos podrían ser útiles en la cesación tabáquica y la reducción de los riesgos derivados del uso de cigarrillos convencionales, no hay pruebas concluyentes sobre su efectividad y seguridad. En cambio, su promoción y uso pueden amenazar las políticas de prevención del tabaquismo como resultado de la publicidad de un producto que recuerda los cigarrillos convencionales, banaliza el acto de fumar, y podría favorecer el inicio del uso de nicotina entre jóvenes y adolescentes no fumadores. Profesionales e instituciones sanitarias han impulsado acciones para regular la promoción, venta y uso de cigarrillos electrónicos en España, pero no se dispone de datos sobre su consumo suficientes para la evaluación del impacto de las acciones implantadas. Se analiza la evolución de las tendencias en las búsquedas y la publicación de contenidos sobre cigarrillos electrónicos en Internet.

Métodos: Se evaluó la evolución de las búsquedas en Internet durante el año 2013 mediante Google Trends, limitándolas a las consultas efectuadas desde España conteniendo el término "cigarrillo electrónico". Se evaluó mediante el motor de búsqueda de Google el número de nuevas entradas publicadas entre el primero y el último día de cada mes de 2013 conteniendo el término "cigarrillo electrónico".

Resultados: Las búsquedas de información en Google aumentaron rápidamente a partir de la segunda mitad de 2013, alcanzando los mayores niveles al final de septiembre y descendiendo levemente a partir de entonces. La búsqueda en Google de contenidos publicados mensualmente con el término "cigarrillo electrónico" ofreció un total de 118.230 resultados (9.853 mensuales), con los valores más bajos en el primer semestre del año y los más elevados en la segunda mitad del año. Si se examinan los contenidos que aparecen en los resultados que

Google muestra en primer lugar (los que tienen mayor probabilidad de ser leídos), se observa que en la primera mitad del año predominaron los contenidos publicados por la industria, mientras que en la segunda mitad del año aumentó la visibilidad de contenidos en los que se describen riesgos para la salud y acciones en curso para regular el uso de cigarrillos electrónicos.

Conclusiones: En ausencia de otros indicadores más robustos, los datos que proporcionan diferentes herramientas de Google reflejan la evolución que parece haber tenido la oferta de cigarrillos electrónicos en España, y muestran el impacto informativo de las acciones impulsadas por profesionales e instituciones sanitarias a lo largo del tiempo.

37. CONSUMO DE ALCOHOL EN EUROPA Y POTENCIAL INFLUENCIA DE VARIABLES INDIVIDUALES Y CONTEXTUALES

M. Bosque-Prous, A. Espelt, A.M. Guitart, M. Bartroli, J.R. Villalbí, M.T. Brugal

Agència de Salut Pública de Barcelona; Institut d'Investigació Biomèdica Sant Pau; Universitat Pompeu Fabra; CIBER de Epidemiologia y Salud Pública; Universitat Autònoma de Barcelona.

Antecedentes/Objetivos: Analizar la asociación entre las restricciones en la publicidad de las bebidas alcohólicas y la prevalencia de consumo de riesgo de alcohol en personas de 50-64 años residentes en 16 países europeos, teniendo en cuenta factores individuales y de contexto (tasas aplicadas al alcohol, disponibilidad, etc.).

Métodos: Diseño transversal basado en las encuestas del proyecto SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe). La población de estudio fueron 27.773 personas de 50-64 años de 16 países europeos (Alemania, Austria, Bélgica, Dinamarca, Eslovenia, España, Estonia, Francia, Hungría, Italia, Países Bajos, Polonia, Portugal, República Checa, Suecia y Suiza) participantes en las encuestas del proyecto SHARE realizadas entre 2010 y 2012. Se estimaron las prevalencias de consumo de riesgo de alcohol (adaptación del cuestionario SHARE al esquema AUDIT-C) para cada país. Las variables de ajuste utilizadas fueron: a) variables individuales: edad, sexo, país de residencia, ocupación, nivel de estudios y salud autopercibida; b) variables de contexto: grado de restricción de la publicidad de las bebidas alcohólicas (principal variable independiente), otras políticas sobre alcohol, puntuación del patrón de consumo y producto interior bruto. Para ver si el grado de restricciones publicitarias del país se asociaba con la prevalencia de consumo de riesgo de alcohol, se estimaron distintos modelos de regresión de Poisson multinivel con varianza robusta, ajustando por variables individuales y contextuales, y obteniendo razones de prevalencia (RP) y sus intervalos de confianza al 95% (IC95%).

Resultados: La prevalencia de consumo de riesgo de alcohol fue de 24,1%, con variaciones según sexo y país. Los países con mayores restricciones en la publicidad de las bebidas alcohólicas tenían menor prevalencia de consumo de riesgo de alcohol: 30,6% (IC95%: 29,3-31,8) en países sin restricciones, 20,3% (IC95%: 19,3-21,2) en países con algunas restricciones y 14,4% (IC95%: 11,9-16,8) en países con mayores restricciones. Las RP respecto a los países que presentaban mayores restricciones en la publicidad de las bebidas alcohólicas, ajustando por todas las variables individuales y de contexto, fueron 1,21 (IC95%: 0,83-1,78) en los países con algunas restricciones y 1,77 (IC95%: 1,20-2,61) en los países sin restricciones.

Conclusiones: En Europa, los países con menores restricciones en la publicidad de bebidas alcohólicas tienen mayores prevalencias de consumo de riesgo de alcohol en personas entre 50 y 64 años. La regulación de la publicidad del alcohol podría tener un importante valor preventivo.

Financiación: Red de Trastornos Adictivos.

116. CARACTERIZACIÓN DE HÁBITO TABÁQUICO EN POBLACIÓN FUMADORA DE UNA EMPRESA DE SERVICIOS PÚBLICOS, TUNJA-BOYACÁ (COLOMBIA), 2013

D.Y. Arteaga Plazas, M.C. Estupiñán Alarcón, M.P. Franky Rojas, O. Castañeda-Porras

Universidad de Boyacá; SMC-AS Unidad de Investigaciones.

Antecedentes/Objetivos: Los programas de deshabituación tabáquica en el seno de la empresa se han demostrado muy eficaces; por tanto, se propuso este estudio con el propósito de caracterizar el hábito tabáquico, determinar la frecuencia de consumo de tabaco, valorar el grado de dependencia nicotínica física y el grado de motivación para dejar de fumar por parte de los trabajadores de una empresa de servicios públicos de la ciudad de Tunja; y, así contribuir con el sector laboral para promover la deshabituación tabáquica.

Métodos: Estudio de tipo descriptivo de encuesta transversal, mediante la aplicación de las escalas de medición para medir el grado de dependencia nicotínica física y el grado de motivación para dejar de fumar (test de Fagerström y test de Richmond). Los resultados fueron analizados mediante el uso de medidas de frecuencia y tendencia central para las variables sociodemográficas, y la valoración de los grados de dependencia nicotínica física y motivación para dejar de fumar de acuerdo con el puntaje asignado en cada una de las escalas de medición utilizadas, con el paquete Epi-Info 3.5.1®.

Resultados: La muestra a estudio estuvo constituida por el 87,9% (123/140) de los trabajadores presentes en el momento de aplicación del instrumento, hombres 78 (63,4%), fumadores 20 (25,6%) y mujeres 45 (36,8%), fumadoras 5 (11,1%); razón de masculinidad 4:1; frecuencia de hábito tabáquico general 20,3% (25/123); edad promedio de fumadores 36 años ($\pm 21-50$). Según el test de Fagerström, grado de dependencia leve 20 (80,0%) y moderada 5 (20,0%); y, según el test de Richmond, grado de motivación bajo 10 (40,0%), moderado 3 (12,0%) y alto 12 (48,0%).

Conclusiones: Los hallazgos del estudio evidenciaron una prevalencia de hábito tabáquico mayor a la reportada por el país en población adulta, un grado de dependencia nicotínica física leve y un alto grado de motivación para dejar de fumar. Se recomienda, entre otras acciones, considerar la conformación de un grupo de cesación con el objetivo de acoger, informar y motivar a los fumadores describiendo las diferentes formas de dejar de fumar, enseñando técnicas de manejo del estrés y estableciendo apoyo grupal, bajo la coordinación de un profesional clínico, capacitado en el uso de los instrumentos diagnósticos.

Vigilancia de la salud pública. Tos ferina, parotiditis, sarampión y otras (Oral 5 minutos)

Jueves, 4 de septiembre de 2014. 17:30 a 19:30 h

Moderador: Marcelino García Fernández

78. TOS FERINA EN EL ÁREA DE SALUD DE GRAN CANARIA 1999-2013. INCREMENTO DE CASOS

A.J. García Rojas, P. Matute Cruz, P. García Castellano, D. Núñez Gallo, M.D. Trujillo Herrera, J. Solís Romero, M.J. Pena, F. Artilles Campelo

Servicio de Epidemiología y Prevención, Dirección General de Salud Pública; Laboratorio de Microbiología, Hospital Dr. Negrín.

Antecedentes/Objetivos: Se presenta un estudio epidemiológico descriptivo de la evolución de la tos ferina en la isla de Gran Canaria durante el período temporal 1999-2013, analizando en detalle el aumento de los casos verificados durante 2011-2013.

Métodos: Se estudiaron los casos de tos ferina confirmados por laboratorio y declarados en la Isla de Gran Canaria, a la red de Vigilancia Epidemiológica, desde las 0 horas del 1 de enero de 1999, a las 24 horas del 30 de octubre de 2013. La información se obtuvo a través de una ficha epidemiológica establecida para la declaración de caso.

Resultados: Durante 1999-2010 se notificaron 105 casos (7% del total de casos notificados durante el período de estudio), mientras que desde 2011 hasta 2013 se declararon 1431 procesos. El número de casos comenzó a aumentar desde la semana epidemiológica 17 de 2011. Durante el período 1999-2010, la mayor parte de los casos detectados (18) se verificaron en el año 2006.

Conclusiones: Aún siguen produciéndose una serie de procesos de esta enfermedad, sobre todo en personas mayores sin vacunar o con vacunación incompleta. Por diferentes circunstancias, durante 2011-2013 se ha verificado un aumento significativo en el número de casos. Hay que destacar la importancia de la vigilancia de estos procesos, para establecer, si es necesario; nuevas estrategias preventivas.

104. BROTE DE PAROTIDITIS EN UN MUNICIPIO DEL DISTRITO SANITARIO ALJARAFE

M. Polo Montes, L.M. Rodríguez Benjumeda, N. Lorusso, J. Zamorano Domínguez

D.S.A.P. Aljarafe y Sevilla Norte; Consultorio Chucena.

Antecedentes/Objetivos: La parotiditis infecciosa es una enfermedad vírica aguda caracterizada por fiebre e inflamación de una o más glándulas salivares. La tasa de incidencia de parotiditis disminuyó a partir de 1985 con la vacunación sistemática. Sin embargo, con el paso de los años se han ido detectando disminuciones en la efectividad de la vacuna debida a preparados vacunales que contenían la cepa Rubini (1993-1999) y a coberturas vacunales con dos dosis de triple vírica más bajas de lo esperado. El municipio de Chucena tiene 2176 habitantes, con una población menor de 30 años de 765 (303 de 15-24 años). El objetivo de este estudio es describir las características epidemiológicas del brote de parotiditis que se detectó en dicho municipio, y las medidas de control llevadas a cabo para controlarlo.

Métodos: Estudio descriptivo. Principales variables analizadas: edad, sexo, municipio, fecha de inicio de síntomas, estado vacunal y grado de certeza diagnóstica.

Resultados: Se detectaron un total de 5 casos, 80% hombres y 20% mujeres, edad media de 20,8 años (mínimo 15, máximo 30). Hubo 4 casos confirmados por laboratorio y 1 probable por vínculo epidemiológico. Sólo uno de los casos estaba correctamente vacunado con dos dosis de cepa Jeryl-Lynn, el resto de los casos o tenía antecedentes de una dosis o de dos dosis, siendo alguna de ellas con cepa Rubini. En dos de los casos no se pudo conocer el estado vacunal. Las actuaciones llevadas a cabo fueron la coordinación con los Servicios de Medicina Preventiva hospitalarios y con Delegación de Salud Provincial; detección precoz, búsqueda activa y declaración de casos sospechosos; aislamiento domiciliario de los casos; búsqueda de susceptibles en contactos próximos del caso y vacunación correspondiente; vacunación de contactos procedentes de al menos cuatro provincias: Sevilla, Huelva, Cádiz y Córdoba; vacunación en Chucena de las cohortes posiblemente vacunadas con la cepa Rubini o que estuvieran incorrectamente vacunadas, llegándose a vacunar a más de 300 personas.

Conclusiones: Brote de parotiditis de ámbito poblacional. La fuente pudo ser un posible contacto con un caso de parotiditis en Sevilla capital, donde se estableció un brote de esta enfermedad. Factores contribuyentes fueron la vacunación con cepa Rubini y las bolsas de no vacunados con dos dosis. La diseminación geográfica fue una dificultad encontrada, ya que al producirse en período vacacional hubo una diseminación geográfica de los contactos. El brote fue notificado de manera inmediata, realizándose inmunización de la población susceptible del municipio con una adecuada coordinación entre los

profesionales implicados. Una de las claves del éxito de la intervención fue que el profesional de enfermería reside en la localidad y conoce a la comunidad.

110. TOS FERINA EN EL DISTRITO SANITARIO COSTA DEL SOL, MÁLAGA, AÑO 2013

C. Ramírez Paredes, C.R. Lebrun Bougrat

Distrito Sanitario Costa del Sol; AGS Serranía de Málaga.

Antecedentes/Objetivos: La tos ferina es una infección bacteriana aguda de las vías respiratorias superiores causada por *Bordetella pertussis*, un patógeno exclusivamente humano que es causa frecuente de tos irritativa que gradualmente se vuelve paroxística, fundamentalmente en niños. Es una enfermedad prevenible mediante vacunación. En los últimos años se ha detectado un aumento de la incidencia en varios países, en España y en nuestra Comunidad. Nuestro propósito ha sido analizar la situación de la tos ferina en el DSCSol, con el objetivo de verificar el aumento de la incidencia de la enfermedad en nuestro entorno, así como, conocer mejor el perfil epidemiológico de la misma y su comportamiento en el año 2013.

Métodos: Hemos calculado las tasas de incidencia de la enfermedad en el Distrito Costa del Sol, para los años 2010 a 2013 y las hemos comparado con la provincia y Andalucía. La fuente de información utilizada ha sido los casos declarados al SVEA. La población servida por el DSCSol es de unos 500 mil habitantes.

Resultados: Al igual que el resto de la CCAA se ha observado un repunte de los casos notificados desde 2010, con un incremento en la tasa de incidencia de los casos de tos ferina en el DSCSol en el año 2013 (2,82 100 mil habitantes) al compararla con años anteriores (2010, 2011 y 2012). Los municipios de Marbella y Fuengirola, son los que aportan más casos, con tasas de 5 y 5,3 casos por 100.000 hab respectivamente. Durante el año 2013, las tasas de incidencia más elevadas en el DSCSol se han observado en los niños menores de 6 meses, sobre todo en menores de 2 meses y en el grupo de 5-14 años. El ratio mujer-hombre es de 3 a 1. La mortalidad fue del 0% y 1 brote por vínculo epidemiológico. Confirmación bacteriológica en el 80% de los casos.

Conclusiones: Los resultados sugieren un incremento real de la incidencia de la enfermedad en nuestro ámbito de estudio, así como en el resto de España, el cual puede ser explicado por el acumulo de individuos susceptibles, correspondientes a personas nacidas durante los años de bajas coberturas, así como a la pérdida de inmunidad poblacional (natural o adquirida por la vacunación), después de un largo periodo de tiempo con escasa circulación de la infección entre la población y el cambio de la vacuna acelular con relación a la vacuna de células completas. La vacunación del adolescente y del adulto debería ser prioritaria; en el primer caso solo supone cambiar la vacuna dT por la dTpa, con un coste adicional pequeño. La vacunación del adulto puede ser más difícil de implementar, pero de la misma forma que en muchos países se revacuna cada 10 años frente a la difteria y el tétanos (con la vacuna dT), debería hacerse también frente a la tos ferina (con la vacuna dTpa) logrando, a su vez, mayor impacto en la estrategia del nido.

160. BROTE DE PAROTIDITIS EN PALENCIA, 2012-2013

M.L. Mateos Baruque, E.M. Vián González, J. de la Puente Callejo, M.J. González Megido

Servicio Territorial de Sanidad y Bienestar Social de Palencia, Sección de Epidemiología.

Antecedentes/Objetivos: Con la introducción de la vacuna triple vírica (TV) en el calendario infantil de vacunaciones de Castilla y León, la incidencia de parotiditis disminuyó considerablemente a

partir de 1985 cuando las coberturas superaron el 80%. Periódicamente se producen brotes de parotiditis (tres en Castilla y León en los últimos 10 años) a pesar de conseguir coberturas anuales mayores del 90%. Durante 2012 y 2013, un extenso brote de parotiditis en población adolescente y adulta joven vacunada ocurrió en Palencia. El objetivo es describir las características epidemiológicas del brote de parotiditis ocurrido en Palencia en 2012-2013.

Métodos: Los datos de los casos se obtuvieron de la Red de Vigilancia Epidemiológica de Castilla y León y los de vacunación del Registro de Vacunaciones de Palencia, del Registro de Vacunaciones de Castilla y León (REVA), del programa Medora de Atención Primaria y de la revisión de cartillas vacunales en papel. La población de referencia procede de la revisión anual del Padrón (INE). Se analizaron las variables sociodemográficas, clínicas, epidemiológicas, resultados de laboratorio y estado vacunal de los casos. Se realiza análisis descriptivo (porcentajes y tasas de incidencia TI).

Resultados: En 2012 y 2013, se notificaron en Palencia 669 casos de parotiditis (TI: 176 casos/100.000 h en 2012 y TI: 214 casos/100.000h en 2013). Se afectaron más hombres (57,4%) y los grupos de edad de 15-19 años (TI: 2.687 casos/100.000 h), de 20-24 años (TI: 1.015 casos/100.000 h) y de 10 a 14 años (TI: 823 casos/100.000 h). Recibió vacunación completa (dos o más dosis), el 81% en los grupos de 0-14 años y de 15-19 años y el 65% en el grupo de 20-24 años (destacan 56 casos de parotiditis con tres dosis de TV). El 100% refirió inflamación de parótidas y la complicación más frecuente fue la orquitis (14 casos, entre 16 y 36 años). Se determinó PCR en saliva/orina de 12 casos, siendo positivos el 50% (genotipo G1) y estudio de serología en 84 casos (48 confirmados). Se revisaron 3.615 cartillas de vacunación de los contactos escolares de los casos, el 92,6% estaba correctamente vacunado con TV para su edad (a un 10% se le adelantó la segunda dosis) y el 7,4% necesitó recuperar una o dos dosis de vacuna.

Conclusiones: La mayor parte de los casos está correctamente vacunado, por lo que la protección no ha sido completa y que la inmunidad se va perdiendo con el tiempo. Las altas tasas de cobertura vacunal parece que reducen la severidad de la enfermedad. Se realizó control de contactos siendo muy útil la revisión de cartillas de vacunación y la captación activa de no vacunados o incorrectamente vacunados.

208. INCREMENTO EN LA INCIDENCIA DE LA TOS FERINA EN LA COMUNIDAD DE MADRID EN UNA POBLACIÓN CON ALTA COBERTURA DE VACUNACIÓN

L. García Comas, I. Rodero Garduño, M. Ordobás Gavín, A. Arce Arnáez, J.C. Sanz Moreno, B. Ramos Blázquez, A. Estirado Gómez

Consejería de Sanidad, Servicio de Epidemiología; Consejería de Sanidad, Laboratorio Regional de Salud Pública.

Antecedentes/Objetivos: A pesar de la elevada cobertura vacunal, en las dos últimas décadas se ha observado un resurgimiento de la tos ferina, en gran parte debido a la mejora de las técnicas diagnósticas. Desde el 1 de junio de 2011 en la Comunidad de Madrid se administra una dosis de dTpa a los 14 años. El objetivo del estudio es describir la incidencia de casos de tos ferina en la Comunidad de Madrid en el año 2013 y compararla con los años previos.

Métodos: Se describe la incidencia de casos de tos ferina notificados al Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Comunidad de Madrid en el año 2013 según variables demográficas y antecedentes de vacunación. Se compara la incidencia con la de los años previos mediante el riesgo relativo (RR), con un nivel de confianza del 95%.

Resultados: En el año 2013 se han notificado 252 casos de tos ferina, lo que supone una incidencia de 3,88 casos por 100.000 habitantes. La mayor incidencia se observa en menores de un año

(154,30), seguida de la del grupo de 10-14 años (16,68). La incidencia es 2,15 veces mayor que en 2012 y ha aumentado en todos los grupos de edad. El mayor incremento se observa en el grupo de 10-14 años (RR: 7,14; IC95%: 3,24-15,75). La incidencia en el grupo de 15-19 años es muy baja (1,03). El 47,1% de los casos ha sido confirmado por laboratorio. La mayor proporción de casos confirmados se observa en menores de 1 año (60,1%). El 56,3% de los casos son mujeres. El patrón estacional se mantiene, con predominio de casos en invierno y primavera. El estado vacunal en menores de 15 años se conoce en el 87,6% de los casos. De ellos, el 72,5% estaba vacunado. El 90,8% de los casos mayores de 1 año estaban vacunados. El número de dosis se conoce en el 92,9% de los casos vacunados. El 55,8% había recibido al menos 3 dosis y el 43,4% al menos 4. Desde el año 2001 se han detectado 3 picos epidémicos cada 3-4 años. El de mayor magnitud alcanzó una incidencia de 6,29, cifra 1,62 veces mayor que la incidencia de 2013.

Conclusiones: En la Comunidad de Madrid se siguen observando picos epidémicos cada 3-4 años, tal y como evidencia el incremento producido en el año 2013. La mayor incidencia se observa en menores de 1 año, grupo de edad donde la enfermedad puede ser grave. El incremento observado en la incidencia en el grupo de 10-14 años justifica la administración de dosis de refuerzo para limitar la transmisión a poblaciones de mayor riesgo.

278. DIFICULTADES EN EL DIAGNÓSTICO DE LA PAROTIDITIS EN PACIENTES IGG POSITIVA: SEROLOGÍA VS PCR

J. Roda Ramón, V. García Román, I. Cremades Bernabeu, M.V. Rigo Medrano

Sección de Epidemiología, Centro de Salud Pública de Alicante; Servicio de Medicina Preventiva, Hospital General Universitario de Alicante.

Antecedentes/Objetivos: Ante la detección de un caso de parotiditis en una persona vacunada con documentación previa de inmunidad y confirmado por PCR, nos preguntamos si la incidencia de parotiditis en los departamentos 17 y 19 de Alicante está infravalorada, dado que la PCR es una prueba de reciente introducción. Describir las características epidemiológicas, clínicas y serológicas de casos IgG+, confirmados y no confirmados, señalando similitudes/diferencias entre ambos grupos. Valorar la indicación de PCR como prueba rutinaria.

Métodos: Fuente: casos de parotiditis notificados en 2009-2013 y laboratorios de microbiología de los hospitales públicos de los departamentos 17 y 19. Variables: edad, sexo, clasificación (confirmado/no confirmado), sintomatología (fiebre, inflamación de parótida (IP) y malestar general), serología, agrupación en dos categorías de casos IgG cuantificados ($IGG \geq 2/ < 2$), PCR en saliva y vacunación (No vacunado/al menos 1 dosis) Caso confirmado: IgG+ IgM- y PCR+. Caso no confirmado: descartados/probables con IgG+ IgM- y no realización de PCR (excluidos otros diagnósticos). Análisis descriptivo. Comparación entre casos confirmados y no confirmados utilizando estadístico Z para comparación de proporciones de muestras independientes con probabilidad del 95% ($p < 0,05$).

Resultados: Casos notificados 265. La búsqueda activa en laboratorios no aportó más casos con inmunidad previa documentada. Casos seleccionados 100 (18 confirmados y 82 no confirmados) Casos confirmados: edad media 24,7 mediana 25 y rango 8-33 años. Razón de masculinidad 1,57. Fiebre 47,1%, IP 94,4%, malestar general 66,7% y el 41% presentan los tres síntomas. Antecedente vacunal 13 (vacunados 92%). Todos los casos con IgG cuantificada (10) eran > 2 . No confirmados: edad media 23,6, mediana 17,5 y rango 2-83 años. Razón de masculinidad 0,70. Fiebre 38,8%, IP 100%, malestar general 48,1% y el

26,6% presentan los tres síntomas. Antecedente vacunal 63 (vacunados 76,2%). La IgG se cuantificó en 43 casos (≥ 2 , 21 (48,8%) y < 2 , 22 (51,2%). La cuantificación de IgG resultó significativa ($p < 0,05$). En el resto de variables (clínicas, epidemiológicas y vacunales) no se encontró significación estadística.

Conclusiones: La clínica de los casos confirmados es idéntica a los no confirmados. Edad, sexo y cobertura vacunal son muy similares. Sí se diferencian en los valores de IgG, siendo más altos en los confirmados. Las determinaciones serológicas deberían ser siempre cuantificadas, así como la confirmación por PCR ante casos con $IGG \geq 2$.

290. HOSPITALIZACIÓN POR TOS FERINA EN CATALUÑA. SENSIBILIDAD DE DOS REGISTROS

I. Crespo, N. Soldevila, G. Carmona, M.R. Sala, R. Solano, P. Godoy, A. Domínguez

CIBER Epidemiología y Salud Pública; Departament de Salut Pública de la Universitat de Barcelona; Agència de Salut Pública de Catalunya; Agència de Salut Pública de Barcelona.

Antecedentes/Objetivos: La tos ferina es una enfermedad prevenible por vacunación responsable de un gran número de hospitalizaciones. En Cataluña existen 2 registros que informan sobre sus hospitalizaciones: el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) y el de Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO). El objetivo del estudio es comparar ambos registros y estimar la sensibilidad de cada uno.

Métodos: Se realizó un estudio observacional retrospectivo de las hospitalizaciones de los registros EDO y CMDB de Cataluña en el período 2005-2012. Del registro EDO se seleccionaron los casos hospitalizados. Los hospitalizados se clasificaron en 2 grupos según el registro de origen. Mediante el método de captura-recaptura se estimó la sensibilidad de los registros y sus intervalos de confianza al 95% (IC95%) para las variables año de hospitalización, sexo, edad y provincia de residencia.

Resultados: Durante el 2005-2012 se dieron 1.466 hospitalizaciones por tos ferina en Cataluña. De éstas, 388 (26,5%) constaban en ambos registros mientras que 457 (31,2%) constaron sólo en el registro EDO y 621 (42,5%) sólo en el CMDB. La sensibilidad global para el EDO fue del 57,1% (IC95%: 55,1-60,1) y para el CMDB fue del 68,8% (IC95%: 66,4-71,2) ($p < 0,001$). La sensibilidad anual para el EDO aumentó de 49,6% en 2005 a 58,4% en 2012 y para el CMDB de 68,8% a 75,2%, en ninguno la diferencia fue significativa. En todos los años la sensibilidad se mantuvo por encima en el CMDB respecto al EDO. Para los hombres la sensibilidad de EDO fue de 28,7% (26,4-31,1) y para CMDB fue de 34,3% (31,9-36,8) ($p = 0,001$). Para mujeres fue de 28,8% (26,5-31,2) y 34,3% (31,9-36,9) respectivamente ($p = 0,001$). El grupo de edad mayoritario en ambos registros fue el < 1 año, para los que en el EDO la sensibilidad fue de 53,6% (51,1-56,2) y en el CMDB fue de 64,4% (61,9-66,9) ($p < 0,001$). De 1-14 años la sensibilidad fue de 3,27% (2,3-4,2) en EDO y 3,1% (2,1-3,9) en CMDB ($p = 0,83$). Para los ≥ 15 años la sensibilidad fue de 0,68% (0,2-1,1) y de 1,29% (0,6-1,9) respectivamente ($p = 0,13$). En la provincia de Barcelona se observó una sensibilidad de 41,3% (38,7-43,8) en EDO y de 51,9% (49,3-54,5) en CMDB ($p < 0,001$), en los otros territorios no hubo diferencias.

Conclusiones: Se observó una sensibilidad más elevada en el registro CMDB. Además se observaron diferencias en la sensibilidad para hombres y mujeres, así como en < 1 año y en la provincia de Barcelona, siendo más alta para el registro CMDB. La no coincidencia entre registros indica infranotificación de los casos de tos ferina por el EDO, sobre todo de los más graves, datos que podrían influir en la toma de decisiones en salud pública.

292. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LA TOS FERINA EN GIPUZKOA

J. Artieda Arandia, L. Álvarez Guerrico, Y. Salicio Bermejo, O. Muga, M. Basterrechea Irurzun, L.D. Piñeiro Vázquez

Subdirección de Salud Pública de Gipuzkoa, Instituto Biodonostia; Servicio de Microbiología, Servicio de Pediatría, Hospital Universitario Donostia; CIBERESP.

Antecedentes/Objetivos: La tos ferina es una enfermedad inmunoprevenible y desde 2005 en la CAPV se universalizó la vacuna de tos ferina acelular con 5 dosis. Las coberturas estimadas en Gipuzkoa son superiores al 90%. En 2011, los casos de tos ferina declarados multiplicaron por 13 la media de declaraciones de los 12 años anteriores y este aumento se mantuvo durante 2012 y 2013. El objetivo del presente trabajo ha sido describir y analizar la epidemiología de la tos ferina en Gipuzkoa así como las medidas de control establecidas.

Métodos: Estudio descriptivo de los casos de tos ferina registrados en Gipuzkoa en el periodo 2011-2013. Las fuentes de información fueron el registro de las enfermedades de declaración obligatoria y el laboratorio de microbiología del hospital de referencia. Se recogió información demográfica, clínica, microbiológica, situación vacunal, nexos con otros casos, ingreso hospitalario, características de los contactos y medidas de control adoptadas.

Resultados: En el periodo 2011-2013 se notificaron en Gipuzkoa 540 casos de tos ferina (134 en 2011; 229 en 2012; 177 en 2013) que correspondían a unas tasas de 19,51, 32,58 y 25,10 $\times 10$ habitantes respectivamente. De los 540 casos, 44% eran hombres, la mediana de edad de 7 años con un rango de 28 días hasta 91 años. El 77% de casos presentaron PCR + para Bordetella pertussis. La tasa de incidencia más elevada se observó en menores de 1 año ($366,76 \times 10^5$) y la menor en los mayores de 40 años ($7,48 \times 10^5$). Excepto en los lactantes, la clínica fue leve. El 49% de los casos menores de 1 año precisaron ingreso hospitalario y todos ellos evolucionaron favorablemente. La cobertura vacunal fue del 91,2%. Un 83% de los casos se presentaron en agrupaciones, con un mínimo de 2 y un máximo de 42 casos. Ante sospecha de caso se recomendaba aislamiento, recogida de muestras faríngea y estudio de contactos. Si el caso se confirmaba se indicaba tratamiento antibiótico con macrólido y quimioprofilaxis a contactos vulnerables.

Conclusiones: Al igual que ocurre en países de nuestro entorno, se ha observado un incremento en la incidencia de tos ferina que afecta especialmente a niños menores de un año, sobre todo lactantes menores de 3 meses. El efecto de la vacuna se desvanece con los años por lo que, son los adultos jóvenes una fuente importante de contagio para la población infantil vulnerable. La sospecha diagnóstica, el tratamiento precoz, estudio de contactos y el cumplimiento del calendario vacunal vigente son las medidas más importantes para la prevención y el control de la enfermedad.

324. OPORTUNIDADES PARA DISMINUIR LA SITUACIÓN EPIDÉMICA DE TOS FERINA EN GRANADA

N. Cabrera Castro, S. Martínez Diz, M.J. Molina Rueda, M.A. Onieva García, P. Ferre Curtido, J. Ortiz Villodres

UGC Medicina Preventiva, Vigilancia y Promoción de la Salud.

Antecedentes/Objetivos: Actualmente, la tos ferina se mantiene circulante en España con ondas cíclicas cada 3-5 años. La última, que se inició en España 2010, es mayor que las anteriores, irregular en su presentación temporo-espacial y aún se mantiene. El reservorio es únicamente humano, principalmente adultos, en los que la enfermedad es leve y autolimitada, pero en los menores de 6 meses puede tener graves consecuencias. El objetivo es describir la situación epidémica de tos ferina en granada en 2011 y establecer posibles áreas de mejora.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de casos de tos ferina declarados en el Sistema de vigilancia de enfermedades de Andalucía (SVEA) en la provincia de Granada en 2011. Variables: edad, sexo, cuatrimestre de declaración, hospitalización, evolución del cuadro, situación vacunal frente a B. pertussis, asociación a otro caso o brote. Se ha estimado la incidencia de la enfermedad y su distribución según las variables anteriores por grupos de edad. Se ha utilizado el programa Microsoft Excel 2007 para el tratamiento de los datos.

Resultados: Se declararon 111 casos de tos ferina (107 confirmados, 2 probables y 2 sospechosos) La tasa global de incidencia fue 12 casos/100.000 hab. El 87% de los casos fueron infantiles. Los menores de 1 año tuvieron una tasa de 767,2 casos/100.000 hab., mientras que para los mayores de 14 años fue de 1,8/100.000 hab. Solo 10 casos se asociaron a brote o a otro caso. El 51,4% fueron hombres y el 48,6% fueron mujeres (93% si consideramos solo el tramo > 14 años). Por cuatrimestres siempre hubo casos en < 14 años, pero en los > 14 años, solo en las de mayor declaración. Ningún mayor de 14 años se hospitalizó, pero sí el 55% de los menores de un año, con 2 fallecidos. De los menores que debían estar vacunados por calendario, el 7% no lo estaba por decisión paterna y el 11% la tenía incompleta.

Conclusiones: En 2011 la tos ferina en Granada ha presentado una incidencia y un porcentaje de hospitalizaciones elevados en menores de un año. No se ha debido a brotes sino a la circulación de la bacteria en la población general. Probablemente ha contribuido el infradiagnóstico en adultos. Junto a las estrategias de vacunación se debería aumentar la sensibilidad diagnóstica de la tos ferina de los médicos que atienden a adultos convivientes de lactantes, para un tratamiento precoz y quimioprofilaxis de los contactos. Es necesario informar con credibilidad a los profesionales sanitarios y a la ciudadanía sobre el comportamiento local de la tos ferina, su gravedad en lactantes y el papel de los adultos como transmisores para disminuir la incidencia de la tos ferina en la población y así minimizar los efectos de la enfermedad en los menores de 6 meses.

326. PATRÓN DE LAS EPIDEMIAS DE PAROTIDITIS Y COMPLICACIONES ASOCIADAS EN ESPAÑA, 1998-2013

N. López-Perea, J. Masa Calles, M.V. Torres de Mier, F. de Ory, M.V. Martínez de Aragón

Centro Nacional de Epidemiología, CIBERESP; Centro Nacional de Microbiología.

Antecedentes/Objetivos: La parotiditis es una enfermedad estacional. El 10% de los casos puede cursar con meningitis. En España la vacuna triple vírica se administra desde 1981; desde entonces las cepas vacunales de parotiditis se han modificado en dos ocasiones por problemas de seguridad y pérdida de inmunogenicidad. A pesar de las altas coberturas de vacunación, la parotiditis sigue apareciendo de manera epidémica. El objetivo es describir las epidemias de parotiditis y sus complicaciones por grupo de edad entre 1998 y 2013.

Métodos: Se describen los casos de parotiditis y los ingresos por complicaciones en España (1998-2013) por edad (< 1 año, 1-4a, 5-9a, 10-14a, 15-19a, 20-24a, 25-29a, 30-34a, 35-39a, 40-44a, 45-64a, y $\geq 65a$) y períodos, coincidentes con las epidemias: 1998-2003 (P1), 2004-2009 (P2) y 2010-2013 (P3). Los casos de parotiditis se obtuvieron de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica, los ingresos con complicaciones del CMBD y las poblaciones del INE. La incidencia (TI) (por 100.000/hab) y la tasa de ingresos (TI_n) por complicaciones (por millón) se calcularon por edad y período epidémico.

Resultados: Los picos epidémicos se dieron en 2001 (TI: 20,7), 2007 (TI: 20,0) y 2013 (TI: 29,5). En la primera onda el grupo más afectado fue el de 1-4 años (TI: 71,7) seguido del de 5-9 años (TI: 64,1); en la segunda onda los grupos más afectados fueron 15-19a (TI: 33,0) y 10-14a (TI: 31,6) y en la tercera onda fueron el de 15-19a (TI: 53,9) y 20-24 (TI: 32,2). En el P1 la tasa más alta de ingresos con complica-

ciones ocurrió entre 15-19a (TIn: 5,9) y 5-9a (TIn: 5,1); en el P2 entre los 20-24a (TIn: 3,9) y 15-19a (TIn: 2,4). En el P3 el más afectado fue el de 15-19a (TIn: 1,1; solo datos hasta 2011). Entre los ingresos con complicación la más frecuente fue la meningitis (15,1%). Destaca que en el P1 se registró la tasa más elevada de meningitis del estudio (TIn: 0,2), y los grupos de edad más afectados el de < 1a y 5-9a (TIn: 0,8 casos). En el P2 y P3 el grupo con mayores tasas fue el de 15-19a (TIn: 0,4 y 0,3 respectivamente).

Conclusiones: Las tres epidemias de parotiditis tienen características epidemiológicas diferentes y desigual patrón de ingresos hospitalarios con complicaciones. En la primera, los más afectados fueron niños pequeños, en la segunda y tercera la edad se ha desplazado hacia niños mayores y adolescentes. En conjunto las complicaciones por parotiditis son más frecuentes en adolescentes y adultos jóvenes. La primera onda se atribuye principalmente a la baja efectividad de la cepa Rubini; en la segunda y tercera se suma además la acumulación de susceptibles por la evanescencia del efecto protector de la vacuna con cepa Jeryl-Lynn.

457. ANÁLISIS EPIDEMIOLÓGICO DE LOS BROTES DE PAROTIDITIS EN LA CIUDAD DE SEVILLA, 2013

M. Cortés Majo, R. Sillero Sánchez, M. Maure Rico, A. Gutiérrez Armesto

UGC Salud Pública, Distrito Sanitario de Atención Primaria de Sevilla; UGC Salud Pública, Prevención y Promoción de la Salud, AGS Sevilla Sur; UGC Medicina Preventiva, Enfermedades Infecciosas y Microbiología, Hospital Virgen del Rocío.

Antecedentes/Objetivos: El patrón epidemiológico actual de la parotiditis en Europa, podría ser explicado, por la pérdida de la inmunidad, el aumento de la población susceptible y/o el desajuste entre la cepa vacunal y las cepas salvajes. España está inmersa en una nueva onda epidémica iniciada en 2011 y que continúa en 2013. En este año la incidencia ha aumentando en Andalucía, especialmente en Almería, Granada y Sevilla. Objetivo: describir varios brotes de parotiditis ocurridos en Sevilla en 2013, destacando las medidas que han ayudado a su control.

Métodos: Siguiendo los criterios del Protocolo de Vigilancia y Alerta de Parotiditis del SVEA, y mediante búsqueda de casos y realización de la encuesta epidemiológica, se recogió información útil, para la investigación y la intervención, permitiendo encontrar el vínculo epidemiológico entre casos, que de otra manera no hubiera sido posible.

Resultados: Durante 2013, se han producido en la ciudad de Sevilla, varios brotes de parotiditis. En total 60 casos notificados, entre la semana 1 y la 25, registrándose una tasa de 9 por 100.000 habitantes. La necesaria profundización y la información recogida en la encuesta epidemiológica, nos permiten desagregar este brote en sub-brotes: el de adolescentes que afectó a 4 colegios, un instituto y 2 equipos de rugby; y el de adultos jóvenes pertenecientes a un centro formativo, al Centro de Alto Rendimiento Deportivo de la Cartuja, y otras agrupaciones. En el 97% se ha hecho encuesta epidemiológica. En el 58% de los casos se desconoce el estado vacunal previo. El genotipo identificado es el G. Se vacunaron a más de 600 adolescentes de los centros educativos. También se vacunó a contactos de casos, fuera del ámbito escolar. La vacunación amplia y temprana a los contactos susceptibles, contribuyó a la finalización del brote.

Conclusiones: La aparición de brotes en poblaciones previamente inmunizadas, deberá hacer pensar a los responsables sanitarios acerca de idear estrategias y/o planificar medidas de prevención para este fenómeno, que está ocurriendo en áreas y países de nuestro entorno. La presentación, periódica, en ondas epidémicas de la parotiditis en el mundo occidental, está respondiendo a una nueva presentación de esta enfermedad, a un descenso claro de la inmunidad ofrecida por la vacuna, a un desajuste entre la cepa vacunal y la cepa causante de los

brotes. El procurar hacer una buena recogida de información, aunque obvio, resulta fundamental en los estudios de brotes y en el establecimiento de vínculos entre los casos.

507. BROTE DE PAROTIDITIS EN CENTROS EDUCATIVOS DE SECUNDARIA

M.M. Rodríguez Membrive, J. del Diego Salas, S. Calzón Fernández, M.A. Fernández Gómez

Área de Epidemiología, UCG Prevención y Promoción de la Salud, Distrito Sanitario Málaga-Guadalhorce.

Antecedentes/Objetivos: La vacunación frente a parotiditis se incorpora al calendario vacunal oficial de Andalucía en 1984 junto a la inmunización frente a sarampión y rubeola (vacuna triple vírica). En junio de 2013 se notifican 5 casos de parotiditis en un centro de educación secundaria en un municipio del área metropolitana de Málaga. Se realiza estrategia de búsqueda activa de casos para identificar el posible origen del mismo y controlar el brote.

Métodos: Realización de encuestas epidemiológicas, y búsqueda activa de casos mediante revisión de historia clínica digital de personas atendidas en centro de salud del municipio en el período de estudio. Estudio del estado vacunal previo. Análisis descriptivo de las características de los casos, distribución temporal y lugar.

Resultados: Entre los meses de junio y julio de 2013 se declaran 20 casos de parotiditis asociados al brote, de los que el 50% son mujeres. Las edades están comprendidas entre los 2 y los 26 años. El 50% de los casos, se declaran entre los días 12 y 21 de junio de 2013. Tras la búsqueda activa de casos se identifica como caso primario a un joven procedente de Birmingham que había estado alojado con una familia de un barrio colindante al municipio durante las vacaciones de semana santa, siendo diagnosticado de parotiditis a su regreso a Reino Unido. El contagio a una niña de 12 años de esta familia parece ser el origen de la transmisión al resto de afectados. Del total de casos, 4 son confirmados por laboratorio y el resto probables por vínculo epidemiológico y clínica compatible. El 15% de los casos está incorrectamente vacunado con una sola dosis y el 75% tiene una vacunación con dos dosis de TV, si bien 3 casos han sido vacunados entre 1993-1998 (vacunas con cepa Rubini). En 3 casos se desconoce el estado vacunal.

Conclusiones: La búsqueda activa de casos permite identificar casos que no son notificados de forma adecuada al sistema de vigilancia. Se han encontrado dificultades para la confirmación mediante laboratorio de enfermedad, sobre todo relacionadas con la falta de muestras adecuadas. La mayoría de los afectados estaban correctamente vacunados.

550. AGRUPACIÓN DE CASOS DE TOS FERINA EN LACTANTES DE UN DISTRITO DE ATENCIÓN PRIMARIA, 2013

B. Botello, M.I. Mesa Gallardo

Distrito de Atención Primaria de Salud Condado Campiña, Servicio Andaluz de Salud.

Antecedentes/Objetivos: La incidencia de tosferina en España mantiene un patrón epidémico cíclico, con ondas epidémicas cada 3-5 años. En el año 2010 comenzó la cuarta onda y en 2011 aumentó a 7,2 casos por 100.000 habitantes. En Andalucía las tasas (1992-1999) siguen una tendencia decreciente, rompiéndose en 2000 y 2011 con 2,1 y 3,15 respectivamente. La provincia de Huelva presenta 6 casos (tasa 1,15) en 2011, uno de ellos perteneciente al distrito Condado Campiña y 0 casos en 2012. El 8/5/2013 notifican un lactante caso de tosferina residente en nuestro distrito. Iniciamos la investigación retrospectiva y prospectiva detectando dos casos más, uno de ellos del mismo municipio. La cobertura de vacunación a los 6 meses (se-

rie primaria DTPa) 2012 fue de 97,2% en dicho municipio. El objetivo del estudio es describir los casos, establecer la existencia o no de una agrupación inusual de casos o brote y controlar la difusión.

Métodos: Estudio descriptivo según variables tiempo, lugar y persona de los casos de tosferina del Distrito Condado Campiña durante 2013. Búsqueda activa de casos: vigilancia retrospectiva y prospectiva. Medidas de control en contactos: profilaxis antibiótica y actualización del calendario de vacunación según protocolo.

Resultados: Se detectaron 2 casos de tosferina en el mismo municipio durante el periodo del 11 al 25 de abril de 2013. El primer caso fue un lactante de 8 semanas con una dosis frente a DTPa y el segundo un lactante de 5 semanas. El primero tuvo una evolución favorable mientras que el segundo falleció. No se identificó vínculo epidemiológico entre los niños, no habían compartido espacios ni contacto directo, no acudían a guardería y sus domicilios estaban a 1,8 km. Los resultados microbiológicos de exudado (PCR) fueron positivos a *B. pertussis*. Se detectó retrospectivamente una lactante de 4 meses declarada el 22/4/13 en otro municipio de nuestro distrito sin vínculo epidemiológico. Se identificaron 8 convivientes en relación con el primer caso y 5 con el segundo, todos ellos candidatos a la quimioprofilaxis y el 15% de estos necesitaron vacunación.

Conclusiones: Los casos detectados con tosferina fueron dos lactantes de 5 y 8 semanas sin vínculo epidemiológico en un mismo municipio con fallecimiento de uno de ellos. La agrupación de casos está asociada en tiempo y espacio observándose un exceso de casos mayor al esperado lo que podría permitir catalogarlos como cluster. Las medidas de control implicaron la actuación coordinada desde el centro de salud y epidemiología de distrito. La provincia de Huelva presentó una tasa de 0,77 (4 casos) en 2013. Este aumento de casos en nuestro distrito nos hace plantearnos la circulación de *B. pertussis* y valorar la importancia de alcanzar una amplia cobertura de vacunación.

656. EVOLUCIÓN DEL PATRÓN EPIDEMIOLÓGICO DE TOS FERINA EN MÁLAGA Y VALLE EL GUADALHORCE, 2003-2013

S. Calzón Fernández, M.A. Fernández Gómez, M.M. Rodríguez Membrive

Área de Epidemiología, UGC Prevención y Promoción de la Salud, Distrito Sanitario Málaga-Guadalhorce.

Antecedentes/Objetivos: En los últimos años se está observando un aumento de la incidencia la tos ferina en países con amplias coberturas vacunales. Este incremento se observa especialmente en lactantes menores de 6 meses, adolescentes y adultos. La observación de los cambios epidemiológicos debe contribuir a orientar nuevas estrategias vacunales. El objetivo de este estudio es describir la evolución de su patrón epidemiológico en los distritos sanitarios de Málaga y Valle del Guadalhorce durante la última década.

Métodos: Análisis descriptivo de los casos de tos ferina, ingresos hospitalarios y brotes de esta enfermedad notificados al Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Andalucía entre 2003 y 2013.

Resultados: Durante el periodo de estudio fueron notificados 127 casos de tos ferina (46,45% hombres). El 63,77% de los casos fueron confirmados mediante laboratorio, el 14,96% declarados probables (al cumplir criterios clínicos y tener vínculo epidemiológico con otros casos) y el resto sospechosos, bajo criterio clínico. El grupo de edad en el que se presentan más casos son los lactantes menores de 2 meses (51,18%) seguido del grupo de 2 a 6 meses (14,96%). El 65,35% de los casos corresponden al periodo 2011-13, registrándose la mayor incidencia en 2013 con una tasa de 5,75/100.000 habitantes. El 76,37% ha requerido hospitalización, siendo el 94,84% de los hospitalizados lactantes de hasta 6 meses. En el periodo estudiado se notificaron 3 brotes de esta enfermedad correspondiendo 2 al año 2012 y 1 al año 2013. Todos los brotes son de ámbito familiar con 3 afectados cada uno, incluyendo siempre la presencia de un caso en lactantes.

En dos de los brotes el primer caso declarado fue el de un lactante identificándose los casos en adultos a partir del estudio de contactos, mientras que en el brote restante el caso primario correspondió a un hombre de 39 años.

Conclusiones: Durante los últimos años se ha registrado un aumento de la incidencia de tos ferina, siendo la tasa en 2013 en nuestro área superior a la de Andalucía (5,75 frente a 3,07 por 100.000). Al igual que lo observado a nivel regional la mayoría de los casos corresponden a menores de 1 año. La mayoría de los casos registrados no se asocian a brote, siendo recomendable intensificar los estudios de contacto que permitan la identificación de casos primarios en adultos de las familias de los lactantes afectados. Sería recomendable también incrementar la confirmación de infección mediante técnicas de laboratorio, especialmente a través del aislamiento en cultivo que permita la tipificación molecular de las cepas circulantes y monitorización de los patrones de sensibilidad.

785. TRANSMISIÓN DE LA TOS FERINA EN LOS DOMICILIOS EN CATALUÑA Y NAVARRA, 2012-2013

P. Godoy, G. Carmona, D. Toledo, J. Álvarez, C. Rius, P. Plans, M.R. Sala, J. Castilla, A. Domínguez, et al

Departament de Salut, Generalitat de Catalunya; Agència de Salut Pública de Barcelona; Instituto de Salud Pública de Navarra; Departamento de Salud Pública, Universidad de Barcelona.

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

Métodos: Se realizó un estudio prospectivo, en los años 2012 y 2013, sobre la incidencia de tos ferina entre los contactos domiciliarios de casos notificados y confirmados. Todos los contactos domiciliarios se censaron, encuestaron y se siguieron durante 30 días, se recogieron datos sobre la exposición, presencia de 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 Real-Time PCR y/o cultivo. Se calculó la tasa de transmisión (casos secundarios/contactos censados) con su intervalo de confianza (IC) del 95%. Los factores asociados a la transmisión se estudiaron mediante el 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 689 casos índices confirmados. Un 35,7% eran menores de 1 año, 40,9% entre 1 y 10 años, 14,4% entre 11 y 18 años y el resto mayores de 18 años. El 52,2% fueron mujeres y un 45,7% presentaban antecedentes de vacunación completa (4 dosis). Se censaron un total de 2815 contactos domiciliarios y la incidencia de tos ferina entre ellos fue del 16,9% (IC95% 14,2-17,4). Estas tasas fueron superiores entre los hermanos de los casos índices 24,5% (IC95% 19,5-29,0) e inferiores entre los padres 11,8% (IC95% 8,0-15,0), las madres 14,9% (IC95% 10,5-19,1) y los abuelos 10,8% (IC95% 6,6-14,0). La incidencia fue superior en los menores de 1 año (RR = 1,5, IC95% 0,7-3,4), de 1-4 (RR = 2,2, IC95% 1,7-2,8), de 5-9 (RR = 1,6, IC95% 1,2-2,2), y de 10-14 (RR = 2,0, IC95% 1,4-2,7), y en los que no habían recibido quimioprofilaxis (RR = 1,9, IC95% 1,5-2,4). En los menores de 18 años la incidencia también fue superior en no vacunados o con menos de 4 dosis de vacuna (21,0%) frente a los vacunados con 4 dosis (14,2%) (RR = 0,68, IC95% 0,41-1,12).

Conclusiones: La tasa de transmisión en los domicilios se considera elevada especialmente en menores de 10 años y no vacunados. Para reducir la transmisión en los domicilios, se debería investigar los contactos familiares para detectar casos secundarios y establecer de forma rápida quimioprofilaxis así como valorar la indicación de vacuna antipertúsica en los que no habían recibido las dosis según el calendario de vacunación.

Financiación: Fondo de Investigación Sanitaria (Proyecto PI11/02557).

786. CARACTERÍSTICAS DE LOS CASOS SECUNDARIOS DE TOS FERINA EN LOS DOMICILIOS EN CATALUNYA Y NAVARRA, 2012-2013

M. Alsedà, M. García Cenoz, C. Muñoz, I. Barrabeig, N. Camps, R. Solano, I. Crespo, J. Ferras, J. Caylà, et al

Departament de Salut, Generalitat de Catalunya; Instituto de Salud Pública de Navarra; Hospital Sant Joan de Déu, Barcelona; Agència de Salut Pública de Barcelona.

Antecedentes/Objetivos: Los casos índices de tos ferina que se notifican al sistema de vigilancia y que generan estudios en los domicilios pueden ser realmente casos primarios o casos secundarios. El objetivo fue caracterizar los casos de tos ferina notificados al sistema de vigilancia de Cataluña y Navarra que resultaron ser casos secundarios.

Métodos: Se realizó un estudio epidemiológico prospectivo, en los años 2012 y 2013 sobre las características de los casos de tos ferina detectados en los domicilios y confirmados mediante estudio microbiológico (Real-Time PCR y/o cultivo) o vínculo epidemiológico. Los casos índices se clasificaron en casos primarios (el primero en iniciar síntomas en el domicilio) casos co-primarios (se presentan dentro de los 6 días siguientes al caso primario) y casos secundarios (se presentan entre 7 y 28 días después del primario). Se censaron, encuestaron y siguieron durante 30 días todos los contactos domiciliarios, recogiendo exposición, síntomas, dosis de vacuna antipertúsica y medidas preventivas (vacuna o quimioprofilaxis). Se tomaron muestras de la nasofaringe de casos y contactos con clínica compatible para estudio microbiológico. Los factores asociados a los casos secundarios frente a los primarios y co-primarios se estudiaron mediante el cálculo de la odds ratio (OR) con su IC del 95%. La existencia de asociación estadística se estudió con la prueba de 2 con un grado de significación $p < 0,05$.

Resultados: Se estudiaron 689 casos índices confirmados, el 85,9% (592/689) mediante Real-Time PCR, el 4,8% (33/689) por cultivo y el 9,2% (64/689) mediante vínculo epidemiológico. La mayoría se presentaron en el grupo de menores de 1 año (35,7%; 246/689) y de 1 a 10 años (40,9%; 282/689). El 46,0% (317/689) no estaban vacunados o presentaban una historia incompleta de vacunación. El 69,1% de los casos se consideraron primarios (476/689), 4,8% co-primarios (33/689) y 26,1% secundarios (180/689). Los casos secundarios presentaron una proporción superior de menores de 1 año (OR = 4,5, IC95% 2,3-9,8), una proporción similar de mujeres (OR = 1,2, IC95% 0,8-1,7), un porcentaje inferior de vacunados con 4 dosis (OR = 0,4, IC95% 0,2-0,9) y un mayor riesgo de hospitalización (OR = 2,2, IC95% 1,4-3,4).

Conclusiones: En la investigación del riesgo de transmisión de tos ferina en los domicilios se debe tener en cuenta que más del 25% de los casos índices son casos secundarios y por ello se deberían ampliar los estudios hasta detectar los casos índices primarios que son los que generan transmisión en los domicilios.

Financiación: Fondo de Investigación Sanitaria (Proyecto PI11/02557).

830. BROTE DE PAROTIDITIS EN UNA LOCALIDAD RURAL DE LA PROVINCIA DE MÁLAGA

C.R. Lebrun Bougrat, C. Ramírez Paredes, L.M. Landínez Córdoba, K. Ibarrola Luiselli

AGS Serranía de Málaga; Distrito Sanitario Costa del Sol.

Antecedentes/Objetivos: La parotiditis es una enfermedad vírica que se caracteriza por fiebre e inflamación de una o más de las glándulas salivares, habitualmente de la parótida. No todos los casos de inflamación de la parótida están causados por el virus de la parotiditis sino que hay otros virus que pueden causarla aunque no de forma

epidémica. En poblaciones no vacunadas alrededor de un tercio de los sujetos expuestos sufren una infección inaparente o subclínica especialmente en niños pequeños y adultos. Se trata de una agrupación de 5 casos de ámbito poblacional rural (5.000 hab) 4 relacionados entre sí por pertenecer a un equipo de fútbol local (14 miembros), que presentaron sintomatología compatible con proceso parotídeo inflamatorio, pertenecientes a una localidad malagueña rural con fecha de inicio de síntomas entre el 15 de agosto y el 09 de septiembre de 2012, siendo el caso índice un chico con orquitis hospitalizado y en el cálculo de la fecha probable de contagio coincidieron en un torneo de fútbol.

Métodos: Se diseñó un estudio descriptivo de campo, que incluyó: confirmación de la existencia del brote, elaboración de la curva epidémica, diseño de un cuestionario para recoger información y toma de muestras. Como definición de caso se estableció fiebre y al menos la aparición súbita de tumefacción, dolorosa al tacto, de las parótidas u otras glándulas salivares y/o orquitis y el criterio epidemiológico de contacto con un caso confirmado. Medidas: toma de muestras en casos sospechosos, aislamiento, búsqueda activa y pasiva de posibles casos, condición vacunal previa, evaluación de contactos incluyendo sanitarios, vacunación en susceptibles, segregación de los no vacunados.

Resultados: Cinco casos que ocurrieron en el transcurso de 3 semanas, entre los 17 y 29 años de edad, 4 hombres del mismo grupo de fútbol y 1 mujer sin aparente relación con ellos, pero de la misma localidad, todos con fiebre y tumefacción bilateral y uno con orquitis. 2 casos con dos dosis de TV previa, 1 con 1 dosis, 1 desconocido y 1 no vacunado; los 5 casos con pruebas positivas al virus de la Parotiditis. 1 sólo requirió hospitalización, el caso índice por orquitis bilateral.

Conclusiones: Se produjo un brote de parotiditis en susceptibles vacunados previamente o no, relacionados entre sí, salvo un caso, pero de la misma localidad. La vacunación frente a la Parotiditis está incluida en el calendario de vacunaciones de Andalucía, por lo que para el control de la enfermedad es necesario alcanzar y mantener coberturas importantes ($\geq 95\%$) de vacunación con triple vírica, a pesar de producirse casos bien vacunados, por lo que creemos que la extensión del brote no fue mayor por ello.

831. HOSPITALIZACIONES POR ENFERMEDAD MENINGOCÓCICA EN ESPAÑA (2007-2012)

G. Ordóñez León, M. Garrido-Esteba

Escuela Nacional de Sanidad; Hospital Universitario de Móstoles; Centro Nacional de Epidemiología, ISCIH.

Antecedentes/Objetivos: La enfermedad meningocócica continúa siendo un importante problema de salud a nivel mundial, no solo debido a su elevada letalidad, sino también debido a su elevada morbilidad. El objetivo de este estudio fue analizar la información sobre la carga de la enfermedad a nivel hospitalario.

Métodos: Se llevó a cabo un análisis retrospectivo, descriptivo, de todas las hospitalizaciones registradas en el Conjunto Mínimo de Base de Datos (CMBD) hospitalario, incluyendo los casos que durante la hospitalización, presentaban el código 036 de la CIE-9 para la enfermedad meningocócica en todas sus formas clínicas (036.0: meningitis meningocócica; 036.1: encefalitis meningocócica; 036.2: meningococemia; 036.3: síndrome meningocócico de Waterhouse-Friderichsen; 036.4: carditis meningocócica no especificada, pericarditis, endocarditis, miocarditis meningocócica; 036.8: otras infecciones meningocócicas como neuritis óptica y artropatía meningocócica; y 036.9: infección meningocócica no especificada). Se estudiaron las hospitalizaciones que recogían dichos códigos como diagnósticos principales o secundarios.

Resultados: Entre 2007 y 2012 se registraron 3.631 hospitalizaciones relacionadas con enfermedad meningocócica, de las cuales 3.380 fueron nuevos ingresos y 251 (6,9%) reingresos/traslados. De los nuevos ingresos 3.063 (90,6%) ingresaron por diagnóstico principal relacionado con la enfermedad meningocócica y 317 (9,4%) como diagnóstico secundario. Durante el año 2007 la tasa anual de hospitalización para diagnósticos principales relacionados con infección meningocócica fue 1,47; 0,76 y 0,66 hospitalizaciones/100.000 para la enfermedad meningocócica invasiva, meningitis meningocócica y meningococemia, respectivamente. En el año 2012 las tasas anuales de hospitalización fueron 0,74; 0,37 y 0,34 hospitalizaciones/100.000 para la enfermedad meningocócica invasiva, meningitis meningocócica y meningococemia, respectivamente. El descenso en las hospitalizaciones entre el 2007 y el 2012 fue del 49,9%; 51% y 49,4% ($p < 0,001$), respectivamente. Durante los seis años de estudio, el 18,1% de los casos se dio en menores de 1 año; y, el 27,1% en niños entre los 1-4 años de edad. De los hospitalizados, 274 casos (8,1%) fallecieron. La letalidad fue menor en los niños < 1 (3,9%) y entre 1-4 (4,6%) años, comparado con los adultos entre 18-64 (11%) y > 64 años (18,5%).

Conclusiones: Aunque es evidente la disminución de casos de enfermedad meningocócica en España, sigue siendo una enfermedad de elevada letalidad. Afecta principalmente a los menores de un año de edad con menor letalidad, pudiendo generar secuelas de por vida, mientras que en > 64 años la letalidad se muestra muy elevada.

100. ESTUDIO DE UN BROTE DE SARAMPIÓN EN UN BARRIO DE ELDA DURANTE EL PERÍODO FEBRERO-JUNIO DE 2012

E. Martín-Aragón, P. Martínez, F. Albertos, G. Arroyo, A. Cremades, P. Vélez, A. Jiménez, E. Verche, O. Ortiz

Centro de Salud Pública de Elda.

Antecedentes/Objetivos: La incidencia de sarampión ha experimentado un importante aumento en los últimos años. Se han producido numerosos brotes, muchos de los cuales se han iniciado en bolsas de población marginal, con bajas coberturas de vacunación. En este estudio se describen las características de un brote de sarampión ocurrido en un barrio marginal de Elda de febrero a junio de 2012.

Métodos: Tras la notificación por parte de atención primaria, en febrero de 2012, de 2 casos sospechosos de sarampión en 2 hermanas de etnia gitana, no vacunadas, y a pesar de la rapidez en la instauración de las medidas preventivas oportunas, surgieron nuevos casos entre los contactos familiares y escolares, todos ellos vecinos del mismo barrio de Elda. La información se recogió por teléfono a través de la encuesta epidemiológica correspondiente. Como definición de caso se utilizaron criterios clínicos y epidemiológicos, confirmándose el diagnóstico por laboratorio (serología) y/o por vínculo epidemiológico, siguiendo el protocolo de "Vigilancia y Control del Sarampión" de la Comunidad Valenciana (CV). El estado vacunal de los casos se comprobó a través del Registro Nominal de Vacunas. También se revisó el estado vacunal de los contactos (censados previamente), tanto escolares y familiares, como sociales. Se diseñó un modelo de autorización para su vacunación que debía ser firmado por los padres y/o tutores previamente, y una carta informativa con las recomendaciones oportunas, que se repartió en los centros escolares. Se ha realizado un estudio descriptivo del brote utilizando el sistema electrónico para el Análisis de Vigilancia Epidemiológica de la CV.

Resultados: El nº de casos fue 32, 71,9% mujeres y 28,1% hombres, entre 5 meses y 19 años. El 84,4% no estaban vacunados y el 15,6% habían recibido solo 1 dosis de triple vírica (TV) recientemente por

ser contactos susceptibles. Solo el 46,9% estaban escolarizados en 4 centros de Elda. Respecto a la clínica, el 100% presentaron exantema maculopapular y fiebre, el 90,6% tos, 78,1% conjuntivitis, 68,7% coriza y el 53,1% adenopatías. El diagnóstico se confirmó por serología en el 37,5%, y en el 62,5% epidemiológicamente. 3 casos requirieron ingreso hospitalario. Se estudiaron 280 contactos susceptibles (174 escolares y 106 familiares/sociales), y de ellos el 49,28% fueron vacunados.

Conclusiones: Mantener elevadas coberturas de vacunación frente a TV, y la vigilancia epidemiológica para la detección precoz de los casos y el control de la transmisión son las dos estrategias fundamentales para la eliminación del sarampión. Sin embargo, existe una necesidad creciente de diseñar estrategias de vacunación dirigidas a grupos de población susceptible como el estudiado en este brote.

165. EL ESTUDIO DE CASOS DESCARTADOS: INDICADOR DE CALIDAD DE LA VIGILANCIA EN LA ÚLTIMA FASE DE LA ELIMINACIÓN DEL SARAMPIÓN Y DE LA RUBÉOLA

M.V. Torres de Mier, N. López Perea, J. Masa Calles

Centro Nacional de Epidemiología, ISCIII; CIBERESP.

Antecedentes/Objetivos: OMS-Europa tiene el objetivo de eliminar el sarampión y la rubéola autóctonos en 2015 en base a buenas coberturas de vacunación y un sistema de vigilancia robusto que permita investigar todos los casos sospechosos para finalmente confirmarlos o descartarlos. Conforme nos acercamos a la eliminación, más importancia adquiere la investigación de los casos descartados y vacunales. OMS-Europa establece, como parte de los indicadores de calidad del sistema, la tasa de detección (objetivo ≥ 2 casos sospechosos y descartados para sarampión/rubéola por 100.000 habitantes/año) y la certeza diagnóstica de casos descartados y de casos vacunales (objetivo $\geq 80\%$) para verificar la interrupción del virus. Objetivo: analizar el comportamiento de la tasa de detección de sarampión y rubéola y del diagnóstico de laboratorio de los casos descartados y casos vacunales notificados al Plan Nacional de Eliminación del Sarampión y Rubéola, entre 2008 y 2013.

Métodos: Entre 2008 y 2013 se analizan los casos descartados (caso con criterio clínico y resultado de laboratorio negativo —IgM negativa— o que está vinculado epidemiológicamente con un caso confirmado de otra enfermedad exantemática) y los casos vacunales (caso con antecedentes de vacunación en las 6 semanas previas al inicio de exantema, IgM positiva y genotipo vacunal). Para cada año se calcula la tasa de detección y la certeza diagnóstica de los casos descartados (% con IgM negativa) y vacunales (% con genotipo vacunal).

Resultados: La tasa de detección de sarampión ha oscilado entre 0,11/100.000 (2009) y 0,81 (2012), y la de rubéola entre 0,03 (2010) y 0,19 (2008). El porcentaje de casos descartados de sarampión con resultado IgM negativa es siempre $> 90\%$, mientras que para rubéola oscila entre el 68% y el 88%; el genotipo A (genotipo vacunal); se identificó en 19 (48,9%) de los 39 casos asociados a vacuna de sarampión y en 1 caso (11,1%) de los 9 asociados a la vacuna de rubéola.

Conclusiones: Verificar que no circulan los virus del sarampión/rubéola exige demostrar que los exantemas febriles que ocurren en un territorio no están producidos por virus salvajes del sarampión ni de la rubéola. En España la sensibilidad de la vigilancia (tasa de detección) del sarampión/rubéola está muy por debajo del objetivo establecido; el diagnóstico de laboratorio, aunque ronda el objetivo de calidad, tiene que mejorar para rubéola. Hay que mantener entre clínicos y epidemiólogos la concienciación sobre el sarampión y la rubéola, garantizando que todos los casos compatibles se notifican e investigan adecuadamente en el laboratorio.

293. ENFERMEDADES RARAS EN CYL: SITUACIÓN DE LA FIBROSIS QUÍSTICA, PREVALENCIA Y DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA

J. Sánchez Díaz, R. Álamo Sanz, J.E. Lozano Alonso, P. Gutiérrez Meléndez, M.C. Romero Hergueta

Observatorio de Salud Pública, Consejería de Sanidad de CyL; Servicio de Promoción de la Salud de CyL.

Antecedentes/Objetivos: La fibrosis quística (FQ) es un trastorno multisistémico hereditario que se hereda con carácter autosómico recesivo. El gen responsable de la enfermedad es el gen RTFQ. Hasta la actualidad se han descrito 1300 mutaciones diferentes si bien la más frecuente es la mutación F508. La prevalencia en los países de Europa occidental es de un caso por cada 2.000-5.000 nacidos vivos. El Registro de Enfermedades de Castilla y León (RERCYL) es parte del Red Española de Registros para la Investigación de Enfermedades Raras (SpainRDR). El objetivo de nuestro trabajo ha sido establecer y desarrollar el censo de base poblacional de la FQ así como conocer la prevalencia de la FQ en nuestra Comunidad.

Métodos: Se han incluido como caso dentro de nuestro registro aquellos enfermos de FQ procedentes del conjunto mínimo básico de datos (CMBD CIE-9-MC 277.0-277.09) entre los años 2010-2012, casos procedentes de historia clínica electrónica de atención primaria (MedoraCyL), registros de metabolopatías congénitas (2009-2011), medicamentos huérfanos de aquellos sujetos nacidos entre 2002-2012. Se cargaron los distintos registros de forma automatizada, con detección de duplicados según CIP, nombre y fecha de nacimiento. Se recogieron las variables enmarcadas en el proyecto Spain-RDR y posterior comprobación en la HC del paciente. Posteriormente se ha calculado la tasa de prevalencia/10.000 habitantes así como su distribución por edad, sexo y provincia de residencia.

Resultados: Según la metodología empleada se han recogido un total de 155 casos de fibrosis quística registrado en nuestro registro de los que 43 son los nacidos entre 2000 y 2012. De ellos 29 (67,4%) son hombres y 14 (32,6%) mujeres. En cuanto a las provincias de residencia que aportó fue Burgos 12 (27,9%), y León y Salamanca con 7 casos (16,3%). En cuanto a las fuentes de casos 28 (65,1%) fueron extraídos de HC@ de atención primaria exclusivamente, 9 (17,6%) del CMBD 8 (18,6%), y 5 (11,6%) CMBD y HC@ simultáneamente. En cuanto al año de nacimiento para el periodo de 2000-2003 fue de 6 casos, 11 casos para los nacidos 2004-2007, 15 casos para los nacidos entre 2008-2010 y 11 casos en el periodo 2011-2012. Por otro lado la tasa de prevalencia resultante fueron para el grupo etario de 8-11 años de 0,73/10.000, de 1,31/10.000 en el grupo de 4-7 años y de 1,81/10.000 en el grupo de 0-4 años, calculado según censo de población.

Conclusiones: El registro de ER de CyL ha resultado ser una herramienta útil para visibilizar la importancia de las enfermedades de baja prevalencia, observando tasas de prevalencia semejantes a otras áreas de nuestro entorno.

Financiación: Proyecto Spain-RDR.

460. MÉTODO DE DETECCIÓN DE LA DEPENDENCIA ESPACIAL GLOBAL DE ENFERMEDADES RARAS EN EL MARCO DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN DE ENFERMEDADES RARAS SPAINRDR

R. Ortega Galiana, G. Gutiérrez Ávila, I. de la Cruz Julián, M. Chico Mena, M.A. García Lacunza, A. de Lucas Vegillas, C. García Colmenero, J.M. Díaz García, S. Humanes Aparicio

Fundación Hospital de Paraplégicos para la Investigación de Toledo; Servicio de Epidemiología, DG Salud Pública, Drogodependencias y Consumo de Castilla-La Mancha.

Antecedentes/Objetivos: El nodo de Castilla-La Mancha del proyecto de investigación SpainRDR desarrolló en 2013 una herramienta con software libre para la georreferenciación de eventos de salud.

El análisis exploratorio de los datos de cada una de las enfermedades raras incluidas en el proyecto ha permitido agrupaciones de casos, con diferentes patrones espaciales, que podrían ser compatibles con clúster de enfermedades. En el caso del hipotiroidismo de origen congénito se están realizando trabajos que apuntan hacia la hipótesis, no concluyente aún, de la relación con la presencia de determinados riesgos asociado a los usos del terreno para la actividad agrícola o industrial o el origen del agua para el consumo humano. Bajo esta misma hipótesis se busca una relación entre los posibles riesgos potenciales asociados al lugar de residencia y la aparición de la enfermedad.

Métodos: Se realiza un estudio de escaneo estadístico espacial para buscar agrupaciones, en distintas divisiones administrativas de Castilla-La Mancha, bajo la hipótesis nula de que la distribución espacial de eventos de enfermedad sigue una distribución de Poisson pura espacial.

Resultados: Se ha identificado un clúster de casos de hipotiroidismo congénito en la zona de la Mancha-Centro.

Conclusiones: La aparición de esta agrupación de casos de Hipotiroidismo de origen Congénito en La Mancha-Centro, hace necesaria la elaboración de mapas de riesgos y estudios más concretos, para determinar si la aparición de estas agrupaciones de casos tiene relación con la exposición a riesgos asociados al lugar de residencia.

Financiación: Spanish Rare Diseases Registries Research Network (IRDIRC-SpainRDR-01).

27. BROTE DE CONJUNTIVITIS BACTERIANA EN RESIDENCIA DE ANCIANOS

M.A. García Sánchez, A. Varo Baena, M. López Martínez, A. Rodríguez Torrenteras, A. Pérez Ramos

Área Sanitaria Norte Córdoba SAS; Delegación Salud Córdoba; Distrito Córdoba SAS.

Antecedentes/Objetivos: La conjuntivitis es la infección ocular más frecuente, afecta a personas de cualquier edad y su distribución es universal. La infección se produce por vía exógena a través de fómites o por contacto entre las manos. Los agentes etiológicos más comunes de conjuntivitis bacteriana aguda en un huésped inmunocompetente son estafilococo pneumoniae, aureus y epidermidis, este último, es un germen saprofito que puede causar en determinadas circunstancias infecciones. El 3 de julio la enfermera de cuidados comunica casos de conjuntivitis en una residencia de ancianos de un municipio Norte de Córdoba. El objetivo de este estudio es describir las investigaciones epidemiológicas, clínicas y medidas establecidas para su control.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo. Se tuvieron en cuenta las variables: datos de filiación, datos de exposición, descripción del lugar, datos clínicos y tratamiento. Se obtuvo información de las variables a través de la aplicación Diraya (historia clínica digital).

Resultados: El 12 de mayo se trató el 1º caso en una monja de la Residencia de 92 años que ayudaba solo en el comedor, los días 13 y 14 se declararon dos casos en dos residentes. Los últimos casos fueron dos residentes que se diagnosticaron el 3 de julio fecha de declaración el brote. Por la curva epidémica la transmisión es de persona a persona de frecuencia multimodal hasta implantar medidas de control y agotar susceptibles. Se notificaron 17 casos de 60 expuestos, 11 residentes de 38, tasa de ataque de 28%, y 6 casos de cuidadores de 19, tasa de ataque de 26%, no hubo ningún caso en los trabajadores. La edad media fue de 69. Los síntomas fueron: picor, secreción purulenta y edema palpebral. Todos los casos evolucionaron a la curación en un periodo de 5 a 15 días y

todos recibieron tratamiento con antibióticos. Todos los infectados compartían habitación, excepto uno que dormía solo, el porcentaje de enfermos que comparte habitación y los dos están contagiados es de 90,9%; frente al 9,09% que no ha contagiados a su compañero. La mayoría de las habitaciones con casos se acumula en un solo pasillo.

Conclusiones: Brote de conjuntivitis aguda por estafilococo epidermis. Se actuó rápidamente aplicando el protocolo de "lavado de manos y uso correcto de guantes para prevención de infección nosocomial". La rápida implantación del protocolo disminuyó de manera importante el impacto tanto en la salud como en el coste de este brote. Resaltar la eficiencia de Diraya en los estudios retrospectivos en los brotes.

36. EVALUACIÓN DE LOS ATRIBUTOS DEL SISTEMA DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA. DEPARTAMENTO DE CASANARE-COLOMBIA, 2013

O. Castañeda-Porras, N.M. Rodríguez Salazar, O. Segura

Secretaría de Salud de Casanare; FETP Programa SEA, Instituto Nacional de Salud; SMC-AS Unidad de Investigaciones.

Antecedentes/Objetivos: En Colombia, desde la reglamentación del Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SVSP), en el 2006, las entidades territoriales realizan evaluaciones de la implementación del sistema de vigilancia, bien sea cuantitativas o cualitativas. La Secretaría de Salud del Casanare propuso la realización de un estudio para conocer la situación real de los insumos para la vigilancia en salud pública, la gestión de recursos y la percepción de los atributos del SVSP por parte de las Unidades Notificadoras Municipales (UNM) con el propósito de dar un mejor uso de los recursos disponibles y fortalecer su operación.

Métodos: Estudio descriptivo transversal a partir de información primaria recolectada en 17/19 UNM del departamento con encuesta estructurada para evaluar la disponibilidad de recursos humanos, físicos, tecnológicos y logísticos; y, la percepción de los atributos cualitativos del sistema. Sistematización y análisis en Epi-Info 3.5.1 mediante estadística descriptiva, medidas de frecuencia, tendencia central, razón.

Resultados: Del total de encuestados mujeres 12 (70,6%), hombres 5 (29,4%), edad promedio 32,47 ($r = 22-56$) años, estudios en el área de salud 14 (86,4%), estudios de postgrado 4 (23,5%), vinculados por contrato de prestación de servicios 12 (70,6%), tiempo promedio en el cargo 17 meses, mediana 9 y moda 1 ($r = 1-108$). Las UNM cuentan con: conexión a internet 14 (82,4%), cámara fotográfica 6 (35,3%), cámara de video 3 (17,6%), equipo de bioseguridad 1 (5,9%); planes de: capacitación 5 (29,4%), asesoría/asistencia técnica 10 (58,8%), mejoramiento 12 (70,6%); objetivos definidos 16 (94,1%), recursos propios 11 (64,7%), laboratorio 2 (11,8%), grupo disponibilidad 5 (29,4%), personal suficiente 7:4 (1,2%), certificados en SIVIGILA 3 (17,6%). Percepción de los atributos del SVSP en promedio: simplicidad 12 (70,0%), aceptabilidad 15 (86,3%), flexibilidad 13 (76,5%), sensibilidad 14 (82,4%), oportunidad 15 (88,2%), representatividad 12 (70,6%), utilidad 15 (88,2%).

Conclusiones: Se evidenció un claro predominio del género femenino; las UNM cuentan con recursos para cumplir con los requisitos mínimos para la operación del SVSP. Aun cuando la percepción de los atributos del SVSP en su mayoría es positiva tiene implícita la posibilidad de mejora y fortalecimiento del mismo, a través de la capacitación permanente del personal a cargo y la realización de un esfuerzo conjunto para mejorar las comunicaciones y propender por el uso de la información para la toma de decisiones en salud pública.

MESA ESPONTÁNEA

Situación y abordaje de los problemas de alcohol en la población

Jueves, 4 de septiembre de 2014. 17:30 a 19:30 h

Presidente: Francisco de Asís Babín Vich, Delegado del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas

Moderan: Gregorio Barrio Anta y Joan Ramón Villalbí Hereter

256. TRASTORNOS ASOCIADOS AL CONSUMO DE ALCOHOL, ESQUIZOFRENIA E INGRESOS POR NEUMONÍAS BACTERIANAS

M. Gili Miner, G. Ramírez Ramírez, J. López Méndez, L. Béjar Prado, D. Franco Fernández, J. Sala Turrens

Universidad de Sevilla; UGC de Documentación Clínica, Hospital Virgen Macarena.

Antecedentes/Objetivos: La AHRQ de los EEUU ha elaborado un conjunto de indicadores denominados PQIs con el objetivo de identificar hospitalizaciones potencialmente prevenibles mediante un tratamiento ambulatorio efectivo y oportuno. Nuestro grupo ha iniciado un estudio sobre el impacto de los trastornos asociados al consumo de alcohol (TAA), tabaco y drogas sobre estos indicadores de calidad preventiva, y de su impacto en grupos particularmente vulnerables. El objetivo de esta comunicación es analizar el impacto de estas adicciones en pacientes hospitalizados con esquizofrenia e ingresados por el indicador PQI-11 (neumonía bacteriana).

Métodos: Se analizaron los CMBDs de 87 hospitales de España durante el periodo 2008-2010. Se estudiaron pacientes de 18 o más años de edad. Se definieron los códigos de la CIE-9 de TAA y del resto de adicciones, de esquizofrenia, de cada uno de los PQIs, de las comorbilidades y de los factores sociales. Los costes se basaron en los datos del Ministerio de Sanidad por GRDs estratificados según grupo de hospitales. El riesgo de PQI-11 se calculó mediante análisis de regresión logística, y la mortalidad atribuible, prolongación de estancias y exceso de costes mediante el análisis multivariante de la covarianza, controlando la edad, género, grupo de hospital, el resto de adicciones y hasta 30 comorbilidades.

Resultados: El riesgo de ingresar con una neumonía bacteriana fue mayor entre los pacientes con esquizofrenia y los pacientes con TAA. La presencia del indicador factores sociales casi triplicó el riesgo de ingreso con neumonía. Comparándolos con los que ingresaron por neumonía pero sin esquizofrenia ni TAA, los pacientes con esquizofrenia y neumonía presentaron un exceso de mortalidad del 26,7% y aquellos con neumonía, esquizofrenia y TAA un exceso de mortalidad del 34,4%. La prolongación de estancias fue de 2,7 días entre los pacientes con esquizofrenia y de 4,2 días entre aquellos con esquizofrenia y TAA. El exceso de costes fue de 1.207,5 Euros entre los pacientes con esquizofrenia y de 1.593,2 Euros entre aquellos con esquizofrenia y TAA.

Conclusiones: En los pacientes con esquizofrenia se conjugan problemas de comunicación, trastornos cognitivos, carencias de apoyo social y poli-adicciones que condicionan una peor asistencia ambulatoria, retrasos diagnósticos y terapéuticos. Estos problemas aumentan el riesgo de padecer una neumonía bacteriana y empeoran su pronóstico. Todo ello se agrava si además presentan TAA, por lo que, además de mejorar el seguimiento de estos pacientes, deben reforzarse en ellos las actividades de prevención e intervención de los TAA tanto en el ámbito ambulatorio como en el hospitalario.

Financiación: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas. (Ayuda 2009I017, Proyecto G41825811).

698. TRASTORNOS ASOCIADOS AL CONSUMO DE ALCOHOL E INTENTO DE SUICIDIO ENTRE LOS TRABAJADORES DE ANDALUCÍA

M. Gili Miner, J.L. Cabanillas Moruno, G. Ramírez Ramírez, J. López Méndez, L. Béjar Prado, D. Franco Fernández, J. Sala Turrens

Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad de Sevilla; Departamento de Psiquiatría; Servicio de Documentación Clínica, Hospital Universitario Virgen Macarena.

Antecedentes/Objetivos: Los trastornos asociados al consumo de alcohol (TAA) son a la vez un factor de riesgo y un desencadenante de los intentos de suicidio, pero no disponemos de estudios que estudien el impacto de estos trastornos sobre los intentos de suicidio entre los trabajadores. El objetivo es analizar las relaciones entre TAA e intentos de suicidio atendidos entre los trabajadores de Andalucía.

Métodos: Se estudiaron los diagnósticos de consultas de atención primaria, bajas laborales e ingresos hospitalarios de los trabajadores de Andalucía durante el periodo 2007-2009. Se definieron los códigos de la CIE-9 de TAA y del resto de adicciones, de otros trastornos mentales, de cada modalidad de intento de suicidio, de las comorbilidades y de los factores sociales. El riesgo de intento de suicidio se calculó mediante análisis de regresión logística y la mortalidad atribuible, el exceso de duración de las bajas y de las estancias hospitalarias mediante el análisis multivariado de la covarianza controlando la edad, el género, el resto de adicciones, otros trastornos mentales y hasta 30 comorbilidades.

Resultados: Se produjeron 1.167 intentos de suicidio entre 917 trabajadores. Estos trabajadores tuvieron 3.264 contactos con los servicios asistenciales y en un 63% de los suicidas hubo un contacto o más previo al intento. El riesgo de sufrir un intento de suicidio en sus distintas modalidades fue mayor entre los trabajadores con TAA (OR: 6,2, LC 95% 5,1-7,6), con trastornos por consumo de cocaína, opiáceos y tabaco, con otros trastornos mentales (depresión, trastornos bipolares, esquizofrenia y ansiedad-fobia), con ideas de suicidio previas al intento y con indicadores de vulnerabilidad social. Al comparar los que hicieron intento de suicidio con TAA frente a los que no presentaban TAA, los primeros presentaron un exceso de duración de las bajas acumuladas de 26,7 días, y entre los hospitalizados hubo un exceso de letalidad del 12,0% y una prolongación de estancias de 1,3 días.

Conclusiones: Este estudio no incluye: a) a los que no trabajan ("healthy worker effect"), b) los suicidios consumados con éxito que no llegan a requerir asistencia médica, c) los atendidos por servicios de urgencias domiciliarias y hospitalarias que no se ingresan, pero aún así el impacto de los TAA es elocuente. En estos trabajadores se encuentra mayor prevalencia de trastornos mentales graves, adicciones y problemas sociales. Deberían intensificarse el seguimiento activo de los trabajadores de alto riesgo y las intervenciones asistenciales y sociales en cada oportunidad y ámbito de contacto, incluyendo las de los TAA.

Financiación: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas (Ayuda 2009I017, Proyecto G41825811).

524. ALCOHOL EN UNA SERIE DE SUICIDIOS MORTALES

E. Barbería, A.M. Gaviria, A.B. Gallo, E. Segú, F. García-Sayago, I. Landín, P. Torralba, A.M. Estarellas

Institut de Medicina Legal de Catalunya; Hospital Universitari Institut Pere Mata; Facultat de Medicina i Ciències de la Salut, Universitat Rovira i Virgili; Instituto de Medicina Legal de Islas Baleares.

Antecedentes/Objetivos: Está bien establecida la asociación entre consumo per cápita de alcohol y mortalidad por suicidio. En España se declararon 3.539 fallecimientos por suicidio en 2012 (7,5 fallecimientos por 100.000 habitantes). El suicidio es uno de los indicadores del

impacto del alcohol en la salud. El objetivo es conocer la presencia de alcohol en una serie de defunciones por suicidio a partir de fuentes forenses.

Métodos: Estudio descriptivo y retrospectivo de las defunciones judiciales ocurridas entre el 1 de enero de 2004 y el 31 de diciembre de 2013 en la División de Tarragona del Instituto de Medicina Legal de Cataluña (DT-IMLC). Las fuentes de información fueron los archivos del Servicio de Patología Forense y del Servicio de Laboratorio de la DT-IMLC. Se incluyeron aquellas defunciones en las que el informe definitivo de autopsia concluyó que se trató de una muerte suicida. La presencia de alcohol se consideró positiva cuando apareció en cualquier muestra del estudio toxicológico. La tasa de alcohol en sangre (TAS) se cuantificó en g/L (cut-off = 0,1 g/L). Los datos fueron procesados con el paquete informático SPSS v.17.0; el análisis bivariante se llevó a cabo mediante las pruebas del test de 2, t de Student y ANOVA, valorando su significación estadística ($p < 0,05$).

Resultados: Durante el período estudiado se produjeron 529 defunciones por suicidio, 20,8% en mujeres y 79,2% en hombres. En el 84,9% de las defunciones por suicidio se solicitaron estudios toxicológicos. Se halló la presencia de alcohol en el 28,5% de los casos: 19,6% en mujeres/30,8% en hombres ($p = 0,50$). La presencia de alcohol se asoció con la ausencia de antidepresivos ($p = 0,008$), la ausencia de benzodiazepinas ($p < 0,001$) y con la nacionalidad extranjera ($p = 0,021$). En los casos en los que se calculó la TAS, el 68,9% superaba la legalmente admitida para conducir y el 44,3% la considerada como delito. Para grupos de edad fue positivo en el 7,3% (16-24 años), 39,5% (25-44), 40,3% (45-64) y 12,9% (≥ 65). A mayor edad correspondió una menor TAS, no hubo asociación estadísticamente significativa con el día de la semana, el año, el método suicida ni el lugar (rural/urbano).

Conclusiones: Existe una proporción relevante de alcohol en las defunciones por suicidio, aunque es un porcentaje inferior respecto a otros estudios internacionales. Destaca la asociación entre la presencia de alcohol y la ausencia de psicofármacos, aspecto que merecería profundizar en su conocimiento. Las fuentes forenses constituyen una valiosa fuente de información en la valoración del impacto del alcohol en los suicidios mortales.

541. ALCOHOL Y AGRESIONES SEXUALES EN LA CIUDAD DE BARCELONA EN EL AÑO 2011

A. Xifró, E. Barbería, A. Arroyo, A. Bertomeu, A. Pujol, F. Montero, J.M. Suelves

Institut de Medicina Legal de Catalunya; Agència de Salut Pública de Catalunya.

Antecedentes/Objetivos: La violencia sexual es un problema de salud pública grave y global; la bibliografía existente sugiere que el consumo de alcohol es un factor de riesgo de victimización sexual en mujeres. Por otra parte, en los últimos años ha aumentado el interés de las ciencias forenses por la sumisión química (SQ) en relación al supuesto incremento de su ocurrencia, sobre todo en delitos sexuales. El objetivo de este trabajo es describir las personas adultas con valoración medicolegal por violencia sexual aguda en nuestro entorno, incluyendo los hallazgos toxicológicos.

Métodos: Estudio observacional prospectivo de todas las personas mayores de 18 años de edad con intervención medicolegal urgente por victimización sexual en Barcelona ciudad en 2011. El protocolo del Institut de Medicina Legal de Catalunya establece análisis toxicológico en los casos de sospecha de SQ y lo recomienda en el resto. Se analizó muestras de sangre y/u orina en laboratorio forense mediante métodos cromatográficos. Se determinó etanol, drogas de abuso, medicamentos psicoactivos y sustancias relacionadas con la SQ. Se estimó la alcoholemia en el momento de los hechos en base a una tasa de metabolización del etanol de 0,15 g/l por hora.

Resultados: Fueron atendidas 114 personas, mayoritariamente mujeres (93,0%) y jóvenes (mediana 25 años; amplitud intercuartil 11 años). Los hechos se concentraron en el fin de semana (49,1%) y la noche (72,8%). La mayoría de las personas (59,6%) fueron reconocidas en las primeras 12 horas desde los hechos. El 68,8% (64/93) participó antes de los hechos en alguna actividad social con consumo habitual de alcohol (como "salir de noche"). El 79,1% (72/91) refirió consumo de alcohol; la media de unidades de bebida estándar consumidas fue 5,6 (DE 4,79; n = 42). Cerca de la mitad de los casos (46,5%) describió violencia o intimidación. El resto describió incapacidad o amnesia de los hechos y las atribuyó a SQ (57,4%), a consumo voluntario de alcohol con o sin drogas de abuso (22,9%) o a otros factores (19,7%). Se realizó estudio toxicológico en 66 casos (57,9%). Se detectó etanol con o sin otras sustancias en 32 (48,5%). La media de la alcoholemia estimada fue 2,25 g/l (DE 0,750; n = 31), sin diferencias entre el grupo con sospecha de SQ (2,40 g/l; DE 0,811; n = 15) y el resto (2,12 g/l; DE 0,684; n = 16; p = 0,298).

Conclusiones: El consumo de alcohol previo a los hechos es ampliamente mayoritario entre las personas atendidas por violencia sexual actualmente en Barcelona. Las cifras de etanol en sangre alcanzadas en el momento de los hechos son muy elevadas. El conocimiento de las características de los casos observados de victimización sexual puede contribuir al diseño de las estrategias de prevención oportunas.

412. EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE ALCOHOL Y SINTOMATOLOGÍA PSICOPATOLÓGICA EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DE PRIMER CURSO

C. Carbia, L. Moure Rodríguez, C. Fernández Carnoto, L.M. García Moreno, F. Caamaño Isorna, F. Cadaveira

Área de Psicobiología, Universidade de Santiago de Compostela; Complejo Hospitalario Universitario de Ourense; Departamento de Psicobiología, Universidad Complutense de Madrid; Área de Saúde Pública, Universidade de Santiago de Compostela, CIBERESP.

Antecedentes/Objetivos: Los informes del Observatorio Español sobre Drogas alertan sobre la progresiva tendencia de los jóvenes a iniciar el consumo de alcohol a edades cada vez más tempranas. Los estudios de comorbilidad en alcoholismo crónico han encontrado una fuerte asociación entre trastornos del uso de alcohol y sintomatología psicopatológica. Teniendo en cuenta que han sido escasos los trabajos que han abordado esta relación en población general adolescente, resulta de especial interés analizar si los jóvenes con un inicio temprano en el consumo de alcohol son una población con mayor riesgo de presentar este tipo de sintomatología. Por tanto, el objetivo del presente estudio es determinar la asociación entre edad de inicio de consumo de alcohol y sintomatología psicopatológica en estudiantes universitarios.

Métodos: Estudio transversal en estudiantes de primer curso de la Universidad Complutense de Madrid reclutados en las aulas (n = 3.696). El consumo de alcohol se midió mediante cuestionario. Las dimensiones sintomáticas se midieron mediante el SCL-90-R. Variable independiente principal: Edad de inicio en el consumo de alcohol. Variables dependientes: dimensiones sintomáticas del SCL-90-R dicotomizadas tomando como punto de corte el percentil 90. El sexo y el consumo de cannabis fueron consideradas variables confusoras. Los datos se analizaron mediante regresión logística.

Resultados: La proporción de mujeres en el estudio fue 56,9%. El 38,4% de los participantes era mayor de 16 años, un 46,5% tenía entre 14 y 15 años y un 11% entre 11 y 13 años. Después de ajustar por consumo de cannabis y sexo, el análisis multivariante mostró que la menor edad de inicio constituye un factor de riesgo para las siguientes dimensiones sintomáticas del SCL-90-R: somatización (OR = 1,74),

depresión (OR = 1,51), ansiedad (OR = 1,71), hostilidad (OR = 1,73) y la escala adicional (OR = 1,85). La menor edad de inicio constituye también un factor de riesgo para los tres índices generales: el índice global de severidad (OR = 1,56), el número total de síntomas (OR = 1,50), y el índice de malestar (OR = 1,56).

Conclusiones: Aquellos jóvenes que inician el consumo de alcohol a una edad más temprana, muestran mayor riesgo de presentar sintomatología psicopatológica. Por lo tanto, retrasar la edad de inicio del consumo podría ser un foco de interés para las intervenciones de carácter preventivo.

Financiación: Ministerio de Sanidad y Política Social, Plan Nacional sobre Drogas (Orden SPI/3462/2010).

752. CONSUMO DE ALCOHOL Y ALTERACIÓN DE LA MEMORIA COTIDIANA

I. Galán, J.L. Valencia-Martín, P. Guallar-Castillón, L.M. León-Muñoz, F. Rodríguez-Artalejo

Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III; Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad Autónoma de Madrid/IdiPaz; CIBERESP.

Antecedentes/Objetivos: A pesar de la evidencia de las negativas consecuencias cognitivas que tiene el consumo abusivo de alcohol, existe escasa literatura sobre el efecto en la memoria, especialmente en el componente prospectivo. Este trabajo investiga la asociación del consumo de alcohol con la alteración en la memoria cotidiana en la población adulta española.

Métodos: Cohorte de base poblacional de 2.254 individuos de 18-59 años de todas las regiones de España participantes en el estudio ENRICA. Los datos basales (T1) se obtuvieron en 2008-2010 y el tiempo medio de seguimiento (T2) fue de 3 años (2012-2013). Se clasificó a los sujetos según el consumo regular de alcohol (umbral entre el consumo moderado y excesivo: 40 g/día en hombres y 24 g/día en mujeres) y la presencia de binge drinking (BD), definido como la ingesta de ≥ 80 g de alcohol en hombres y ≥ 60 g en mujeres en una sesión de bebida en los últimos 30 días. La memoria se midió con el Prospective and Retrospective Memory Questionnaire (PRMQ) (rango de puntuación 16-80; una mayor puntuación indica peor memoria) validado para su uso en castellano. La asociación se estimó mediante modelos lineales generalizados ajustados por variables sociodemográficas, estilos de vida, estado de salud (SF-12) y consumo de drogas, introduciendo conjuntamente el consumo regular y el BD. Dado que se observó una interacción por sexo, los resultados se presentan separados para hombres y mujeres.

Resultados: En los hombres, comparado con los no BD en T1 y T2, los no BD en T1 pero sí en T2, tienen un incremento (peor memoria) estadísticamente significativo en la puntuación del PRMQ, con cambios porcentuales ajustados de la media geométrica del 10,1% (IC95%: 2,9-17,8), mientras que en las mujeres no se observa asociación. Este alteración afecta tanto a la memoria prospectiva, 10,4% (IC95%: 2,5-19) como a la retrospectiva, 9,2% (IC95%: 1,6-17,4). En mujeres, comparando con las que en T1 y T2 no consumían alcohol, aquellas que en ambos periodos eran consumidoras regulares excesivas describen un incremento en la puntuación de memoria global del 10,2% (IC95%: 0,4-20,9) así como de la retrospectiva: 15,3% (IC95%: 4-27,9).

Conclusiones: Los hombres que adoptan recientemente el patrón BD muestran peor memoria, tanto en su componente retrospectivo como prospectivo, mientras que en las mujeres se observa una alteración en la puntuación global y en su componente retrospectivo en aquellas que mantienen en ambos periodos el consumo regular excesivo.

Financiación: Ayuda 06/2010 del Plan Nacional sobre Drogas.

813. CONSECUENCIAS SOCIALES ASOCIADAS A PATRONES DE CONSUMO DE ALCOHOL

J.L. Valencia-Martín, I. Galán, M.P. Guallar-Castillón, J. Donado-Campos, F. Rodríguez-Artalejo

Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad Autónoma de Madrid/IdiPaz; CIBERESP; Servicio de Medicina Preventiva, Hospital Universitario de Móstoles; Centro Nacional de Epidemiología.

Antecedentes/Objetivos: Investigar la asociación prospectiva del consumo regular de alcohol y el “binge drinking” con la alteración de varias áreas de la vida social en adultos españoles.

Métodos: Cohorte de 2.254 individuos de 18 a 59 años de edad, seleccionada a partir de una muestra representativa de la población española (estudio ENRICA). Los datos basales (T1) se obtuvieron entre 2008/10; realizándose un seguimiento medio de 3 años (T2). El consumo promedio de alcohol se consideró de bajo o alto riesgo (PBR o PAR) según el umbral de 40 g/día en hombres y 24 g/día en mujeres. Se definió binge drinking (BD) al consumo de ≥ 80 g de alcohol en hombres y ≥ 60 g en mujeres, en una sesión de bebida de los últimos 30 días. Se investigaron consecuencias sociales derivadas del consumo de alcohol (CSDA) en los últimos 2 años, según el cuestionario europeo SMART, relacionándolas con el consumo de alcohol en modelos de regresión logística ajustados por los principales confusores.

Resultados: El 16,6% (IC95% [intervalo de confianza al 95%] 15,0%-18,3%) presentó alguna CSDA, sobre todo daños en la salud (DS): 10,8% (IC95% 9,4%-12,2%) o en la propia economía (PE): 9,6% (IC95% 8,3%-11,0%). Siguió las peleas (PL) y el perjuicio al trabajo/estudios (PT) en el 3,0% (IC95% 2,2%-3,8%); los daños en la vida familiar (VF): 2,8% (IC95% 2,1%-3,6%) o social (VS): 2,7% (IC95% 2,0%-3,4%). El 0,9% (IC95% 0,5%-1,3%) refirió arresto policial asociado. Respecto a mantener PBR en T1 y T2, pasar de PBR a PAR en T2 incrementó en las mujeres la frecuencia de PE: OR (Odds Ratio) = 6,0 (IC95% 2,1-17,5) y DS: OR = 3,8 (IC95% 1,5-9,9); y en hombres, el PE: OR = 2,1 (IC95% 1,0-4,1). Mantener PAR en T1/T2 multiplicó en mujeres el riesgo de PE: OR = 11,0 (IC95% 2,7-44,2) y PT: OR = 10,8 (IC95% 1,6-72,7). Respecto a no hacer BD (NBD) en T1 ni en T2, pasar de NBD a BD en T2 se asoció a mayor riesgo en hombres de PE: OR = 6,0 (IC95% 2,1-17,5); PL: OR = 4,0 (IC95% 1,3-12,7); y DS: OR = 3,6 (IC95% 1,8-7,2); y, en mujeres, de DS: OR = 3,8 (IC95% 1,5-9,9). Mantener BD en T1/T2 incrementó el riesgo en los hombres de DS: OR = 5,7 (IC95% 3,2-10,4); PE: OR = 5,7 (IC95% 3,0-11,0); PT: OR = 5,4 (IC95% 1,7-17,2) y VS: OR = 5,3 (IC95% 1,5-18,7); en mujeres aumentó DS: OR = 4,6 (IC95% 1,7-12,3) y PE: OR = 4,0 (IC95% 1,4-11,0).

Conclusiones: La prevalencia de algunas CSDA en España es alta; relacionándose de forma diferente con los patrones de consumo de alcohol en hombres (con BD, fundamentalmente) y en mujeres (con PAR, y también con BD). Todos ellos incrementan la frecuencia de CSDA de forma muy importante.

341. CONSUMO DE ALCOHOL EN JÓVENES DE DIFERENTE ORIGEN CULTURAL: UN ESTUDIO CUALITATIVO

X. Contente, A. Pérez, E. Teixidó, R. Puigpinós, O. Juárez, M. Pons-Vigués

Agència de Salut Pública de Barcelona; CIBERESP; IIB Sant Pau; IDIAP Jordi Gol.

Antecedentes/Objetivos: A pesar de las normativas vigentes dirigidas a evitar el consumo de alcohol en menores, la mayoría de ellos ha consumido alcohol alguna vez. Diversos estudios cuantitativos muestran diferencias en el consumo de alcohol entre los jóvenes según su origen cultural. Un estudio cualitativo puede ayudar a pro-

fundizar y comprender dichas diferencias. El objetivo es conocer los conocimientos, creencias y actitudes de jóvenes de Barcelona de diferente origen cultural sobre el consumo de alcohol.

Métodos: Estudio cualitativo de tipo descriptivo en el que participaron jóvenes de 15-16 años de Barcelona. Se realizó un muestreo opinático considerando el género y el origen cultural (latinoamericano, marroquí, pakistaní y chino) como criterios de homogeneidad para los grupos. Se realizaron 8 grupos de discusión (25 chicos y 21 chicas) en los que se abordaron los siguientes contenidos en base a un guión semi-estructurado: integración y aculturación, religión, sentido social, expectativas y motivos relacionados con el consumo de alcohol. Se realizó un análisis de contenido temático con triangulación de analistas y con el soporte del Atlas.ti.

Resultados: En las culturas latinoamericana y china el consumo de alcohol está socialmente aceptado, con un elevado componente grupal y se relaciona con ocio y celebraciones. En Latinoamérica hay menos restricciones que en España para consumir alcohol y los chicos latinoamericanos consideran que las familias españolas ejercen mayor prevención de su consumo que las latinoamericanas. En las culturas marroquí y pakistaní el consumo de alcohol está prohibido y no aceptado socialmente. El consumo se produce de forma individual y en espacios privados, habiendo una mayor restricción en las familias pakistaníes. Los y las jóvenes de origen latinoamericano, marroquí y pakistaní perciben un mayor consumo de alcohol entre sus iguales de la misma cultura que residen en Barcelona del que presentarían en su lugar de procedencia. En general, los motivos de consumo y la influencia del proceso migratorio en el consumo de alcohol varían según la cultura y el género. No obstante, los y las jóvenes de todas las culturas indican que la desestructuración familiar debida a la emigración del país de procedencia es uno de los principales factores que llevan al consumo de alcohol.

Conclusiones: Existen diferencias culturales y de género en las actitudes y creencias relacionadas con el consumo de alcohol entre la población adolescente de Barcelona según el lugar de origen. Estas diferencias observadas, pueden ayudar a adaptar programas preventivos de consumo de sustancias ya existentes o a diseñar nuevas intervenciones y estrategias considerando la diversidad cultural y una perspectiva de género.

Financiación: PNSD 2011/107.

415. CRISIS ECONÓMICA Y CAMBIOS EN EL CONSUMO DE ALCOHOL EN LA POBLACIÓN ACTIVA EN ESPAÑA

E. Colell, A. Sánchez-Niubó, A. Domingo-Salvany, J. Delclós, F.G. Benavides

IMIM-Hospital del Mar; The University of Texas School of Public Health; CISAL, UPF; CIBERESP.

Antecedentes/Objetivos: Aunque se ha señalado que el consumo de alcohol tiende a disminuir en periodos de deterioro económico debido a la reducción de la renta disponible, se han detectado cambios en los patrones de consumo y un aumento de los trastornos por uso de alcohol en etapas de recesión. El objetivo del presente estudio es comparar los patrones de consumo de alcohol de riesgo en la población activa española antes y después del inicio de la crisis económica en 2008.

Métodos: Utilizando cuatro ediciones de la encuesta EDADES (Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España) se seleccionaron a los individuos de 16 a 64 años laboralmente activos y se definieron dos periodos, pre-crisis (2005 y 2007) y crisis (2009 y 2011). Se ajustaron modelos de regresión de Poisson con varianza robusta para hombres y mujeres por separado para obtener la razón de prevalencia (RP) de consumo medio diario elevado de alcohol (≥ 40 g hombres, ≥ 24 g mujeres) y al menos un atracón (≥ 4 bebidas en la

misma ocasión), ambos en el último mes, entre los dos periodos. Se ajustó por covariables y se analizó la interacción entre periodo y actividad (ocupados y desempleados).

Resultados: En una muestra de 62.443 individuos (42% mujeres) con una edad media de 38,5 años (DE = 11) no se observaron cambios en la proporción de no bebedores ni en la media de consumo. La prevalencia de consumo medio elevado para los periodos pre-crisis y crisis fue de 6,9% y 5,3% en hombres y 3,3% y 2,8% en mujeres y de atracones de 19% y 21,6% en hombres y 7,1% y 10,1% en mujeres, respectivamente. El efecto del periodo mostró un descenso significativo de la prevalencia de consumo elevado solo en hombres (RP = 0,75 [IC95% 0,69-0,82]), mientras que la interacción entre la actividad y el periodo no resultó significativa ni en hombres ni en mujeres. En cambio, los atracones mostraron incrementos significativos en el periodo crisis en hombres (RP = 1,19 [1,14-1,25]) y en mujeres (RP = 1,59 [1,47-1,73]), siendo la interacción entre periodo y actividad significativa en mujeres (PR = 1,29 [1,04-1,6]).

Conclusiones: El descenso del consumo medio elevado registrado en hombres afecta tanto a empleados como a desempleados. El incremento de la frecuencia de atracones, importante factor de riesgo en la ocurrencia de lesiones, podría estar relacionado con la inseguridad y el estrés derivados de la real o potencial pérdida de trabajo, siendo las mujeres desempleadas las más vulnerables. Cambios en la disponibilidad del alcohol y en los patrones culturales respecto al consumo ayudarían a prevenir el consumo excesivo, especialmente en periodos de cambio social y económico.

Financiación: PNSD2011/I073.

873. INCIDENCIA DE CONSUMO DE RIESGO DE ALCOHOL EN EUROPA EN PERSONAS DE 50 A 69 AÑOS E INFLUENCIA DE VARIABLES CONTEXTUALES

A. Espelt, M. Bosque-Prous, A. Pérez-Giménez, L. Sordo, M.T. Brugal, M.J. Bravo

Agència de Salut Pública de Barcelona; CIBER de Epidemiología y Salud Pública (Subprograma Crisis-CIBERESP); Instituto Carlos III.

Antecedentes/Objetivos: Estimar la incidencia de consumo de riesgo de alcohol en personas de 50 a 69 años en diferentes países de Europa y analizar la influencia de variables contextuales.

Métodos: Diseño longitudinal basado en las encuestas del proyecto SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe). La población de estudio fueron 18.215 personas de 50-69 años de 12 países europeos (Alemania, Austria, Bélgica, Dinamarca, España, Francia, Italia, Países Bajos, Polonia, República Checa, Suecia y Suiza) seguidos entre 2006 y 2012, con un seguimiento total de 50.365 personas-año (35,7% de personas sin seguimiento). La variable dependiente fue la incidencia de consumo de riesgo de alcohol. Se incluyeron en el estudio las personas que tenían un consumo de bajo riesgo de alcohol (consumo medio diario menor a 40 gramos de alcohol puro en hombres y menor a 20 gramos en mujeres). Se ajustó por diferentes variables sociodemográficas individuales. A nivel contextual se incluyeron en el análisis: desigualdades de género en la sociedad (GII), cambios en GII, tasa de desempleo, cambios en la tasa de desempleo, patrón de consumo de alcohol, grado de restricción de la publicidad de alcohol y otras políticas sobre alcohol. Se estimaron las tasas de incidencia del consumo de riesgo de alcohol por país y sexo. Para determinar las variables asociadas a un mayor riesgo de incidencia de bebedor de riesgo de alcohol, se estimaron modelos de regresión de Poisson.

Resultados: 426 personas pasaron de un consumo de bajo riesgo a un consumo de riesgo de alcohol entre 2006 y 2012. La tasa de incidencia de consumo de riesgo de alcohol fue de 8,4 por 1.000 personas-año (IC95% = 7,6-9,2), siendo significativamente superior en hombres que en mujeres (9,8 y 7,3 por 1.000 personas-año, respec-

tivamente) y con diferencias entre países. Para ambos sexos, la jubilación fue protectora frente al consumo de riesgo de alcohol. En mujeres, trabajar como ama de casa también ejercía un papel protector. A nivel contextual, en hombres se observó una asociación entre el grado de restricción de la publicidad de alcohol y la tasa de incidencia del consumo de riesgo [RR = 0,72 (IC95% = 0,55-0,95)], mientras que en mujeres además se encontró asociación con las desigualdades de género en la sociedad [RR = 0,97 (IC95% = 0,95-0,99)] y la tasa de desempleo [RR = 1,01 (IC95% = 1,00-1,01)].

Conclusiones: En Europa, los países con mayores restricciones en la publicidad de alcohol presentan menor tasa de incidencia de consumo de riesgo. Además, a mayor igualdad entre géneros y a menores tasas de desempleo en un país, las tasas de incidencia de consumo de riesgo en mujeres son mayores.

Financiación: PI13_00183.

607. RELACIÓN ENTRE FACILIDAD PARA EL CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS EN DISTINTOS ENTORNOS Y FRECUENCIA DE EMBRIAGUEZ EN LA ADOLESCENCIA

R. Mendoza Berjano, D. Gómez Baya, G. Lopera Uribe

Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación, Universidad de Huelva.

Antecedentes/Objetivos: La OMS ha resaltado la asociación existente entre la facilidad de acceso a bebidas alcohólicas y la frecuencia de su consumo en la adolescencia (WHO, 2009, 2012). **Objetivos:** 1) Evaluar en qué medida al alumnado de educación secundaria le resulta fácil actualmente consumir alcohol en sus diferentes entornos cotidianos, analizando las posibles diferencias de género y de curso; 2) Estudiar la relación entre la facilidad para el consumo de alcohol en diferentes entornos y la frecuencia de embriaguez en la adolescencia.

Métodos: Con un diseño transversal, se ha encuestado a una muestra de 1791 alumnos de educación secundaria de 12 a 17 años (49,1% varones), elegidos aleatoriamente en un total de 19 centros docentes de Andalucía (en 2011). El cuestionario fue cumplimentado individual y anónimamente en las aulas de clase y entregado al encuestador en un sobre cerrado. La facilidad de consumo en los diferentes entornos ha sido evaluada a través de la cuestión "Si quieres tomar bebidas alcohólicas, ¿te resulta fácil hacerlo en los siguientes lugares?", y se presentan los siguientes entornos: en casa de mis amigos, en lugares reservados para hacer botellón, en la calle o en parques, en bares, en las discotecas, y en casa con mis padres. Para evaluar la frecuencia de embriaguez, se pregunta "¿Has bebido alguna vez tanto alcohol que realmente te has emborrachado?".

Resultados: El porcentaje de adolescentes que encuentra fácil o muy fácil consumir alcohol es del 51,1% en lugares reservados para hacer botellón, del 40,1% en la calle o en parques, del 37,1% en casas de amigos, del 35,6% en las discotecas, del 20% en los bares y del 6% en casa con los padres. Las chicas encuentran más facilidad para el consumo de alcohol que los chicos en lugares reservados para hacer botellón, en la calle o en parques, en los bares y en las discotecas, pero no en los otros contextos estudiados. Por lo general, el alumnado de 2º ciclo de ESO encuentra más facilidad para el consumo de alcohol que el de menor edad. Finalmente, se constata que una mayor facilidad para el consumo de bebidas alcohólicas en cada uno de los entornos estudiados se asocia de forma positiva con una mayor frecuencia de embriaguez.

Conclusiones: Los adolescentes de la muestra encuentran bastante fácil consumir alcohol, especialmente en lugares reservados para hacer botellón, en la calle o en parques, en casas de amigos y en discotecas. Las chicas encuentran una mayor facilidad que los chicos en ciertos entornos. Una mayor facilidad para el consumo de alcohol en cualquiera de los entornos estudiados se asocia con una mayor frecuencia de embriaguez en la adolescencia.

405. EL EJERCICIO DE LA AUTORIDAD COMO PREVENCIÓN AMBIENTAL EN EL CASO DEL ALCOHOL

J.R. Villalbí, M. Bartroli, M. Bosque-Prous, A. Guitart, E. Serra-Batiste, M.T. Brugal, C. Casas

Agència de Salut Pública de Barcelona; CIBERESP & IIB Sant Pau; UPF; Ajuntament de Barcelona.

Antecedentes/Objetivos: El control social informal sobre el consumo de alcohol que se ejercía de forma tradicional se ha debilitado en las últimas décadas. La mayor frecuencia de episodios de consumo intensivo y borracheras en jóvenes en nuestro país puede verse como una consecuencia de este cambio. Para mitigar este problema, se han adoptado regulaciones formales sobre alcohol y conducción, y otras sobre la venta y el consumo de alcohol. Se describen los esfuerzos realizados en Barcelona en este terreno en el período 2008-13, impulsados desde los servicios de salud pública pero aplicados por otros servicios municipales.

Métodos: Se documentan las regulaciones vigentes y los esfuerzos para reforzar su aplicación. Se recopilan los datos de infracciones denunciadas recogidos en los sistemas de información municipal vinculados al ejercicio de la autoridad.

Resultados: Los datos registrados muestran una intensa acción en lo referente a las normas sobre alcohol y conducción a lo largo del período, en que se realizaron de 98 a 115 mil controles anuales en conductores de vehículos de motor. Hubo entre 23 y 38 mil denuncias anuales por infracciones de la ordenanza del civismo relacionadas con el alcohol en la vía pública, la mayoría por el consumo en envases de vidrio o lata. Por lo que respecta a las acciones sobre establecimientos comerciales, tras un inicio dubitativo y con baja presión concentrada en aspectos de señalización, ésta se incrementa y abarca todos los distritos. Las denuncias pasan de 191 anuales en 2008 a 522 en 2013. Son especialmente relevantes desde la perspectiva de la prevención ambiental dos aspectos de la regulación de locales: la venta a menores y la venta en horario nocturno en establecimientos comerciales en los que no se permite el consumo. Las denuncias a locales por venta a menores son relativamente estables, entre 13 y 26 al año; las denuncias por venta en horario nocturno pasan de ninguna a 197 al año.

Conclusiones: Estos datos sugieren que los servicios municipales actúan de forma cada vez más organizada con respecto al consumo de alcohol. No se han documentado en Barcelona episodios de botellón masivo en espacios públicos como en otras ciudades de nuestro medio. Estas acciones complementan otros esfuerzos preventivos basados en la educación para la salud y podrían estar influyendo en una percepción social del alcohol por los menores menos propicia al consumo, reforzando la prevención ambiental.

MESA ESPONTÁNEA

Impacto en salud de las lesiones por tráfico

Jueves, 4 de septiembre de 2014. 17:30 a 19:30 h

Moderan: Catherine Pérez González y Eladio Jiménez Mejías

230. DIFERENCIAS DE GÉNERO EN LA TASA DE LESIÓN POR TRÁFICO SEGÚN TIEMPO EN DESPLAZAMIENTO

E. Santamariña-Rubio, K. Pérez, M. Olabarria, A.M. Novoa

Agència de Salut Pública de Barcelona; CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP); Institut d'Investigació Biomèdica (IIB Sant Pau).

Antecedentes/Objetivos: El riesgo de lesión por colisión de tráfico varía según género, sin embargo no hay consenso sobre si es mayor en hombres o en mujeres, debido principalmente al uso de distintas

medidas de exposición. Aunque para estimar el riesgo de lesión se deberían usar medidas sobre la movilidad de las personas, frecuentemente se usan otras medidas como el número de habitantes o la movilidad de los vehículos, debido a su mayor accesibilidad. El objetivo es comparar el riesgo de lesión por tráfico en hombres y mujeres, según edad, modo de transporte y gravedad, usando como medida de exposición el tiempo que invierten en sus desplazamientos, en Cataluña en el período 2004-2008.

Métodos: Es un estudio de diseño transversal y la población de estudio son las personas mayores de 3 años residentes en Cataluña. Se calcula la tasa de lesión por tráfico usando como numerador el número de personas lesionadas, del Registro de accidentes y víctimas de la Dirección General de Tráfico, y como denominador las personas-horas en desplazamiento, de la Enquesta de Mobilitat Quotidiana de Cataluña de 2006 realizada por la Autoritat del Transport Metropolità. Se calculan tasas específicas por sexo y edad según modo de transporte y gravedad. Se estima el Riesgo Relativo (RR) de lesión por tráfico en hombres respecto a mujeres, y sus Intervalos de Confianza del 95%, mediante el ajuste de modelos de regresión de Poisson.

Resultados: Se estima una tasa anual de lesión por tráfico mayor en hombres que en mujeres (143,0 y 89,2 personas lesionadas por 10 millones de personas-horas en desplazamiento, RR = 1,08 [1,07-1,09], ajustado por edad). Sin embargo los resultados varían según edad, modo de transporte y gravedad. En los peatones niños y conductores jóvenes, los hombres presentan mayor riesgo de lesión leve y grave que las mujeres y a medida que aumenta la edad, las diferencias se invierten, de manera que en los grupos de mayor edad las mujeres presentan mayor riesgo que los hombres. En todos los modos de transporte, a medida que aumenta la gravedad, aumentan los grupos de edad en los que los hombres tienen mayor riesgo que las mujeres. La tasa de mortalidad es siempre mayor en hombres que en mujeres.

Conclusiones: Existe una interacción entre el sexo y la edad en el riesgo de lesión por tráfico. El riesgo es mayor en hombres que en mujeres en unos grupos de edad y mayor en mujeres que en hombres en otros, y estos grupos varían según modo de transporte y gravedad. Esto pone en evidencia que a la hora de estimar el riesgo de lesión por tráfico en hombres y mujeres deben calcularse tasas específicas por edad, según modo de transporte y gravedad.

232. FACTORES INDIVIDUALES Y DE ENTORNO ASOCIADOS A COLISIÓN DE TRÁFICO NOCTURNA EN ÁMBITO URBANO

E. Santamariña-Rubio, K. Pérez, M. Olabarria, A.M. Novoa

Agència de Salut Pública de Barcelona; CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP); Institut d'Investigació Biomèdica (IIB Sant Pau).

Antecedentes/Objetivos: La nocturnidad es un factor de riesgo de colisión y lesión por tráfico. Apenas se ha estudiado la nocturnidad en ámbito urbano, donde las calles están iluminadas y existe iluminación de comercios, oficinas y vehículos. El objetivo es estudiar los factores individuales y de entorno asociados a colisión nocturna en ámbito urbano en personas conductoras y peatonas en Cataluña de 2004 a 2008.

Métodos: Es un estudio de diseño transversal y la población de estudio son las personas implicadas en una colisión de tráfico con alguna persona lesionada en los municipios de más de 100.000 habitantes. La fuente de información es el Registro de accidentes y víctimas de la Dirección General de Tráfico. Se calcula la proporción de colisiones nocturnas y se estudian los factores individuales y de entorno asociados a colisión nocturna, en conductores y peatones, mediante la estimación de Razones de Prevalencia (RP) y sus Intervalos de Confianza del 95%, a partir del ajuste de modelos de regresión de Poisson robusta. Todos los análisis se estratifican por sexo y día (laborable, fin de semana).

Resultados: La proporción de colisiones nocturnas es mayor en fin de semana que en laborable en ambos sexos y tanto en conductores (hombres 49,8% y 20,3%, PR = 2,45 [2,40-2,50]; mujeres 47,8% y 17,3%, PR = 2,76 [2,64-2,89]) como en peatones (hombres 48,5% y 17,6%, PR = 2,76 [2,53-3,01]; mujeres 41,3% y 13,8%, PR = 3,00 [2,72-3,31]). A parte de factores individuales, se han identificado factores de entorno asociados a colisión nocturna, como el mal estado de la superficie en todos los grupos. Además, en conductores, los factores de entorno asociados a colisión nocturna son: en hombres, las intersecciones en forma de “+” o “X” y de “Y” o “T”, respecto a las no intersecciones, en laborable y fin de semana, y sólo en laborable, un tráfico fluido y la no regulación de la prioridad (sólo norma de tráfico); en mujeres, un tráfico fluido y las intersecciones en forma de “+” o “X” y de “Y” o “T”, en laborable. En peatones, además del mal estado de la superficie, los factores asociados son: en hombres, en fin de semana, un ciclomotor involucrado; y en mujeres, un ciclomotor involucrado, en laborable y fin de semana, sólo en laborable las intersecciones en forma de “Y” o “T” y otras intersecciones (rotondas y otras), y sólo en fin de semana cualquier señal de regulación de la prioridad.

Conclusiones: Se han identificado factores de entorno asociados a colisión nocturna en ámbito urbano, como el mal estado de la superficie y ciertos tipos de intersecciones. Estos factores sugieren la necesidad de diseñar intervenciones que requieran la modificación física del entorno.

391. INFLUENCIA DE LA ANTIGÜEDAD DEL VEHÍCULO EN LA GRAVEDAD DE LAS LESIONES POR TRÁFICO

A. Gómez Méndez, G. Azor Martínez, R. Ramírez Fernández, P. Zori Bertolín, J.F. Morales Sierra, M. Avilés Lucas

Dirección General de Tráfico.

Antecedentes/Objetivos: Durante los últimos años se ha producido un progresivo envejecimiento del parque español de vehículos. Resulta esencial analizar la posible influencia de este hecho sobre la frecuencia y gravedad de los accidentes ocurridos en nuestro país. El objetivo de esta comunicación es analizar en el parque español la relación entre la antigüedad de un vehículo y el riesgo de lesión grave o mortal por accidente de tráfico.

Métodos: Se utiliza como principal fuente de información el registro de la Dirección General de Tráfico, con la información sobre accidentes de circulación recogida por las policías encargadas de la regulación y vigilancia del tráfico. Como medida de exposición, se utiliza el número de vehículos del parque español, obtenido del Registro de Vehículos de la Dirección General de Tráfico. El análisis estadístico básico consiste en el cálculo de las siguientes medidas relativas y absolutas: (1) tasa de incidencia, (2) riesgo relativo, (3) riesgo atribuible y (4) proporción de riesgo atribuible. Las variables independientes son: tipo de vehículo (motocicletas, turismos, furgonetas, camiones y autobuses), antigüedad del vehículo (0-4 años, 5-9, 10-14, 15-19) y tipo de vía (autopistas y autovías, vías convencionales y vías urbanas). Se consideran dos medidas de gravedad de la lesión: mortal (fallecido durante los 30 días siguientes al accidente) y grave (hospitalizado durante más de 24 horas). Los datos utilizados corresponden al año 2012.

Resultados: Se ha constatado que existe una relación creciente entre la antigüedad de un vehículo y el riesgo de lesión mortal o grave. En el caso de los turismos, el riesgo relativo de una lesión mortal es de 2,5, en los vehículos de entre 15 y 19 años, cuando se comparan con los vehículos de 0 a 4 años; el riesgo relativo de lesión grave es de 1,86. En carreteras convencionales, estos riesgos relativos adoptan valores de 2,77 y 2,18, respectivamente.

Conclusiones: La antigüedad del vehículo es un factor de influencia significativo sobre el riesgo de lesión grave o mortal. El trabajo ofrece varias recomendaciones y necesidades relacionadas con las posibles líneas de investigación futuras, entre ellas: (1) el análisis de la relación entre la antigüedad de un vehículo y los patrones de mo-

vididad; (2) la evaluación de la contribución de sistemas de seguridad concretos a los resultados obtenidos en este trabajo; y (3) la evaluación de la efectividad de distintas intervenciones para el rejuvenecimiento del parque de vehículos.

273. FACTORES DEL CICLISTA Y EL PEATÓN ASOCIADOS AL RIESGO DE PROVOCAR UNA COLISIÓN ENTRE AMBOS EN ESPAÑA, 1993-2011

V. Martínez-Ruiz, E. Jiménez-Mejías, R. Olmedo-Requena, C. Amezcua-Prieto, A.M. Lewis-Mikhael, P. Lardelli-Claret

Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad de Granada; CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP).

Antecedentes/Objetivos: Peatones y ciclistas son los dos principales grupos de usuarios vulnerables de la vía. El progresivo incremento en el uso de la bicicleta en nuestro país puede llevar aparejado un aumento en el número de colisiones entre ambos colectivos, lo que justifica el interés en identificar, y este es el objetivo del presente estudio, los factores dependientes del ciclista y el peatón asociados a un mayor riesgo de provocar una colisión entre ambos en España.

Métodos: A partir del Registro de Accidentes de Tráfico con Víctimas de la Dirección General de Tráfico, se seleccionaron las 1.411 colisiones entre un único ciclista y un único peatón incluidas en dicho registro en España, entre 1993 y 2011, en las que sólo una de las dos personas implicadas había cometido una infracción de tráfico. Asumiendo la elevada probabilidad de que esta persona fuera la principal responsable de la colisión, se construyeron sucesivos modelos de regresión logística tomando siempre, como variable dependiente, la condición de infractor (0: el ciclista; 1: el peatón) e incluyendo como variables independientes las características de ambos sujetos, junto a diversas circunstancias ambientales bajo las que ocurrió el atropello. Así obtuvimos estimaciones de odds ratio ajustadas (ORa), para cada variable independiente finalmente incluida en el modelo.

Resultados: El modelo final incluyó la edad y el sexo de ambas personas, junto al uso de casco. Con respecto a los peatones, el riesgo de ser ellos los responsables del atropello fue mayor en los varones (ORa = 1,23; IC95%: 0,96-1,61) y especialmente entre los adolescentes (ORa = 4,94; IC95%: 1,68-14,52 en 15-19 años, tomando como referencia el grupo de 35-39 años). En cuanto a los ciclistas, el sexo femenino se asoció a un mayor riesgo de provocar el atropello (ORa = 1,85; IC95%: 1,16-2,86) y, con respecto a su edad, los mayores riesgos correspondieron a los grupos etarios extremos, especialmente el de los menores de 15 años (ORa = 2,44; IC95%: 1,51-3,96, con respecto a los ciclistas de 25 a 34 años). Finalmente, el uso de casco se asoció de forma inversa con el riesgo de que el ciclista fuera el responsable del atropello (ORa = 0,53; IC95%: 0,37-0,76).

Conclusiones: La edad y el sexo de ciclista y peatón se asocian a su riesgo de provocar una colisión entre ambos tipos de usuarios. Conocer estos y otros factores asociados al riesgo de causar este tipo de colisiones será de gran utilidad para diseñar estrategias dirigidas a prevenirlas.

Financiación: FIS PI13/01584 Ministerio Sanidad y Consumo; CIBERESP.

396. GRAVEDAD Y LOCALIZACIÓN DE LAS LESIONES EN CICLISTAS HOSPITALIZADOS. FACTORES RELACIONADOS

G. Azor Martínez, R. Ramírez Fernández, A. Gómez Méndez, P. Zori Bertolín, M.F. Avilés Lucas, J.F. Morales Sierra

DGT.

Antecedentes/Objetivos: El creciente uso de la bicicleta como medio de transporte justifica profundizar en el análisis de la evolución del número de ciclistas con accidentes que requirieron ingreso hospi-

talario. Resulta interesante estudiar la gravedad de las lesiones producidas en el accidente así como su localización y tipo. Otro objetivo será analizar las diferencias existentes entre los accidentes de tráfico con implicación de vehículos a motor con el resto de accidentes. Finalmente, se estudiarán otros factores relacionados como la edad y el sexo.

Métodos: Explotación estadística del Conjunto Mínimo Básico de Datos al Alta Hospitalaria (CMBD) desde 2006 hasta 2011. Utilización de variables para obtener el número de ciclistas hospitalizados. Uso de los diagnósticos para determinar la gravedad a través de un algoritmo que permite obtener el MAIS (Maximum Abbreviated Injury Scale) en función de los códigos CIE-9-MC de los registros de las altas hospitalarias y describir el tipo de accidente a través de los códigos de causas externas. Construcción de las matrices de Barell para estudiar la localización y tipo de lesiones de los ciclistas hospitalizados en el año 2011 tanto para fallecidos como para no fallecidos.

Resultados: El número de ciclistas hospitalizados en 2011 fue de 3.341, más del doble de los contabilizados en 2006. De ellos, el 27% presentaron un valor MAIS igual o superior a 3. Sin embargo, cuando en el accidente interviene un vehículo motorizado, este porcentaje se eleva al 36%. Entre las personas jóvenes y de mediana edad este tipo de accidente es mucho más frecuente. El tipo de lesión son las fracturas seguidas de las lesiones internas. En cuanto a la localización de las lesiones en ciclistas no fallecidos, el 29% se producen en las extremidades superiores y otro 29% en la cabeza y cuello, de las cuales más de la mitad son lesiones cerebrales. Estas últimas aumentan considerablemente en el caso de los ciclistas fallecidos.

Conclusiones: El mayor número de bicicletas ha supuesto un aumento considerable en la cifra de ciclistas lesionados que requieren hospitalización en accidentes con vehículos motorizados. A la hora de priorizar medidas para prevenir accidentes de ciclistas es importante tener en cuenta que los accidentes de tráfico vehículos motorizados son los que provocan las lesiones más graves.

484. ASOCIACIÓN DE LA EDAD Y EL SEXO CON LA MORTALIDAD DEL CICLISTA Y SUS COMPONENTES: EXPOSICIÓN, ACCIDENTALIDAD Y LETALIDAD

V. Martínez-Ruiz, E. Jiménez-Mejías, R. Olmedo-Requena, C. Amezcua-Prieto, A.M. Lewis-Mikhael, P. Lardelli-Claret

Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad de Granada; CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP).

Antecedentes/Objetivos: La magnitud de las tasas de mortalidad por accidente de tráfico en ciclistas varía en función de la edad y el sexo de la población. El objetivo del estudio fue cuantificar la contribución porcentual de los tres componentes teóricos de la mortalidad (exposición, accidentalidad y letalidad) en las diferencias observadas entre ellas por grupos de edad y sexo.

Métodos: Se ha realizado un estudio ecológico, en España, para el período 1993-2011. La tasa de mortalidad en ciclistas (defunciones por 100.000 habs.) puede descomponerse en: tasa de exposición (km recorridos en bicicleta/población) x tasa de accidentalidad (accidentes/km recorridos) x tasa de letalidad (defunciones/accidentes). Del registro de accidentes de la DGT se recogió información sobre número de accidentes (50.042) y defunciones en ciclistas accidentados (1.442). La exposición se estimó mediante el método de exposición cuasi-inducida: asumir que los ciclistas no infractores que colisionaron con otro vehículo cuyo conductor sí había cometido una infracción pueden considerarse representativos de los ciclistas circulantes. Tomando como referencia a los varones de 25-34 años se obtuvieron los correspondientes incrementos en la magnitud de cada componente para cada categoría de edad y

sexo. Posteriormente se convirtió el modelo multiplicativo en aditivo mediante la transformación logarítmica de cada componente: $\ln(\text{incremento en la mortalidad}) = \ln(\text{incremento en la exposición, IE}) + \ln(\text{incremento en la accidentalidad, IA}) + \ln(\text{incremento en la letalidad, IL})$. A partir de esta ecuación se obtuvieron los porcentajes de IE, IA e IL.

Resultados: La letalidad fue el principal determinante del incremento en las tasas de mortalidad observado a partir de los 35 años, con una contribución en torno al 70%. El incremento en la mortalidad de los más jóvenes fue explicado, sin embargo, por su mayor accidentalidad (53% en 5-14 años y 43% en 15-24 años). Las tasas de mortalidad fueron siempre mayores en los varones, con diferencias crecientes conforme aumenta la edad (incrementos de 6,4 veces en 5-14 años hasta 18,8 veces en 65-79 años). Estas diferencias son explicadas en su mayor parte por la mayor exposición del varón, con una contribución relativa que oscila entre el 70% y el 90%.

Conclusiones: La contribución de exposición, accidentalidad y letalidad sobre las tasas de mortalidad de los ciclistas está fuertemente asociada con la edad y el sexo. Conocer con qué magnitud influye cada componente ayudará a implementar estrategias preventivas específicamente orientadas a cada subgrupo poblacional.

792. COMPONENTES DE LA MORTALIDAD POR LESIONES DE TRÁFICO Y SU ASOCIACIÓN CON LA EDAD EN CONDUCTORES DE TURISMO ACCIDENTADOS EN ESPAÑA (1993-2011)

M.A. Onieva García, V. Martínez Ruiz, R. Olmedo Requena, C. Amezcua Prieto, E. Jiménez Mejías, P. Lardelli Claret

UGC Medicina Preventiva, Vigilancia y Promoción de la Salud de Granada; Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad de Granada, CIBERESP.

Antecedentes/Objetivos: Cuantificar la asociación de la edad con la tasa de mortalidad por tráfico y dos de sus componentes (tasa de accidentalidad cruda y tasa de letalidad), y determinar la contribución relativa de estos componentes en las diferencias de mortalidad por tráfico por grupos de edad, en conductores de turismo accidentados en España durante 1993-2011.

Métodos: Aplicando un modelo de descomposición, la tasa de mortalidad por tráfico ($M = \text{defunciones/población}$) puede expresarse como el producto de la tasa de accidentalidad cruda ($A = \text{accidentes/población}$) por la tasa de letalidad ($L = \text{defunciones/accidentes}$). Tomando como referencia los varones de 31 a 35 años, se halló la razón de tasas (RT) de cada componente, de forma que $RTM = RTA \times RTL$. Los valores de RTA y RTL se estimaron mediante modelos de Poisson, globales y estratificados por sexo. La contribución porcentual relativa (CR) de A y L para explicar los valores de RTM en cada edad se obtuvo mediante la siguiente transformación logarítmica: $CR(\text{de A o L}) = \frac{|\ln(RT(\text{de A o L}))|}{|\ln(RTA)| + |\ln(RTL)|} \times 100$.

Resultados: La RTM disminuyó con la edad en ambos sexos, con los valores más elevados entre los 18 y 25 años. La RTA se comportó de forma similar, mientras que para la RTL se observó una asociación inversa: aumentó conforme lo hizo la edad, especialmente a partir de los 51 años. La accidentalidad es el principal determinante de las diferencias en las RTM por edades, aunque su CR descende con la edad (de 98,5% entre los 26 a 30 años a -66,2% en mayores de 75). La CR de la letalidad fue, lógicamente, menor, aunque con una tendencia a aumentar con la edad.

Conclusiones: El peso que cada componente ejerce sobre la mortalidad por tráfico, varía en función de la edad. El conocimiento sobre las diferencias en la contribución de los mismos, podría ser de gran utilidad para priorizar las estrategias encaminadas a reducir la morbi-mortalidad por tráfico.

424. FACTORES DEPENDIENTES DEL PEATÓN ASOCIADOS A SU RIESGO DE MUERTE POR ATROPELLO. ESPAÑA, 1993 A 2011

E. Jiménez Mejías, I. Warletta Tirado, V. Martínez Ruiz, R. Olmedo Requena, C. Amezcua Prieto, P. Lardelli Claret

Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad de Granada, CIBERESP.

Antecedentes/Objetivos: Los peatones son, según la Organización Mundial de la Salud, uno de los colectivos más vulnerables y a la vez más olvidados por la epidemiología de las lesiones por tráfico. En España representaron durante la última década el colectivo de usuarios de la vía con menor descenso en la morbimortalidad. El objetivo de este trabajo fue identificar los factores dependientes del peatón asociados a un mayor riesgo de muerte por atropello en nuestro país.

Métodos: A partir del Registro de Accidentes de Tráfico con Víctimas de la Dirección General de Tráfico, se seleccionaron las 200.014 colisiones entre un único peatón y un único vehículo incluidas en dicho registro en España, entre 1993 y 2011. Se construyeron sucesivos modelos de regresión logística tomando siempre, como variable dependiente, la defunción o no del peatón durante las primeras 24 horas tras el atropello e incluyendo, como potenciales factores de riesgo, las características de éste (sexo, edad, comisión de infracciones, condiciones psicofísicas, etc.). Como posibles confusores se incluyeron el tipo de vehículo implicado, las características de su conductor (sexo, edad, velocidad excesiva, etc.), así como diversas circunstancias ambientales bajo las que ocurrió el atropello (presencia de aceras, visibilidad, estado de las marcas viales, hora del día, etc.). Obtuvimos así estimaciones de odds ratio ajustadas (ORa) para cada variable del peatón finalmente incluida en el modelo.

Resultados: El riesgo de muerte del peatón tras el atropello se asoció fuertemente con su edad, con un gradiente dosis-respuesta positivo (ORa superiores a 4 a partir de los 65 años en adelante), con la comisión de algunas infracciones por parte del peatón, como cruzar indebidamente la calzada (ORa = 2,39 IC95% 2,04-2,78), caminar por la calzada (ORa = 1,81 IC95% 1,43-2,29) o encontrarse reparando un vehículo en ésta (ORa = 1,73 IC95% 1,03-2,88) y con haber consumido drogas (ORa = 1,98 IC95% 1,03-3,81). Por el contrario, tanto el sexo femenino como el empleo de dispositivos reflectantes se comportaron como factores protectores de la mortalidad por atropello, con ORa = 0,86 (IC95% 0,78-0,96) y 0,57 (IC95% 0,38-0,86), respectivamente.

Conclusiones: El mejor conocimiento de los determinantes de la mortalidad por atropello en nuestro país permitirá diseñar e implementar mejores estrategias para la prevención y el control de este problema en salud pública todavía insuficientemente abordado.

Financiación: El presente trabajo ha sido financiado como Proyecto FIS Referencia PI13/01584.

421. CONSUMO DE ALCOHOL Y DROGAS Y ESTILOS DE RIESGO AL VOLANTE EN UNIVERSITARIOS. PROYECTO UNIHCS

E. Jiménez Mejías, M.A. Medina García, V. Martínez Ruiz, T. Fernández Villa, A.J. Molina de la Torre, P. Lardelli Claret

Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad de Granada, CIBERESP.

Antecedentes/Objetivos: El consumo habitual de alcohol y otras drogas es una importante causa de siniestralidad vial en jóvenes. Parte de este efecto puede estar mediado por la asociación de dicho consumo con diversos estilos de conducción de riesgo. El objetivo del estudio fue cuantificar, en conductores de turismo universitarios, la asociación entre la frecuencia de consumo de alcohol y otras drogas y la implicación en estilos de riesgo al volante.

Métodos: Se realizó un estudio transversal en 588 universitarios conductores de turismo de Granada, Jaén, León y Vigo durante el curso 2012-13. A partir del cuestionario multipropósito unihcos se recogió información sobre el sexo, la edad, la antigüedad del permiso, los km recorridos en el último año y la implicación o no durante el último mes en 20 circunstancias de riesgo (conducir deprisa, sin descansar o usando el móvil, entre otras). También se recogió información sobre las frecuencias de consumo de alcohol y drogas durante el año anterior. Mediante regresión logística se calcularon odds ratios ajustadas (ORa) para estimar la asociación entre el consumo de alcohol y otras drogas y la implicación en cada estilo de riesgo considerado. Mediante regresión lineal se obtuvo el coeficiente de regresión ajustado (Cra) para cuantificar la asociación entre el consumo de alcohol y drogas y el número de circunstancias acumulado en el último mes.

Resultados: En la muestra estudiada, los conductores que consumieron alcohol durante el último año se implicaron más frecuentemente que los no bebedores en la mayoría de circunstancias de riesgo consideradas, en especial fumar mientras se conduce (ORa = 4,02; IC95%: 1,31-12,3), no respetar un stop (ORa = 2,59; IC95%: 0,69-9,72) y usar el móvil conduciendo (ORa = 2,38; IC95%: 0,63-8,96). El número de circunstancias acumulado también fue mayor entre los consumidores de alcohol (Cra: 0,92; IC95%: 0,33-1,50). El consumo de drogas durante el último año mostró una asociación positiva y consistente con conducir tras consumir alcohol, conducir con sueño y conducir por encima de la velocidad autorizada (ORa > 2 en todos los casos). Dicho consumo se asoció igualmente con un mayor número de circunstancias en el mes previo (Cra: 0,98; IC95%: 0,47-1,48).

Conclusiones: Aun teniendo en cuenta las limitaciones del estudio (fundamentalmente su carácter transversal), los resultados obtenidos en la muestra de universitarios estudiada apoyan la hipótesis de partida: la existencia de una asociación entre el consumo habitual de alcohol y drogas y la implicación en estilos de conducción de riesgo.

386. MAGNITUD Y FACTORES ASOCIADOS A COLISIÓN FRONTAL EN CARRETERA CONVENCIONAL (PROYECTO MEDIANAS)

M. Olabarria, K. Pérez, E. Santamariña-Rubio, M. Marí-Dell'olmo, M. Gotsens, A.M. Novoa

Agència de Salut Pública de Barcelona; IIB Sant Pau; CIBER.

Antecedentes/Objetivos: Las carreteras convencionales en España son vías fuera del ámbito urbano, generalmente con un solo carril en cada sentido. Debido a su mayor siniestralidad son una prioridad de la Estrategia de Seguridad Vial 2011-2020 de la Dirección General de Tráfico (DGT). El objetivo de este estudio es describir la magnitud de las colisiones frontales en carreteras secundarias de doble sentido en España entre 2007-2012, y estudiar los factores asociados.

Métodos: Estudio de diseño transversal utilizando como población de estudio las colisiones con víctimas en España (2007-2012), y como fuente de información el Registro de víctimas y accidentes de la DGT. La variable dependiente fue "Colisión frontal con víctimas (Sí/no)". Se consideraron como variables explicativas características de la colisión (causa, gravedad, vehículo), circunstancias en las que se ha producido (superficie, luminosidad, factores atmosféricos), o características de la vía (medidas de la calzada, sistemas de separación o intersecciones). Se llevó a cabo un análisis descriptivo y se estudiaron los factores asociados a colisión frontal, mediante la estimación de Razones de Prevalencia (RP) y sus correspondientes intervalos de confianza (IC95%) a partir de un modelo multivariante de regresión de Poisson robusta.

Resultados: Entre 2007 y 2012 se produjeron en España 130.545 colisiones en carretera convencional, el 7% de las cuales eran frontales (n = 9.192). Las colisiones frontales representan el 14,3% de las colisiones producidas con heridos graves y el 24,0% de las colisio-

nes con muertos. El hecho de que haya habido personas lesionadas graves o muertas se asocia a colisión frontal (RP = 2,4, IC95% [2,3-2,5] y RP = 2,8, IC95% [2,6-3,0], respectivamente). Que la superficie esté mojada o nevada y que la luminosidad sea del crepúsculo del día, son factores asociados a colisión frontal. La presencia de curvas, los estrechamientos o cambios de rasante se asocian a colisión frontal. La existencia de mediana (RP = 0,7, IC95% [0,6-0,8]) o de marcas viales que separan los carriles (RP = 0,7, IC95% [0,5-0,8]) y/o los bordes (RP = 0,8, IC95% [0,7-0,9]) se asocian a menor probabilidad de colisión frontal.

Conclusiones: Este estudio ha permitido caracterizar las colisiones frontales en carretera convencional, confirmando su fuerte relación con las lesiones graves o mortales. La menor probabilidad de colisión frontal cuando existen medidas de separación entre carriles hace recomendable su implementación como medida efectiva para disminuir este tipo de colisiones. Este trabajo forma parte del "Semiseparación de calzadas en carretera convencional: análisis de diferentes sistemas y evaluación de intervenciones ya realizadas". Los resultados son propiedad de la DGT.

Financiación: Dirección General de Tráfico (N. 0100DGT22160).

486. EVOLUCIÓN DE LAS COLISIONES FRONTALES EN CARRETERAS SECUNDARIAS EN ESPAÑA, 2003-2007 (PROYECTO MEDIANAS)

K. Pérez, E. Santamariña-Rubio, M. Olabarria, M. Gotsens, M. Marí-Dell'olmo, A. Novoa

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

Antecedentes/Objetivos: Una carretera convencional es aquella fuera del ámbito urbano, generalmente con un sólo carril para cada sentido de circulación. En España, dichas vías suponen más del 90% del total de kilómetros de la red de carreteras. El objetivo de este estudio es analizar la evolución de las colisiones totales y colisiones frontales en carretera convencional doble sentido en España entre 2003 y 2012.

Métodos: Se llevó a cabo un estudio de tendencias utilizando como fuentes de información el Registro de víctimas y accidentes de la DGT. La población de estudio la constituyen las personas que se desplazan por las carreteras convencionales de España. Se consideraron como variables dependientes: el número de colisiones totales (1), frontales (2), el número de personas heridas graves en el total de colisiones (3) y en colisiones frontales (4) y el número de fallecidos en el total de colisiones (5) y en colisiones frontales (6). Se llevó a cabo un análisis de series temporales con modelos de regresión de Poisson, usando los vehículos-km (veh-km) recorridos como exposición y ajustando por sobredispersión. A partir del riesgo relativo se obtiene el porcentaje de cambio acumulado en 2012 respecto a 2003 de la razón del número de colisiones y de personas lesionadas por veh-km.

Resultados: En el año 2003 se produjeron 23.716 colisiones en carreteras convencionales, 2.344 de las cuales fueron colisiones frontales. Entre los años 2003 y 2012 se ha observado una reducción del 6,4% en la razón del total de colisiones por veh-km y del 41,9% de colisiones frontales. La razón de víctimas se ha reducido un 18%. La reducción de personas heridas graves o muertas es mucho mayor, 63,7% y 62,3% respectivamente, lo cual implica que en el año 2012 se produjeron 7.452 heridos graves y 1.535 muertos menos que en el año 2003. La razón de personas lesionadas en colisiones frontales se ha reducido un 47,5%, la de personas lesionadas graves un 69,0%, y la de fallecidos un 67,6%. Esto supone 3.395 personas lesionadas menos en el año 2012 que en año 2003, 1.537 heridos graves y 436 fallecidos menos.

Conclusiones: En los últimos años el número de colisiones frontales en carreteras convencionales en España se ha reducido, particularmente las más graves. Sin embargo, debido a la elevada gravedad de estas colisiones, según el marco de "Visión Cero", sería necesario continuar trabajando en su reducción, mediante por ejemplo la instalación de sistemas de separación de carriles. Este trabajo forma parte del proyecto, "Semiseparación de calzadas en carretera convencional: análisis de diferentes sistemas y evaluación de intervenciones ya realizadas". Los resultados de este estudio son propiedad de la DGT.

Financiación: Dirección General de Tráfico (DGT) (N. 0100DGT 22160).