

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Jueves 6 de octubre de 2011. 12:30 a 14:00 h

Hall – Facultad de Medicina

Carteles electrónicos

Modera: Cristina Torró

298. ¿EXISTE EL SÍNDROME POSTABORTO? DEPRESIÓN Y ANSIEDAD ANTES Y DESPUÉS DEL ABORTO VOLUNTARIO

D. Fernández Álvarez, R. Sánchez Martín, J.M. Sánchez Lorenzo, A. Rubio Collado

Cínica Dator Médica, Madrid.

Antecedentes/Objetivos: Una de las más importantes controversias respecto a la salud mental y la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) es si existe o no el llamado síndrome postaborto, es decir, si hay alteraciones psicológicas o psiquiátricas originadas por la interrupción voluntaria del embarazo no deseado. En nuestro país las investigaciones sobre este tema son muy escasas a pesar de la importancia del tema. Objetivo: Estudiar, mediante la valoración pre y post IVE, si el aborto voluntario en un entorno legalizado produce un trauma o patología psiquiátrica de tipo ansioso-depresiva.

Métodos: Mujeres que acuden a realizarse la IVE a la Clínica Dator. N = 620. Edad: 12-48 años, media: 28,15 años, (DT = 6,76). Se valoró con Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg: rango ansiedad y depresión 0-9; puntos de corte para probable caso: 4/5 y 2/3, respectivamente. Selección aleatoria de las usuarias (1 de cada 5). Se les invitaba a volver para revisión gratuita al cabo de unas 2-4 semanas.

Resultados: Acudieron a revisión post IVE 163 mujeres (26% de la muestra general). Se hicieron estudios de atrición y se observó que no hay diferencias estadísticamente significativas entre este grupo y el resto de la muestra en edad y otras variables socioepidemiológicas, antecedentes psiquiátricos, estrés, depresión o ansiedad. Estudio pre-post: en ansiedad y depresión hay una diferencia pre-post IVE significativa: La media en ansiedad pre-IVE pasa de 5,16 a 3,15 post-IVE (F = 57,37; p = 0,000; Eta2 = 0,29). En depresión, la media pre-IVE pasa de 3,82 a 2,18 post IVE (F = 54,97; p = 0,000; Eta2 = 0,27). En un análisis global encontramos que el 52,5% mejora en ansiedad y depresión, el 10,7% empeora y el 36,8% está igual o cambia de modo distinto en ansiedad y depresión. Se estudiaron mediante regresión logística las variables predictoras de empeoramiento: edad, estudios, tipo de trabajo, número de hijos, abortos previos, semanas de embarazo, información que tenían, tratamiento psiquiátrico previo y los síntomas de depresión y ansiedad. Solo resultaron como predictores algunos síntomas de ansiedad y depresión (modelo Chi 2 = 34,07; p = 0,000; R2 Nagelnerke: 0,52).

Conclusiones: 1. En la mayoría de mujeres disminuye el nivel de ansiedad y depresión después de la IVE. Hay un porcentaje de alrededor del 10% que se encuentra peor en ansiedad y depresión después de la intervención. 2. Según nuestros datos no es cierto que la IVE produzca un trauma postaborto ni que se produzca patología psiquiátrica por la IVE. La mayoría de mujeres se encuentran mejor.

299. PÍLDORA POSCOITAL: INFORMACIÓN Y UTILIZACIÓN POR LAS MUJERES QUE VAN A REALIZAR ABORTO VOLUNTARIO

D. Fernández Álvarez, J.M. Sánchez Lorenzo, R. Sánchez Martín, A. Rubio Collado

Cínica Dator Médica, Madrid.

Antecedentes/Objetivos: La píldora poscoital es un medio importante para evitar los embarazos no deseados. La información sobre este fármaco ha sido muy extensa, sobre todo desde que se liberalizó su dispensación en farmacias. Sin embargo, ¿está la población realmente informada sobre la píldora poscoital? ¿En qué medida se utiliza? ¿Hay grupos sociales que tienen una menor información? Objetivos: 1. Estudiar la información que sobre la píldora poscoital tienen las mujeres con un embarazo no deseado y que van a realizarse la IVE. 2. Estudiar la utilización de la píldora poscoital en estas mujeres. 3. Estudiar las diferencias que, respecto a los objetivos anteriores, existen por edad, entre españolas y extranjeras, por nivel de estudios y otras variables.

Métodos: Mujeres que acuden a realizarse la IVE a la Clínica Dator. N = 620; edad: 12-48 años; media: 28,15 años, (DT = 6,76). El 46,9% son españolas y el 53,1% son extranjeras. Selección de usuarias: aleatoria (1 de cada 5). Valoración: cuestionario hetero/autoadministrado (sobre aspectos de tipo social, de pareja, sobre motivos para la IVE y cuestiones sobre utilización de anticonceptivos). El estudio de campo se realizó en 2009.

Resultados: El 45,80% no sabe qué es la píldora poscoital. No lo saben el 20,4% de las españolas y el 69% de las extranjeras (Chi2 = 142,318; p = 0,000; V Cramer = 0,44). Tienen mayor información las más jóvenes y las mayores; hay un bloque entre 25 y 35 años que es el que tiene menos información. Las solteras, viudas y las de "pareja de hecho" tienen más información que las casadas y divorciadas/separadas. A más estudios, mayor información: estudios EGB o básicos 12,5% respuesta correcta; estudios superiores 75% (Chi 2 = 55,51; p = 0,000; Eta2 = 0,24). La han utilizado (y les ha fallado): española: 7,3%; extranjera: 4,5% (n.s.); tendencia a más utilización si hay más estudios. Las que han tenido otras IVE no la conocen más (Chi 2 = 22,40; p = 0,000; Eta2 = 0,19) ni la utilizan más.

Conclusiones: Hay un conocimiento muy bajo sobre qué es la píldora poscoital; esto sucede más entre extranjeras y entre personas con menor nivel de estudios. Hay un porcentaje de mujeres que la ha utilizado y les ha fallado. Entre las que la han utilizado son más frecuentes las españolas, las solteras, las que usan preservativo y las que tienen más estudios.

308. REPRESENTATIVIDAD POBLACIONAL DE UNA MUESTRA DE MUJERES QUE ACUDEN A REVISIÓN GINECOLÓGICA EN SALUD

M.I. Santiago-Pérez^a, M. Trigo^b, D. Formoso^b, M. Pérez-Ríos^a, M. García^b, A. Malvar^a

^aDirección Xeral de Innovación e Xestión da Saúde Pública, Xunta de Galicia; ^bServicio de Microbioloxía, Complexo Hospitalario de Pontevedra.

Antecedentes/Objetivos: Para estimar el impacto de la vacuna frente a VPH es interesante conocer la prevalencia de infección entre las

mujeres de 16-64 años. Obtener esta información mediante muestreo en la población general es complicado porque requiere una citología, pero otro tipo de muestreo puede afectar la representatividad de la muestra. El objetivo de este trabajo es comparar el perfil de una muestra de mujeres que acudieron a consulta ginecológica con el de una muestra seleccionada en población general para una encuesta de hábitos sexuales.

Métodos: Se realizó un estudio transversal para estimar la prevalencia de infección por VPH en mujeres residentes en Galicia. La muestra se seleccionó entre las mujeres de 16-64 años que acudieron a consulta ginecológica en 1 hospital de Galicia entre octubre de 2007 y marzo de 2010, sin patología asociada, y a las que se realizó citología ($n = 1.703$). Además, se les pasó un cuestionario sobre hábitos sexuales. Por otra parte, en 2009 se realizó en Galicia una encuesta telefónica sobre conductas sexuales dirigida a la población de 16-49 años (encuesta SICRI, $n = 7.985$). Para comparar las dos muestras se utilizaron los datos de 1.453 mujeres de 16-49 años que respondieron a la encuesta del estudio de VPH y 3.598 mujeres del SICRI que tuvieron alguna vez relaciones sexuales. Las variables analizadas fueron: edad, número de parejas a lo largo de la vida y en el último año, y edad a la primera relación sexual. Las comparaciones se hicieron en global y por edad (16-29, 30-49) y los datos se presentan con intervalos de confianza del 95%.

Resultados: La distribución por grupos de edad es muy similar en ambas encuestas. La edad media a la primera relación es 18,4 años (18,3-18,5) en ambos casos. El porcentaje de mujeres que tuvieron su primera relación sexual entre los 15 y los 19 años es 69,7% (67,1-72,4) en el estudio VPH y 71,5% (69,8-73,2) en el SICRI. La media de parejas a lo largo de la vida es 3,4 (3,1-3,7) y 3,3 (3,1-3,4), respectivamente, y el porcentaje de mujeres que tuvieron más de 2 parejas es 41,1% (38,3-44,0) vs 39,5% (37,8-41,3). Un 93,4% (92,5-94,3), según el SICRI, y un 92,7% (91,1-94,2), según el estudio VPH, tuvieron relaciones sexuales en el último año y la media de parejas fue 1,1 (0,99-1,03) y 1,0 (1,07-1,16), respectivamente. Por grupos de edad no hay diferencias relevantes.

Conclusiones: Las mujeres de 16-49 años que acuden a revisión ginecológica y que tuvieron alguna relación sexual pueden considerarse representativas de la población general de mujeres de esa edad para estimar prevalencias de infección.

389. REFLEXIONES SOBRE SEXUALIDAD EN JÓVENES QUE SOLICITAN ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA

M. Ceínos Arcones, F. Cortés Fernández, P. Mínguez Martínez, J. Buenache Huete

Centro Madrid Salud Villa de Valdecas.

Antecedentes/Objetivos: Los objetivos fueron conocer los siguientes datos: edad de la primera relación sexual entre jóvenes usuarias de anticoncepción de emergencia; frecuencia de utilización del preservativo en sus relaciones; número de veces que han tomado la píldora poscoital y efectos secundarios; sentimiento de madurez para iniciar sus relaciones, presión e influencia de factores externos y si consideran que se inician sexualmente a una edad temprana o no.

Métodos: Se realizó encuesta anónima a 130 jóvenes de 16 a 21 años que acudieron solicitando la anticoncepción de emergencia. Se les realizó una historia clínica, valorando factores y conductas de riesgo y se les facilita la píldora poscoital. Las variables de la encuesta incluyen: edad de la primera relación sexual, sentimiento de madurez e influencia de factores externos para el inicio de las relaciones sexuales, utilización del preservativo y la anticoncepción de emergencia, efectos secundarios y valoración de la precocidad en la edad de inicio de las relaciones sexuales.

Resultados: Edad: el 42% tenía entre 15 y 17 años, el 46% entre 18 y 20 años y el 12% eran mayores de 20 años, con una mediana de 18 años.

La mediana de edad de la primera relación sexual fue de 16 años. Noventa y nueve mujeres (76,1%) utilizan siempre preservativo en sus relaciones sexuales, 29 (22,3%) a veces y 2 (1,6%) nunca. Setenta y dos jóvenes (55,4%) tomaban la píldora poscoital por primera vez, 30 (23,1%) por segunda vez y 28 (21,5%) más de 2 veces. De las 58 mujeres que ya habían tomado la anticoncepción poscoital alguna vez, sólo 4 (6,9%) refieren algún efecto secundario. Noventa y nueve jóvenes (76%) se sintieron maduras para tomar esta decisión y 31 (24%) no. El 82% no se sintieron influenciadas y el 18% sí, sobre todo por los amigos y el ambiente. Ciento veinte participantes (92,3%) opinan que la edad de inicio de las relaciones sexuales es muy precoz.

Conclusiones: La edad de inicio en las relaciones sexuales de nuestro grupo de jóvenes usuarias de anticoncepción de emergencia es de 16 años. El uso del preservativo está muy extendido, hay un grupo que mantiene relaciones de riesgo. La reincidencia en el uso de anticoncepción de emergencia en el grupo de las jóvenes es minoritaria. La mayoría de las participantes se sintió madura para iniciar sus relaciones sexuales, sin influencias externas; sin embargo, casi la totalidad de las mismas valora como "muy precoz" la edad de inicio en la actualidad. Los amigos y el ambiente son las principales presiones entre las que se sintieron influenciadas.

391. FACTORES ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL PROTOCOLO DE EMBARAZO EN INMIGRANTES AFRICANAS EN CANTABRIA

M. Paz, M. Ruiz, I. Castro, J. Llorca, M. Santibáñez

Servicio Cántabro de Salud, Universidad de Cantabria; IFIMAV-FMV, Santander; CIBERESP.

Antecedentes/Objetivos: Estudiar los principales determinantes sociales relacionados con el incumplimiento del protocolo de atención al embarazo (PAE) en gestantes inmigrantes africanas en Cantabria.

Métodos: Estudio transversal. Se identificaron las gestantes inmigrantes africanas, con filiación de un centro de salud cántabro en su tarjeta sanitaria, y con fecha de parto entre el 1/01/2007 y el 31/12/2010. El grado de cumplimiento del protocolo de atención al embarazo (GCPAE) se estimó a través del índice Kessner y de un índice propio basado en los 7 indicadores de calidad del actual PAE. Como principales determinantes sociales se recogieron el conocimiento mínimo del idioma y la necesidad de derivación de la embarazada al asistente social, debido a factores de riesgo psicosociales como pareja en paro y sin prestación económica o potenciales situaciones de violencia de género. De cara a la estimación de posibles asociaciones, el GCPAE se categorizó ordinalmente en adecuado, intermedio e inadecuado. Mediante regresión logística no condicional se estimaron *odds ratios* (OR) crudas y sus intervalos de confianza al 95% (IC 95%). La asociación entre desconocimiento del idioma y GCPAE se estratificó en función de la derivación a la asistente social para estudiar interacción.

Resultados: Se identificaron 301 nacimientos provenientes de 274 mujeres gestantes africanas. El 84% no poseía unos conocimientos mínimos del idioma. El 52% se derivó por la matrona a la trabajadora social. Únicamente en el 20-27% de las africanas el control prenatal se consideró adecuado en función del índice analizado (Kessner o propio). Existe una asociación significativa con un patrón dosis respuesta ($ptrend < 0,01$), entre el incumplimiento del protocolo de embarazo y el desconocimiento del idioma (OR Kessner inadecuado 5,86. OR índice propio inadecuado 8,43) o la derivación a la asistente social (OR 8,27 y 6,02, respectivamente). Al estratificar, el desconocimiento del idioma por sí mismo se asoció al incumplimiento del protocolo de forma más débil y no significativa (OR índice propio inadecuado 6,19; IC 95%, 0,73-51,98). Por el contrario, cuando el desconocimiento del idioma se asoció a otros factores de riesgo psicosocial que motivaron la derivación de la gestante a la trabajadora social, la asociación se reforzó (OR índice propio inadecuado 9,56; IC 95%, 1,75-52,13).

Conclusiones: En nuestra muestra, la existencia de otros factores de riesgo psicosocial interaccionarían con el idioma aumentando el riesgo de incumplimiento del PAE.

Financiación: Financiado por el accésit en el premio nacional de investigación en enfermería. 12.^a Ed.

395. SISTEMA DE INDICADORES DE SALUD LOCAL: HERRAMIENTA PARA EL DESARROLLO DE POLÍTICAS LOCALES DE SALUD

L.C. Arias Abad, J. Olivan Abejer, V. Santoro Lamelas, C. Frias Trigo

Área de Salud Pública y Consumo, Diputación de Barcelona.

Antecedentes/Objetivos: La información en salud es un elemento estratégico en la toma de decisiones y elaboración de políticas públicas. La utilización de indicadores de salud en la administración local no es habitual. La Diputació de Barcelona pone en marcha un sistema de indicadores en salud local (SISL) dirigido a los responsables políticos y técnicos municipales de la provincia (excluida Barcelona ciudad).

Métodos: Se identifican las necesidades de información en salud pública local. Se elaboran indicadores de salud de base poblacional de diferentes bases de datos oficiales: padrón, interrupciones voluntarias de embarazos, natalidad, mortalidad y conjunto mínimo básico de datos de altas hospitalarias. Se analizan respecto al año de referencia y su evolución en los últimos 10 años. El sistema cuenta con más de 500.000 de registros y más de 1.000 millones de datos.

Resultados: En 2011 se presentan los primeros "Informes de Indicadores de Salud Local", con más de 80 indicadores sobre estructura poblacional, salud materno-infantil, interrupciones voluntarias de embarazos, mortalidad y morbilidad atendida en hospitales de agudos, sociosanitarios y salud mental. Los municipios han valorado muy positivamente los informes; entre otros aspectos, les permite: conocer la situación de salud del municipio, elaborar planes de salud, desarrollar consejos de salud, priorizar intervenciones, evaluar políticas en salud y realizar actuaciones transversales con otras regidurías del ayuntamiento, obteniendo mayor influencia de la regiduría de salud en las políticas locales. El SISL ofrece una cartera de servicios a los municipios de = 10.000 habitantes (más del 80% de la población de la provincia) formada por: informes de mandato, informes resumidos de acompañamiento para el equipo de gobierno y los responsables técnicos del ámbito de atención a la persona, actualizaciones anuales de los indicadores de salud, asesoramiento técnico y análisis más específicos.

Conclusiones: El SISL es un sistema dinámico que integra diferentes bases de datos oficiales y sistemáticas, permite desarrollar nuevos indicadores y está basado en economía de escala minimizando costes en un entorno de escasos recursos municipales. El SISL proporciona a la administración local información del nivel de salud de la población, facilita la toma de decisiones, empondera las regidurías de salud, dinamiza planes estratégicos y sectoriales en la ciudad para el desarrollo de "la salud en todas las políticas" y homogeneiza la práctica y uso de indicadores de salud entre los responsables y técnicos municipales.

431. DETERMINANTES SOCIALES DEL HÁBITO TABÁQUICO DURANTE LA GESTACIÓN EN LA COMUNITAT VALENCIANA, 2005-2010

R. Mas, C. Barona, L. Gimeno, A. Fullana

Direcció General de Salut Pública, Conselleria de Sanitat, València.

Antecedentes/Objetivos: El hábito tabáquico durante el embarazo está asociado a resultados adversos en la salud tanto de la madre como del niño. El objetivo de este estudio ha sido analizar los factores que influyen en el consumo de tabaco en las gestantes de la Comunitat Valenciana (CV).

Métodos: La población de estudio son las mujeres que acudieron al programa de control del embarazo en los centros de salud de la CV en el periodo 2005-2010. Se seleccionó una muestra aleatoria de 48.135 gestantes. La recogida de información se realizó a través de la hoja resumen de embarazo, registro específico cumplimentado por las matronas, que recoge datos sociodemográficos y sanitarios. Las variables incluidas fueron: edad, nivel de estudios, convivencia en pareja, país de nacimiento, actividad laboral, paridad, asistencia a educación prenatal y consumo de tabaco durante la gestación. Se realizó un análisis descriptivo de los datos y posteriormente una regresión logística con el cálculo de OR ajustadas (ORa) y sus intervalos de confianza al 95% (IC 95%)

Resultados: El 24,1% de las embarazadas eran extranjeras, siendo las áreas geográficas de procedencia mayoritarias América Central y del Sur (33,85), Europa del Este (23,8%) y África del Norte (22,3%). Un 17,6% de las gestantes fumaron durante el embarazo, oscilando esta proporción entre un máximo del 20,3% en las mujeres de Europa Occidental y un mínimo de 1,7% en las de África del Norte. En el periodo estudiado, la proporción global de gestantes fumadoras descendió de un 19,6% en 2005 a un 15,8% en 2010, no así en las gestantes autóctonas, donde la proporción de fumadoras se mantuvo próxima al 20%. La probabilidad de ser fumadora fue menor en las mujeres procedentes de América Central y del Sur (ORa: 0,16; IC 95%, 0,13-0,19), Norte de África (ORa: 0,04; IC 95%, 0,03-0,06), África Subsahariana (ORa: 0,25; IC 95%, 0,18-0,35) y Asia (ORa: 0,06; IC 95%, 0,03-0,14), y superior en las mujeres con estudios primarios (ORa: 3,58; IC 95%, 3,25-3,95) o secundarios (ORa: 2,26; IC 95%, 2,03-2,51), sin pareja (ORa: 2,21; IC 95%, 1,87-2,62) y que no asistieron a actividades grupales de educación prenatal (ORa: 1,66; IC 95%, 1,56-1,77).

Conclusiones: Colectivos más desfavorecidos, como las mujeres con menor nivel de estudios y menor apoyo social, presentan un mayor riesgo de consumo de tabaco durante la gestación. Existe una distribución heterogénea del hábito tabáquico según el país de procedencia, con mantenimiento de una elevada prevalencia en las mujeres españolas y resto de europeas, frente a otros grupos de mujeres inmigrantes con hábitos más saludables.

437. FACTORES RELACIONADOS CON LA SATISFACCIÓN DE LAS MUJERES CON LA VIVENCIA DEL PARTO Y NACIMIENTO

R. Mas, C. Barona, N. Ibáñez, L. Margaix, S. Carreguí

Direcció General de Salut Pública; Hospital Marina Baixa; Hospital de La Plana; Conselleria de Sanitat, València.

Antecedentes/Objetivos: La satisfacción de los pacientes con los servicios sanitarios es un indicador de la calidad de la atención prestada y su medida permite valorar y monitorizar los cambios introducidos en la atención, incorporando el punto de vista de los usuarios. El objetivo de este estudio ha sido explorar la satisfacción de las mujeres con la experiencia del parto y nacimiento y su relación con factores sociodemográficos y obstétricos.

Métodos: Estudio transversal realizado en una muestra de 325 mujeres que, tras una gestación única de bajo o medio riesgo, habían tenido un hijo sano mediante un parto vaginal en 3 hospitales públicos de la Comunitat Valenciana. La recogida de información se realizó mediante un cuestionario autocumplimentado que incluía la escala validada Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale, expectativas ante el parto, variables obstétricas (paridad, tipo de parto, inducción, episiotomía y analgesia) y sociodemográficas (edad, nivel de estudios, país de nacimiento y situación laboral de la mujer, convivencia en pareja y situación laboral de la pareja). Se definió como variable resultado (insatisfacción con la experiencia) a las mujeres situadas en el primer cuartil de la escala. Se ha realizado un análisis descriptivo de los datos.

Resultados: La edad media de las mujeres fue de 31,2 años (DE 5,5), un 44,9% tenía estudios secundarios y un 32,0% universitarios, el 19,9% eran extranjeras y en un 43,7% de los casos se trataba de su primer hijo. Las mujeres menos satisfechas con la experiencia fueron aquellas cuyas expectativas sobre el parto no se cumplieron (35,7%), las que no tuvieron una atención continuada por la misma matrona (34%), las que manifestaron mayor dolor en el parto (32,4%), las que no accedieron al método de alivio del dolor elegido por ellas (41,2%) y las mujeres que no mantuvieron contacto piel con piel con el recién nacido (50%). No se encontró asociación con variables sociodemográficas ni con el inicio (espontáneo/inducido) ni la finalización del parto (eutócico/instrumentado).

Conclusiones: En consonancia con el nuevo modelo de atención al parto normal, la implantación de prácticas como el contacto piel con piel, la atención continuada por una matrona o la participación de la mujer en la toma de decisiones, contribuye a que las mujeres tengan una vivencia satisfactoria del parto y nacimiento. Proporcionar información adecuada a las mujeres durante el embarazo sobre el parto y las distintas opciones disponibles puede mejorar la concordancia entre las expectativas y la vivencia.

438. TEST DE FINDRISC PARA LA PRIORIZACIÓN DE UN PROGRAMA DE ALIMENTACIÓN SALUDABLE CON POBLACIÓN GITANA

M. Ceinos Arcones, F. Cortés Fernández, R. Gavira Izquierdo, M. Serrano Sánchez

CMS Villa de Vallecas, Madrid Salud.

Antecedentes/Objetivos: Villa de Vallecas es el distrito con mayor prevalencia de obesidad, sedentarismo, mortalidad general y por causa cardiovascular de los distritos de Madrid (Estudio de Salud de la Ciudad de Madrid). Es también uno de los distritos con mayor presencia de población de etnia gitana. En diversos estudios del Ministerio de Salud y Política Social y la Fundación del Secretariado Gitano hay evidencia de una menor esperanza de vida en la población gitana, mayor mortalidad, deficiente alimentación con abundante consumo de grasas saturadas y escaso ejercicio físico. Las mediadoras de una asociación que trabaja con población gitana del distrito (Barró) nos solicitan alguna intervención sobre un grupo de 29 mujeres por sospecha de altos índices de obesidad y malos hábitos alimenticios. El objetivo es conseguir una disminución de peso y mejorar la adhesión a la dieta mediterránea.

Métodos: Madrid Salud está desarrollando un programa de detección precoz de diabetes en mayores de 50 años utilizando el test de Findrisc como cribaje. Decidimos utilizar esta misma herramienta con el grupo de mujeres gitanas de nuestra intervención, para valorar su situación basal respecto a alimentación y riesgo de diabetes y utilizarlo como base de la evaluación posterior de resultados. Desde enero de 2011 se desarrollan sesiones mensuales de 2 horas de duración con este grupo de mujeres gitanas que comienzan con una caminata de 15 minutos seguida de una técnica de relajación y se finaliza con un taller sobre algún aspecto de alimentación. La intervención aún no ha finalizado.

Resultados: Del grupo de 29 mujeres gitanas, 26 son < 45 años, 1 de 45-54 años, 1 de 55-64 años y 1 > 64 años. Los resultados del test son: 9 (31%) tienen IMC normal, 9 (31%) tienen sobrepeso y 11 (38%) obesidad (69% tienen sobrepeso u obesidad). Veinticuatro (82,7%) tienen un perímetro abdominal > 80 cm. Veintidós (76%) no realizan al menos 30 minutos de actividad física diaria. Veintidós (76%) no toman fruta o verdura diariamente. Siete (24,2%) han tenido valores de glucemia altos alguna vez. Veinte (70%) tienen antecedentes familiares de diabetes. En 9 (31%) la puntuación del test de Findrisc es > 14.

Conclusiones: Los valores del test de Findrisc previos a la intervención son significativamente peores que los obtenidos con población no

gitana > 50 años del distrito aunque son más jóvenes, lo que nos confirma la necesidad de priorizar las intervenciones en la población de etnia gitana por una mayor vulnerabilidad. El test de Findrisc es una herramienta de sencilla aplicación.

645. ¿CÓMO VALORAN LOS TALLERES DE EDUCACIÓN AFECTIVO-SEXUAL LOS JÓVENES?

F. Cortés Fernández, C. Ortuño Izquierdo, I. Urbialde Ascarán, P. Crespo García, M. Ceinos Arcones

CMS Villa de Vallecas, Madrid Salud.

Antecedentes/Objetivos: Desde hace 5 años se realizan talleres de educación afectivo-sexual en los institutos de Villa de Vallecas por parte del personal del CMS de Madrid Salud. Durante el curso 2009-2010 se llevaron a cabo en 3 institutos del distrito en 2.º de ESO y al finalizar se pasó a los alumnos un cuestionario de evaluación de los mismos para valorar la aceptación de los temas propuestos. Se desarrollan los talleres en 2 sesiones de 60 minutos, la primera dedicada a afectividad y primeras relaciones sexuales y la segunda a métodos anticonceptivos y prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS). Antes de comenzar el taller se recogen las preguntas anónimas que los alumnos quieran plantear y que son resueltas durante las sesiones.

Métodos: El cuestionario de evaluación es anónimo, sólo refleja el sexo y la edad. Se pide que valoren del 1 (mínimo) al 5 (máximo) la utilidad de los talleres, si sus dudas se han resuelto, si las sesiones han sido amenas y la claridad empleada en la exposición. Como pregunta abierta se les pide que indiquen los temas que más han despertado su interés, los que menos, qué temas quitarían y cuáles añadirían.

Resultados: Se recogieron 250 cuestionarios, 108 de chicos (43,2%) y 140 (56%) de chicas, con una media de edad de 16,9 años (rango 15-26 años). La media de las valoraciones fueron: utilidad: 4,46, interés: 4,13, claridad en la exposición: 4,44, amabilidad: 4,09 y resolución de dudas previas: 4,51. Las chicas valoran más (4,29) el interés de los talleres que los chicos (3,89) de forma significativa ($p < 0,005$) y no hay diferencias por sexo en el resto de las valoraciones. Temas de mayor interés: para 119 (47,6%) el tema de mayor interés son los anticonceptivos, 49 (19,6%) las ITS y para 24 (9,8%) el taller del preservativo. Temas de menor interés: para 119 (47,6%) ningún tema es menos interesante, 41 (16,4%) no sabe o no contesta y para 34 (13,6%) los anticonceptivos. ¿Qué quitarías? 196 (78,4%) no quitarían nada, 43 (17,2%) no sabe o no contesta, el resto de las respuestas son minoritarias (1 alumno). ¿Qué añadirías? 112 (44,8%) no añadirían nada, 33 (13,2%) no sabe o no contesta y 26 (10,4%) más clases. En los temas de mayor o menor interés y en los que quitarían o añadirían existen diferencias significativas entre chicos y chicas.

Conclusiones: Los jóvenes del distrito valoraron positivamente este tipo de intervenciones como útiles, de interés y que les ayudan a resolver sus dudas. Los anticonceptivos presentan mayor interés para el sexo femenino y el taller del preservativo y las ITS para los chicos.

701. INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO EN MUJERES EXTRANJERAS RESIDENTES EN ANDALUCÍA

L. Iváñez Gimeno, M. Ruíz Ramos, M.L. Bernal, E. Puerto, C. de la Iglesia, J. García León

Servicio de Información y Evaluación, DG Planificación e Innovación Sanitaria, Consejería de Salud, Junta de Andalucía.

Antecedentes/Objetivos: Un porcentaje importante (33,4%) de las IVE realizadas en Andalucía en el período 2007-2009 se practica en mujeres extranjeras. El objetivo de este estudio es conocer las IVE según el país de origen y su distribución provincial.

Métodos: Estudio descriptivo de las variables “país de nacimiento” y “grupo de edad” en mujeres extranjeras residentes en Andalucía que han realizado una IVE en el periodo 2007-2009. Fuentes de datos: registro de IVE de Andalucía, padrón municipal (INE). Se han agrupado los países de origen en 7 zonas geográficas: España; Europa y América del Norte; países del Este de Europa; Magreb; África Subsahariana; América Central y del Sur, y Asia. Se han calculado las tasas específicas por grupo de edad para Andalucía y provincias andaluzas.

Resultados: Las extranjeras presentan una tasa de IVE muy superiores a las españolas a excepción de las procedentes de los Países del Este; se destacan las elevadas tasas en las procedentes de Países Africanos Subsaharianos, Europa y América Central y del Sur. El grupo de edad con tasas más elevadas en todas las zonas salvo las procedentes del Magreb y países del Este es el de 20-24, con una variabilidad que oscila entre 11,6 por mil en los países del Este y 179,3 en los países africanos subsaharianos. Las tasas específicas más altas en mujeres procedentes del Magreb y países del Este las presentan en grupos de edad mayores, 25-29 en el Magreb y 30-34 en los países del Este. Estudiando las tasas por países de origen africano, son las nigerianas las que presentan las tasas más elevadas respecto al resto. La distribución provincial de las tasas de IVE, por zona geográfica de procedencia, varían de unas provincias a otras. Los países africanos presentan las tasas más elevadas en Almería, Granada y Málaga, los países europeos en Huelva, Córdoba y Jaén. Los países centro y sudamericanos presentan las tasas más altas en Granada y Sevilla y los del Magreb en Huelva. La distribución provincial de tasas de IVE en mujeres procedentes de los países del Este es más homogénea entre las distintas provincias.

Conclusión: Es necesario caracterizar el perfil de estas mujeres en cuanto a variables de índole económica, social y nivel cultural, y realizar acciones específicas dirigidas a estos colectivos teniendo en cuenta las diferencias culturales y lingüísticas, especialmente las mujeres procedentes de África Subsahariana y de América del Centro y Sur.

790. EVALUACIÓN CUALITATIVA DE UNA INTERVENCIÓN EN EDUCACIÓN AFECTIVO-SEXUAL EN EDUCACIÓN SECUNDARIA

D. Ochoa Esteban, M.C. Olmedo Lucerón, M.A. Álvarez Tornero, M.J. Ferrari Arroyo, A. de Blas Llamas, M. Casquet Bodero

Centro Madrid Salud de Puente de Vallecas; Servicio de Prevención, Promoción y Salud Ambiental, Madrid Salud, Ayuntamiento de Madrid.

Antecedentes/Objetivos: La sexualidad es un ámbito fundamental en la adolescencia, etapa en la que son más vulnerables a asumir conductas de riesgo. La educación afectivo-sexual (EAS) capacita a las personas para vivir de forma satisfactoria su sexualidad y evitar conductas de riesgo. Actualmente, en nuestro país la EAS es opcional y no reglada. El Centro Madrid Salud (CMS) de Puente de Vallecas imparte desde 2004 EAS en centros de educación secundaria del distrito, que se caracteriza por la vulnerabilidad sociosanitaria de su población y la elevada demanda de atención por problemas relacionados con la salud sexual y reproductiva. El objetivo de esta intervención es capacitar a la población adolescente para la adopción de comportamientos sexuales saludables. Asimismo, se pretende evaluar la intervención para identificar áreas de mejora.

Métodos: Intervención: 2 talleres de EAS por aula y curso escolar de 50 min de duración. El primer taller pretende desarrollar habilidades personales y el segundo trabaja la sexualidad segura y responsable. Las demandas de atención individual se atienden con posterioridad en el CMS. Evaluación cualitativa: entrevistas semiestructuradas en profundidad a 12 alumnos/as sobre los que se ha intervenido al menos durante 4 cursos, representativos según programa formativo, género y grupo étnico, 2 padres/madres y 2 tutores, y un grupo de discusión con profesionales sanitarios. Las necesidades informativas se han identificado por actores internos. El análisis se basará en la teoría fundamentada.

Resultados: Intervención: talleres de EAS a alumnos de secundaria y bachillerato de 11 centros públicos y 4 centros concertados del distrito (aproximadamente 12.000 alumnos/año) durante 6 años. Evaluación: el diseño de la investigación ha supuesto, en sí mismo, un espacio de reflexión para los profesionales sanitarios implicados que, junto con los resultados finales de la evaluación, servirán para valorar los efectos de la intervención y adecuarla a las necesidades de la población.

Conclusiones: La carencia de una EAS reglada y estandarizada, la intervención en una población grande con alta vulnerabilidad, la escasez de evaluaciones en este ámbito que permitan reorientar las intervenciones (contenidos, enfoque, recursos y población preferente) y la metodología de evaluación convierten esta experiencia en innovadora en el campo de la salud pública. Es necesario un programa coherente y transversal de EAS desde el concepto de la educación para la salud, que ayude a la población a adoptar comportamientos sexuales saludables.

828. SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA (SSSR). UN ENFOQUE COMUNITARIO

A. Antona, P. Andrés, D. Hernández

Instituto de Salud Pública, Madrid Salud, Ayuntamiento de Madrid.

Antecedentes/Objetivos: Favorecer el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva (SSyR) en la ciudad de Madrid a los grupos de población más vulnerables desde una estrategia de intervención comunitaria.

Métodos: Desde el año 2009 se está desarrollando el programa marco SSyR. Se generan 2 subprogramas: salud sexual y salud reproductiva interaccionan de forma coordinada separando 2 marcos de intervención en salud pública. Se realiza una reestructuración del servicio de promoción y prevención, de RRHH, prioridades programáticas y de gasto. La principal meta es la sustitución progresiva de población “general”, por otra en vulnerabilidad social. Se crean criterios técnicos de intervención en SSyR específicos a la población diana (PD): fomento del DIU, anticoncepción de emergencia, pruebas diagnósticas rápidas, etc.

Resultados: Estrategia poblacional. Desplazamiento de los recursos de la población “general” a PD: menores de 20 años y en vulnerabilidad social. Eliminación de las acciones de cribado sistemáticas. Foco en las necesidades de salud que, desde la evidencia epidemiológica, se han mostrado prioritarias. A nivel territorial se centra el trabajo en los barrios y secciones censales con mayor vulnerabilidad definidas por el estudio de salud de la ciudad de Madrid. Habilitación de una estrategia comunitaria con asociaciones y organizaciones que trabajan con la PD. Se crean espacios de asesoría sexual, consejo en ITS y salud reproductiva (PF). Espacios de consulta a demanda inmediata. Disminución de listas de espera en PF (7-15 días), instauración inmediata de anticoncepción sin demora, demanda de información de IVE en 24 horas, citas para test de VIH no más de 72 horas. Con resultados provisionales, la población que acude a las consultas de SSySR está cambiando el perfil. En los últimos 6 meses se ha ido sustituyendo “población general” por población en “vulnerabilidad social”. Es de destacar el incremento progresivo de población joven extranjera.

Conclusiones: Cuando se trabaja con la comunidad y se prioriza a la población más vulnerable, disminuyendo las barreras de accesibilidad, aumenta la demanda y se utilizan en mayor medida y de forma más funcional los recursos públicos. Cuando la administración local realiza estudios epidemiológicos y comunitarios y, en función de sus resultados, focaliza sus esfuerzos en la población más vulnerable, orientando el gasto público hacia las necesidades de salud más prevalente en la población diana, mejora la eficacia, la eficiencia y se evita duplicidad entre las diferentes instituciones públicas de salud que comparten un mismo territorio.

863. CÁNCER DE MAMA E INFORMACIÓN SOBRE SALUD SEXUAL: UNA CUESTIÓN DE JUSTICIA SOCIAL

A. Porroche Escudero

Departamento de Antropología, Universidad de Sussex, UK.

Antecedentes/Objetivos: Gran parte de la investigación sobre el cáncer de mama ofrece una imagen de la enfermedad basada en 2 estereotipos sobre las mujeres: el de la mutilación de la feminidad y el de la vil vagina menopáusica. Dos ideas preconcebidas contribuyen a ello: primero, la idea de que la mastectomía y la imagen corporal son las principales causantes de los problemas sexuales en las mujeres. En segundo lugar, se da por hecho que la sexualidad de las mujeres se reduce al coito. Por lo tanto, se enfatizan únicamente los problemas derivados del aspecto físico o los problemas vaginales. La cuestión que trata de resolver mi investigación es si realmente las mujeres viven su sexualidad de esta manera.

Métodos: La siguiente exposición se fundamenta en entrevistas realizadas en profundidad con 32 pacientes de cáncer de mama durante mi trabajo doctoral de campo en España.

Resultados: Las mujeres se resistían a creer en la inevitable conexión entre la mastectomía y sus problemas sexuales, alegando que son los diferentes tratamientos los que afectaban a su libido, su apetito sexual y su capacidad para tener orgasmos. También expresaron que no habían recibido ninguna información sobre los efectos que la quimioterapia, radioterapia y los tratamientos antiestrogénicos tendrían en su función sexual. Además, cuando las mujeres insistían sobre algo anormal en su funcionamiento "mecánico" sexual, con frecuencia sus preocupaciones eran minimizadas, ignoradas o simple y comúnmente eran atribuidas a un desajuste psicológico como consecuencia de la pérdida de la mama.

Conclusiones: En esta comunicación sugiero que las experiencias de las mujeres actúan como "herramientas epidemiológicas" ya que definen los problemas que requieren explicación clínica. También propongo que la falta de atención sobre la sexualidad de las mujeres con cáncer de mama refleja la construcción social patriarcal de la sexualidad de las mujeres, que ignora derechos tan básicos como el placer, la sensualidad, el erotismo encarnado y la posibilidad de disfrutar la sexualidad de múltiples maneras. Esto contrasta crudamente con la preocupación sanitaria por la sexualidad de los pacientes con cáncer de próstata, produciéndose una situación de desigualdad social no sólo en el acceso a la información, el asesoramiento, la calidad del diagnóstico y de los tratamientos, sino también en la dignidad con la que las pacientes son atendidas.

962. ESTUDIO DE LOS CONTACTOS DE INFECTADOS POR TRANSMISIÓN SEXUAL USANDO TARJETA DE NOTIFICACIÓN

M.J. Tuneu^{a,b}, X. Vallès^{a,b}, D. Carnicer-Pont^{a,b}, M.J. Barbera^c, A. AVECILLA^d, F. Falguera^e, J. Casabona^a

^aICO-CEEISCAT, Badalona; ^bUniversitat Pompeu Fabra, Barcelona; ^cUITS Drassanes, Barcelona; ^dBadalona Serveis Assistencials, Badalona; ^ePASSIR Sabadell, Sabadell.

Antecedentes/Objetivos: Evaluar en 12 meses la actividad del estudio de contactos (EC) centrados en el paciente (*patient referral*) usando tarjeta de notificación (TN).

Métodos: Estudio transversal de notificación (*patient referral*) con una TN, de una muestra de 179 casos índices (CI) entre 15-57 años. Participaron 12 centros que representan los escenarios asistenciales donde se desarrolla la detección y el seguimiento de ITS en Cataluña. Con la detección de una ITS susceptible a EC, se repartió la TN según los contactos que refiriese el CI. A cada CI se le realizó una encuesta epidemiológica. Las tarjetas de notificación se recogieron en los centros de

salud. Por otro lado, se realizó una encuesta para saber la percepción que los profesionales de la salud tienen sobre la tarjeta de notificación para los EC. Se ha realizado un análisis de los datos cuantitativos y cualitativos.

Resultados: Se incluyó a un total de 113 mujeres y 66 hombres. El 62,6% eran heterosexuales (HTS), con una mediana de edad de 33 años. El 37% de los CI estaba infectado de *Chlamydia trachomatis*, el 17,5% de sífilis, el 15% de *Neisseria gonorrhoeae* y el 4,5% de VIH. El 67,6% mantenía relaciones esporádicas. Se refirieron 616 contactos, con una media de 2 contactos por CI. Los hombres que tienen sexo con hombres (HSH) refirieron 422 contactos con una media de 5 contactos por CI. Se refirieron 240 tarjetas, con una media de 1 tarjeta por CI. El 52% fueron referidas por HSH y el 31% por CI infectados de sífilis. No se refiere tarjeta: el 35,6% es debido a que el contacto es anónimo, el 29,8% a que vive lejos, el 8% a que no lo ve necesario, el 15% comunicará por otras vías. El 54% de los profesionales de la salud implicados en el estudio cree que el uso de la TN para el estudio de contactos es efectivo. El 64% ve que la predisposición de los pacientes frente a la utilización de la tarjeta de notificación no es buena. El 30% de los profesionales afirma que le ha estado referido algún contacto por la tarjeta de notificación.

Conclusiones: Primer estudio realizado con participación de diversos centros de Cataluña que permite tener una experiencia directa del uso de la tarjeta de notificación. La tarjeta de notificación tiene una buena aceptabilidad entre los profesionales que trabajan en el ámbito de las ITS. Puede considerarse una herramienta adecuada para el control y prevención de ITS. Para un porcentaje alto de contactos la tarjeta no es suficiente, debido a parámetros sociodemográficos, por lo que deben desarrollarse estrategias complementarias a la tarjeta de notificación.