

SESIÓN DE PÓSTERS VIII

Protección de salud

Viernes, 6 de septiembre de 2013. 10:00 a 11:00 h
Pantalla 1

Moderadora: *María Morales*

186. EVALUACIÓN DE REQUISITOS HIGIÉNICO-SANITARIOS Y SEGURIDAD EN PROYECTOS DE CONSTRUCCIÓN DE PISCINAS

J.J. Gámez de la Hoz, A. Padilla Fortes

Distrito Sanitario Costa del Sol; Distrito Sanitario Málaga, Servicio Andaluz de Salud.

Antecedentes/Objetivos: Los problemas de accidentes y lesiones en las piscinas tienen un notable interés científico y del público en general. Hay suficientes evidencias epidemiológicas que prueban la existencia de una correlación entre agentes contaminantes presentes en el agua con la transmisión de enfermedades, así como la aparición de lesiones de tipo traumático. Nuestro propósito fue examinar el nivel de cumplimiento de los proyectos de construcción de piscinas conforme al Decreto 23/1999 (reglamento sanitario de piscinas de uso colectivo de Andalucía). También se examinó si las desviaciones normativas están relacionadas con la clase de requisitos sanitarios.

Métodos: Durante el año 2010 se estudiaron 30 proyectos de piscinas en municipios de la Costa del Sol (Málaga) con motivo del trámite de licencia municipal. Se elaboró una lista de chequeo con los requisitos del reglamento sanitario de piscinas. Se hizo un análisis crítico de las deficiencias encontradas, calculando la proporción y distribución de incumplimientos. Una test chi-cuadrado de Pearson se utilizó para evaluar la relación entre la gravedad de los incumplimientos y cuatro categorías de requisitos.

Resultados: Se detectaron 515 incumplimientos normativos (361 leves y 154 graves), correspondiendo un 49,13% al grupo de requisitos de diseño de la zona de baño, tratamiento y depuración del agua (26,79%), servicios e higiene (16,89%); vigilancia y usuarios (7,18%). Las deficiencias más notables fueron: carencia de material antideslizante específico para superficies de tránsito con agentes res-

baladizos a pie desnudo; falta de ayudas técnicas para personas discapacitadas, inadecuada protección de los puntos de succión o atrapamiento, dosificadores químicos no automáticos, filtros mal dimensionados. El test chi-cuadrado mostró diferencias significativas ($\chi^2 = 19,93$; $p = 0,0002$) entre el tipo de infracción y la categoría de requisitos sanitarios.

Conclusiones: Las piscinas proyectadas mostraron un pobre nivel de cumplimiento del reglamento sanitario, en aspectos directamente relacionados con la seguridad y salud de los usuarios. Destacamos la importancia en salud pública de incrementar la vigilancia y control de piscinas en la fase de proyecto como etapa clave para minimizar los riesgos. Para evitar inconsistencias en la redacción de proyectos y su correcta ejecución, debería ahondarse en el desarrollo de una cultura interpretativa orientada a la selección cualitativa de las normas técnicas que complementen al Reglamento Sanitario, por identificarse en las mismas una ayuda indispensable de los criterios técnicos de valoración.

187. EXPOSICIÓN A UN BLOOM DE MICROALGAS NOCIVAS EN UN MUNICIPIO DEL LITORAL DE MÁLAGA (ESPAÑA), 2010

J.J. Gámez de la Hoz, A. Padilla Fortes

Distrito Sanitario Costa del Sol; Distrito Sanitario Málaga, Servicio Andaluz de Salud.

Antecedentes/Objetivos: Durante el período del 8 al 10/08/2010 en la playa marítima de la Cala de Mijas, 39 personas requirieron cuidados sanitarios motivados por un cuadro clínico leve de disnea, tos, fiebre, dolor de cabeza, conjuntivitis, irritaciones en la piel, tras bañarse o permanecer en la playa sin contactar con el agua. Presentamos la investigación ambiental del brote declarado y analizar la situación de la presencia de microalgas peligrosas, a fin de incorporar medidas de gestión y revisar las actuaciones de vigilancia sanitaria de los programas oficiales de salud ambiental para proteger a la población expuesta ante futuras floraciones de algas nocivas.

Métodos: Para estudiar la densidad y composición de microalgas, se tomaron 4 muestras en el punto "chiringuito el Sheriff", mediante arrastre vertical utilizando una red tipo Bongo, equipada con manga de plancton, cuantificando un volumen de 150 ml de agua marina filtrada. Las muestras se tomaron semanalmente a partir del tercer día del aviso de los bañistas y fueron transportadas al Laboratorio acreditado. No existe base legal para la valoración de la aptitud del agua de baño según valores guía de biotoxinas o densidades celulares de microalgas: en la evaluación del riesgo se consideró la literatura científica, los estudios realizados y los casos registrados en la región mediterránea.

Resultados: Las muestras de aguas pueden ser caracterizadas globalmente por la abundancia mayoritaria de diatomeas acompañantes y por elevadas densidades celulares de especies de dinoflagelados. Se detectó la presencia de dinoflagelados del género *Coolia* y la especie *Ostreopsis cf. ovata*. Al inicio del período de muestreo, se observó un pico (29.800 cél/L) en la concentración de dinoflagelados de la especie *O. ovata*. En el caso de las diatomeas, se observó la dominancia puntual de especies del género *Pseudonitzschia*, encontrando los valores de densidad celular más altos (5.596 cél/L) al final del mes de agosto.

Conclusiones: La presencia de microalgas potencialmente tóxicas en la playa de la Cala de Mijas representa una amenaza real e inmediata sobre la salud de los bañistas. La carencia de sistemas efectivos de vigilancia epidemiológica puede estar subestimando la tasa de ocurrencia de enfermedades transmitidas en aguas recreativas, donde el público afronta un riesgo difícil de dirimir por la ausencia de monitorización de microalgas peligrosas. Los blooms o proliferación algales, no necesariamente perceptibles a simple vista, no son eventos excepcionales, sino un problema recurrente y bien documentado en el Mediterráneo que requiere mayor atención por parte de las autoridades sanitarias.

485. GESTIÓN DE ALERTA POR NIVELES DE MERCURIO (HG) EN SANGRE EN UN NÚCLEO DE POBLACIÓN EN LA CIUDAD DE SEVILLA

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

Delegación Territorial de Salud y Bienestar Social de Sevilla.

Antecedentes/Objetivos: Se recibe escrito derivado por el Ayuntamiento de Sevilla para estudiar la denuncia de cuatro personas relacionadas entre sí que dicen tener altos niveles de metil-Hg en sangre. Se procede a investigar esta situación, así como estudio de exposición medioambiental.

Métodos: Descripción de características individuales y de exposición (medición de niveles de Hg en muestras humanas y ambientales), así como la gestión de este tipo de alerta social.

Resultados: Inicialmente se encuestan cuatro personas estudiadas por alergólogo particular sin diagnóstico ni tratamiento de hidrargirismo. Las encuestas no dieron ningún factor de exposición común excepto empastes dentales y alimentación con pescado. Presentaban patologías inespecíficas de fibromialgia, alergias múltiples, desorientación, trastornos de ansiedad, etc. No se detectó Hg en agua de consumo. Se ofreció la repetición de analíticas en sangre y orina. Tras varias dificultades se produce una alarma social entre sus vecinos que solicitan ser estudiados. Se estudian un total de 25 vecinos, 15 mujeres y 10 varones, con una edad media de 46 años (min 17, max 70). La media de los valores de Hg en sangre fue 10,30 $\mu\text{g/L}$ con una DE de 4,5 (valor de referencia: 15 $\mu\text{g/L}$ adultos y 6,4 $\mu\text{g/L}$ mujeres en edad fértil), la mediana fue de 9,4 $\mu\text{g/L}$, el mínimo 2,9 $\mu\text{g/L}$ y el máximo 21,0 $\mu\text{g/L}$. La media de los resultados en orina fue 2,4 $\mu\text{g/L}$, con una DS de 1,7 (valor referencia ATSDR 20 $\mu\text{g/L}$). La mediana fue de 1,9 $\mu\text{g/L}$, el mínimo 0,5 $\mu\text{g/L}$ y el máximo 8,3 $\mu\text{g/L}$. Estos resultados fueron entregados a los afectados que vinieron acompañados de una asociación de ámbito nacional de afectados por el mercurio. Comparados por sexo los resultados en orina son similares, pero en sangre los varones tienen una media de 13,7 $\mu\text{g/L}$, mientras que las mujeres 8,2 $\mu\text{g/L}$. Esta diferencia es significativa ($p < 0,001$). Posteriormente se recibieron los resultados de Hg en agua de consumo y aire con resultados por debajo de los límites establecidos por la OMS.

Conclusiones: No se estableció ningún diagnóstico de hidrargirismo. Se produjo una alarma social por los niveles de Hg en sangre tras la limitación del consumo de pescado. No existe unanimidad sobre los niveles de Hg en sangre lo que genera gran desconfianza entre población especialmente susceptible. La gestión de estas alertas plantea grandes dificultades por la novedad de estos temas para el personal sanitario. Este problema debería ser abordado a nivel nacional y obtener un consenso sobre exposición y niveles de Hg en sangre y orina.

730. BROTE DE QUERATOCONJUNTIVITIS Y DERMATITIS QUÍMICA POR MAQUILLAJE EN UNA COMPARSA DE CARNAVAL

A. Rovira, T. Tolo, E. Donate, A. Campo, I. Barrabeig

Unitat de Vigilància Epidemiològica Barcelona Sud, Agència Salut Pública Catalunya.

Antecedentes/Objetivos: En febrero de 2013 se declaró una sospecha de brote de lesiones oculares y periorbitarias entre los integrantes de una comparsa de carnaval del municipio de Vilafranca del Penedès. De los 100 componentes que habían participado en alguna de las tres rúas del fin de semana, unos 40 habían presentado lesiones. Los integrantes llevaban un disfraz de zorro, purpurina y maquillaje al agua blanco y negro que se aplicaron en zonas periorbitarias, nariz y zona bigote. El maquillaje lo compró la organización: blanco (única marca para todos) y negro (de dos marcas). Algún integrante usó maquillaje

propio. El objetivo del estudio fue describir el brote, determinar la causa e implementar las medidas de control. La hipótesis fue que el maquillaje había sido el causante del brote.

Métodos: Se realizó un estudio de cohortes históricas. Se elaboró una encuesta epidemiológica que recogía variables demográficas, clínicas y de exposición a los diferentes cosméticos. Se definió expuesto a todo asistente a alguna de las tres rúas que se hubiera maquillado y caso a todo expuesto que hubiera presentado algún síntoma ocular o dermatológico después de aplicar maquillaje. Se inspeccionó al comercio donde se habían adquirido los cosméticos y a la empresa distribuidora del maquillaje, que también lo etiquetaba. Se calculó el Riesgo Relativo (RR) e IC95% con el paquete estadístico SPSS 18.0.

Resultados: Se encuestó al 93,9% de los expuestos (93/99). La tasa de ataque (TA) fue 47,3% (44/93). La media de edad de los casos fue de 23 años (DE \pm 12,8) y el 88,6% eran mujeres. La afectación fue ocular en 21 casos, cutánea en 4 casos y ambas en 19 casos. El 48% consultó algún centro de urgencias y el diagnóstico más frecuente fue queratoconjuntivitis química. La media del período de incubación fue 5,1h (DE \pm 4,6h). La TA en la primera rúa fue 23% (20/87), en la segunda 24,1% (14/58) y en la tercera 11,8% (6/51). El RR de presentar síntomas si se había utilizado el maquillaje blanco fue de 7 (IC95%: 1,1-46,4) respecto no haberlo utilizado. Para el resto de cosméticos no hubo asociación estadísticamente significativa. El maquillaje blanco y negro de la misma marca no estaba etiquetado, por lo que no había ninguna indicación de que el producto no se podía utilizar cerca de los ojos o mucosas. En la inspección de la empresa distribuidora se verificó que algunos lotes del producto no estaban etiquetados. Se ordenó la retirada del mercado del maquillaje implicado.

Conclusiones: Se trató de un brote de queratoconjuntivitis y dermatitis química causado por el maquillaje al agua blanco. La detección precoz de brotes de estas características, con la retirada del producto del mercado, puede evitar la aparición de más afectados.

1159. EXPOSICIÓN A RADIACIÓN NO IONIZANTE EN LA COHORTE DE INMA-GRANADA

I. Calvente, F. Artacho, R. Pérez Lobato, R. Ramos, J.M. Sáenz, E. Amaya, J.M. Molina, N. Olea, M.F. Fernández

Laboratorio de Investigaciones Médicas, Hospital Universitario San Cecilio; Departamento de Radiología, Universidad de Granada; CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP).

Antecedentes/Objetivos: La preocupación científica y ciudadana por la contaminación ambiental a campos electromagnéticos de radiación no ionizante (CEM-RNI) va en aumento, aunque aún existe controversia a la hora de establecer alguna relación entre exposición y efectos adversos en salud humana. Las discrepancias encontradas en estudios epidemiológicos se podrían deber a factores de confusión, sesgos de selección o a una inadecuada estimación y/o clasificación de la exposición. Caracterizar los niveles de exposición individual a CEM-RNI en niños de la cohorte INMA-Granada en un amplio rango de frecuencias (< 6 GHz) mediante la medida de los niveles de exposición interior y exterior a RNI.

Métodos: Se han realizado medidas continuas en el interior de 90 viviendas (de 4-10pm en el salón y de 10pm-8am en los dormitorios de los niños), usando sondas de campo eléctrico (CE) y magnético (CM) de 5-100 KHz, y medidas puntuales de radio frecuencia (RF) en el exterior de las viviendas (n = 68) con sonda de 100 KHz-6 GHz. Mediante cuestionario se identifican las fuentes interiores generadoras de RNI y los patrones de uso tiempo-actividad, se identifican y georreferencian las fuentes exteriores y se construye un mapa de niveles de exposición en el área de estudio.

Resultados: En el interior de las viviendas, la media aritmética y geométrica (\pm desviación estándar) para CE es de $7,30 \pm 9,86$ V/m y $3,96 \pm 2,84$ V/m; y $0,15 \pm 0,13$ μ T y $0,13 \pm 1,88$ μ T para CM, respectiva-

mente. En el tramo 4-10pm, el 41% de las medidas están por encima de la media geométrica para CE y el 36% para CM; en el tramo nocturno, el 22% de los hogares está por encima de la media geométrica para CM. Los valores de exposición son 1,25 más altos durante el día que durante la noche. En el exterior de las viviendas, la media geométrica para RF es de $314,88$ μ W/m², con un 53% de las medidas exteriores por encima de este valor. Todas las medidas realizadas están por debajo de los límites de exposición establecidos (Comisión Internacional de Protección frente a Radiaciones No Ionizantes-ICNIRP), sin embargo el 19% de los valores diurnos y el 12% de los nocturnos se encuentran por encima de $0,1$ μ T, valor umbral que los estudios epidemiológicos establecen para asociaciones con efectos en salud.

Conclusiones: La caracterización de la exposición a RNI en una cohorte infantil prospectiva servirá para evaluar en un futuro los posibles efectos en la salud de una población altamente vulnerable.

183. VIGILANCIA DE MICROORGANISMOS PATÓGENOS EN LAS AGUAS DE BAÑO SULFUROSAS DEL MANANTIAL DE LA HEDIONDA DEL MUNICIPIO DE CASARES (MÁLAGA, ESPAÑA)

J.J. Gámez de la Hoz, A. Padilla Fortes

Distrito Sanitario Costa del Sol; Distrito Sanitario Málaga.

Antecedentes/Objetivos: Las aguas sulfurosas del manantial de la Hedionda están incluidas en el censo oficial europeo de zonas de baño interior, y son utilizadas libremente para fines terapéuticos. Las bacterias fecales son buenos estimadores del riesgo de contraer enfermedades en aguas continentales, y existe la necesidad de informar al público sobre tales riesgos en estos ambientes extremos. Se analizaron microorganismos con el objetivo de identificar posible contaminación fecal y evaluar la calidad del agua según la Directiva 2006/7/CE, sobre calidad de aguas de baño.

Métodos: Muestreo: se recolectaron 4 muestras/año; frecuencia quincenal; temporada: 1/07-30/08; período: 2010-2012. Análisis microbiológicos: se calculó la densidad de *Escherichia coli* y *Enterococos* intestinales en las muestras de aguas sulfurosas, por el método de filtración de membrana, según normas UNE-EN-ISO 9308-1, y UNE-EN-ISO 7899-2, respectivamente. Calidad del agua: la evaluación e interpretación del grado de contaminación bacteriológica del agua de baño, según los estándares de calidad fijados en la Directiva 2006/7/CE, se realizó por el método estadístico de distribución log-normal. Los resultados analíticos se expresaron como puntos percentiles P90 y P95 para las muestras que estaban por debajo de un límite determinado.

Resultados: Se confirmó la presencia de microorganismos indicadores de contaminación fecal en las muestras analizadas, aunque lo esperado fuese un crecimiento bacteriano restringido en aguas sulfurosas, y en una zona climática con elevadas tasas de radiación solar. No se encontraron evidencias de una fuente de contaminación. Los valores de las concentraciones de tales bacterias fueron mejores que el límite de "calidad excelente" regulado para las aguas de baño continentales.

Conclusiones: Las aguas de baño del Manantial de la Hedionda presentan contaminación fecal. A pesar de ello, la calidad microbiológica del agua cumplió con los estándares de calidad excelente fijados por la Directiva Europea. Existen discrepancias con respecto a si estos criterios de calidad del agua basados en *E. coli* y *Enterococos*, deberían ser aplicados en zonas con usos y características ambientales muy diferentes. Autores como Flores et al confirmaron la presencia de cianobacterias del género *Oscillatoria* (en fotografía) en dicho manantial, productoras de metabolitos de gran capacidad toxigénica, que apuntan la necesidad de realizar estudios de control, seguimiento y pruebas de toxicidad del número de células de cianobacterias presentes, para evaluar los riesgos para la salud que éstas suponen, ante el peligro de que pequeñas dosis de toxinas en exposiciones prolongadas puedan producir daños severos para la salud humana.

189. ANÁLISIS HISTÓRICO DE INCIDENTES QUÍMICOS OCURRIDOS EN PISCINAS DE ESPAÑA, 2008-2012

J.J. Gámez de la Hoz, A. Padilla Fortes, A. Rubio García

Distrito Sanitario Costa del Sol; Distrito Sanitario Málaga; Distrito Sanitario Córdoba, Servicio Andaluz de Salud.

Antecedentes/Objetivos: Existen amplios estudios sobre la exposición aguda a compuestos químicos en piscinas, pero estos trabajos se centran básicamente en los aspectos clínicos, ofreciendo una visión fragmentada de la gestión en salud pública y de las consecuencias de estos eventos. Nuestro objetivo fue el análisis histórico comparado y descripción sistemática de la distribución, características y consecuencias para la salud pública de incidentes sucedidos en piscinas asociados con la exposición a sustancias químicas en España. Un objetivo secundario fue obtener un árbol general de eventos para analizar la secuencia de los incidentes químicos.

Métodos: Diseño descriptivo retrospectivo para el período 2008-2012, utilizando como fuente de datos las noticias y referencias procedentes de medios digitales de comunicación presentes en internet. Para el análisis de datos y tratamiento estadístico se creó una base de datos que incluyó variables de estudio: año, frecuencia y distribución territorial de incidentes, clase de piscina, tipo de mecanismo del evento, factores causales, sustancias químicas liberadas, vías de exposición, balance de víctimas, ingresos hospitalarios y evacuados.

Resultados: Se identificaron 41 incidentes químicos con un balance de 428 víctimas, 119 ingresos hospitalarios y 1.750 personas evacuadas. El perfil del incidente se caracterizó por una fuga o liberación de una sustancia química peligrosa en una piscina municipal, principalmente cloro o su mezcla con ácidos, cuya exposición afectó a un promedio de 10 personas por evento, mayoritariamente niños, que se intoxicaron por vía respiratoria, requiriendo el ingreso en centros sanitarios un promedio anual de 24 personas, incluyendo a bañistas, trabajadores o usuarios.

Conclusiones: Los hallazgos de nuestra investigación indican que los incidentes químicos en piscinas no son inusuales. Se trata de un problema de gran magnitud en salud pública y nos dan una imagen certera sobre la repercusión que puede tomar una emergencia asociada con sustancias peligrosas, cuyas consecuencias cobraron cuantiosas víctimas y una pérdida humana, pero también produciendo daños materiales, afecciones al medio ambiente e importantes costes socio-económicos. Las piscinas muestran escenarios con riesgos químicos que deben ser evaluados al objeto de planificar e implantar medidas preventivas dirigidas a atenuar las consecuencias negativas para la salud pública. Destacamos la conveniencia de regular un sistema coordinado de información para la vigilancia continuada de incidentes en piscinas que posibilite el estudio y la correcta gestión del riesgo químico asociado a este tipo de instalaciones.

558. HEMODIÁLISIS Y GESTIÓN MEDIOAMBIENTAL: ¿UNIÓN NECESARIA?

M. Morales Suárez-Varela, S. García Vicente, C. González Steinbauer, A. Llopis Gonzales

Universidad de Valencia; CIBER de Epidemiología y Salud Pública; Centro Superior de Investigación en Salud Pública (CSISP), Valencia; Departamento de Salud Xàtiva-Ontinyent-AVS.

Antecedentes/Objetivos: La hemodiálisis, como tratamiento de un proceso patológico en aumento, insuficiencia renal crónica, consume recursos naturales y genera residuos peligrosos de forma destacada. Aproximarse al desarrollo de la gestión medioambiental voluntaria en diálisis, conociendo desde una muestra autonómica el tipo concreto de residuos peligrosos y su producción y, la literatura específica, se muestra clave para conocer experiencias de referencia y trabajar por acciones ambientales de mejora.

Métodos: Elaboración de base de datos con centros hospitalarios y ambulatorios con hemodiálisis y un sistema de gestión medioambiental certificado (SGMA): EMAS e ISO14001. Fuentes: Catálogo Nacional de Hospitales, registros autonómicos de EMAS, Senefro-Sedyt-Alcer, Registro Español de Certificación y Acreditación Sanitaria, respuesta de entidades acreditadas por Entidad Nacional de Acreditación para certificación medioambiental, información de web institucional de centros sanitarios, declaraciones anuales de residuos de organismo oficial autonómico (Comunidad Valenciana) competente en medio ambiente, recogida de datos e indicadores en cuestionario ad hoc evaluando gestión ambiental, documentación online-offline y análisis de información recabada. Estadística descriptiva. Identificación de bibliografía de referencia en gestión medioambiental de residuos sanitarios y hemodiálisis mediante estrategia específica en período 1997-2013.

Resultados: 210 hospitales (de 790) cuentan con hemodiálisis, 51 (24% de centros con diálisis) disponen de ISO14001 (14 de ellos también EMAS). El 30% de puestos hospitalarios en España (1.290 de 4.298) trabajan con SGMA. Solo 7 centros ambulatorios de 154 disponen de ISO14001. Producción media anual de residuos tipo III (peligrosos, legislación autonómica; datos de 16 centros ambulatorios de 24) por puesto de diálisis: 2.77 Kg en 2003; 589 kg en 2011. Residuos específicos: dializadores, desinfectantes en garrafas, cartuchos de bicarbonato, líneas de punción, agujas de fistulas y tapón catéter. La bibliografía es escasa: 18 referencias (1 española).

Conclusiones: El interés por la gestión "verde" en hemodiálisis crece por su elevada implicación en la generación de residuos peligrosos, pero se carece de información relevante sobre la misma, con difícil acceso a la disponible. Tener una aproximación motiva a continuar al menos hacia un ámbito estatal comparando centros con SGMA implantado y sin él, valorando acciones y resultados de mejora o, no, en la gestión de recursos y residuos, y con el horizonte de minimizar el impacto ambiental sanitario.

Formación en salud pública

*Viernes, 6 de septiembre de 2013. 10:00 a 11:00 h
Pantalla 2*

Modera: M. Carmen Davó

478. OPINIONES Y ACTITUD DE LOS MÉDICOS RESIDENTES DE MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA SOBRE SU FORMACIÓN

L. Reques, P. Latasa, C.C. Gil-Borrelli, E. Carrasco, C. Velasco, R. Zurriaga, P. Beltrán, I. Cuevas, U. Bilal, et al

ENS; UD Madrid; UD Clínic; UD Castilla La Mancha; UD Elche; UAH; ARES.

Antecedentes/Objetivos: Conocer la opinión de los MIR MPySP sobre su formación.

Métodos: Estudio cualitativo mediante grupos focales. Participaron MIR MPySP pertenecientes a las Unidades Docentes de Madrid, Barcelona, Castilla la Mancha, Castilla y León, Cantabria, País Vasco y Elche. Se convocaron dos grupos focales de 8 participantes, uno compuesto por residentes de años superiores y otro de años inferiores. Se trataron 9 aspectos relacionados con expectativas, problemas percibidos y aspectos de mejora. Cada grupo fue conducido por un moderador-participante y supervisado por un observador global. Se realizó

un análisis del discurso ordenando la información en categorías en función del tiempo de debate, el número de residentes coincidentes en la misma opinión y la intensidad de su implicación emocional.

Resultados: Las motivaciones para elegir la especialidad de MPySP son muy variadas, quedando en segundo plano el resultado del examen MIR. Los residentes se mostraron satisfechos con la especialidad escogida a pesar de no considerar sus expectativas totalmente cubiertas. Se expresó el deseo de rotar en lugares donde poder aplicar de forma práctica los conocimientos adquiridos y de colaborar en agencias internacionales, sociedades científicas, ONGDs o coordinadoras de proyectos. Como principales problemas se citaron no haber adquirido las herramientas necesarias para la realización de trabajo de campo, la falta de habilidades comunicativas o la necesidad de formación complementaria en materias como estadística y epidemiología; también se mencionaron las desigualdades económicas, especialmente en lo referente a la financiación de los másters o la gestión de la jornada complementaria; asimismo se citaron la falta de flexibilidad para adaptar los planes a las necesidades de los residentes o la imposición de barreras legales, la desorganización de contenidos y herramientas y la falta de un referente en la formación. Como propuestas de mejora se mencionaron la posibilidad de permitir mayor flexibilidad formativa, la creación de un mayor número de acuerdos o el aumento de la transparencia, así como el fomento del trabajo de campo, la investigación para la acción y la acción para el cambio.

Conclusiones: Es necesario realizar un análisis profundo del sistema formativo MIR de la especialidad. La teoría y la práctica deberían alinearse para generar unas expectativas adecuadas. La búsqueda de puntos de consenso, la mejora de los mecanismos de comunicación, el aumento de la transparencia y la equidad de oportunidades, especialmente en lo concerniente a los másters de Salud Pública, parecen actitudes fundamentales a adoptar.

185. PRODUCCIÓN CIENTÍFICA DEL CUERPO DE TÉCNICOS DE SANIDAD AMBIENTAL DEL SERVICIO ANDALUZ DE SALUD

J.J. Gámez de la Hoz, A. Padilla Fortes

Distrito Sanitario Costa del Sol; Distrito Sanitario Málaga, Servicio Andaluz de Salud.

Antecedentes/Objetivos: Mostrar una imagen sobre los logros en la actividad científica desarrollada por los técnicos de salud en sanidad ambiental del Servicio Andaluz de Salud; con la finalidad de proporcionar información útil en los procesos de tomas de decisión en las actividades de protección de la salud pública y obtener conclusiones que contribuyan al desarrollo de este campo profesional de la salud pública.

Métodos: Utilizando la relación nominal de los profesionales, se localizó mediante el buscador Google toda publicación científica presente en la red, sin limitación cronológica (consulta: marzo, 2009); de los registros recuperados se condujo un exhaustivo estudio de contenidos, rechazando resultados irrelevantes y se llevó a cabo un análisis cuantitativo y cualitativo utilizando los siguientes indicadores bibliométricos: Evolución de la producción científica; Tipología documental; Distribución por provincia y autoría de la publicación; Contenido temático de la publicación; Idioma de las publicaciones; Coautoría e Instituciones implicadas.

Resultados: Se identificó una tendencia creciente en la productividad de las publicaciones en la última década, principalmente a través de comunicaciones a congresos (70,4%) y artículos de revista (16,9%). Las publicaciones principalmente se localizan en revistas españolas, que están indexadas en bases de datos nacionales e internacionales. En todas las provincias andaluzas se identificó alguna comunicación científica publicada. El índice de coautoría es muy elevado (95,77%)

aunque la participación institucional se limita principalmente a los distritos de atención primaria, centros laborales de cada profesional (85,21%).

Conclusiones: Los patrones de publicaciones científicas visualizados en la web representan una importante contribución para el conocimiento de las características de los profesionales de salud ambiental, lo que aporta una valiosa información para el soporte de los sistemas de información en salud pública. No cabe duda que una mejor disposición a realizar publicaciones viene dada por el apoyo institucional, lo que tiene importantes repercusiones para la integración de los profesionales en la comunidad científica. Por todo ello, nuestro hallazgo puede resultar valioso para realizar un análisis riguroso sobre los motivos de la baja participación institucional en áreas de conocimiento de gran repercusión en salud pública, como la salud ambiental, lo que hace conveniente la articulación de mecanismos para facilitar la labor tan importante del trabajo en equipos multidisciplinares y la difusión de publicaciones.

983. COMPETENCIAS DE SALUD EN ACCIDENTES EN LA EDUCACIÓN SECUNDARIA OBLIGATORIA

M. García de la Hera, M.C. Davó, M. Talavera, D. Gil, V. Gavidia

Departamento de Salud Pública, Historia de la Ciencia y Ginecología, UMH y CIBERSP; Departamento de Enfermería Comunitaria, Medicina Preventiva e Historia de la Ciencia, UA; Departamento de Didáctica, Ciencias Experimentales y Sociales, UV; Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación, UV; Departamento de Didáctica Ciencias Experimentales y Sociales, UV.

Antecedentes/Objetivos: La Ley Orgánica de Educación (LOE), incorpora al currículo escolar las competencias básicas que ha de adquirir el alumno al finalizar la educación obligatoria, pero las referidas a la salud aparecen en el “conocimiento e interacción con el mundo físico” y son muy generales, por lo que se pretende definir aquellas competencias, concretarlas en el campo de los accidentes, y analizar hasta qué punto el plan de estudios de la enseñanza secundaria obligatoria en la Comunidad Valenciana facilita su desarrollo.

Métodos: La investigación tiene dos etapas: 1) definición de las competencias de salud en los ámbitos señalados elaborando un instrumento de análisis curricular, 2) estudio del currículo de la ESO aplicando dicho instrumento. El grupo de trabajo COMSAL (Competencias en Salud) constituido por profesorado de las Universidades de Valencia, Alicante, Miguel Hernández y País Vasco, clasificó en 8 ámbitos las recomendaciones internacionales y nacionales sobre los problemas prioritarios en salud, siendo dos de ellos la salud mental y los accidentes y propuso las competencias y subcompetencias necesarias para abordar los problemas del ámbito de los accidentes. Éstas fueron expuestas a personas expertas y se buscó el consenso mediante un estudio Delphi, realizándose dos rondas. A continuación tuvo lugar una reunión de consenso en la que las competencias fueron re-definidas y clasificadas en necesarias, importantes y prescindibles, teniendo en cuenta el valor de la media y la desviación estándar.

Resultados: La competencia definida para el ámbito de accidentes fue “la prevención de riesgos en nuestro entorno y la contención de accidentes”. Se identificaron como problemas de salud relacionados con los accidentes: los accidentes de tráfico y domésticos, las quemaduras, los ahogamientos y asfixias, las mordeduras y las picaduras de animales. Para todos los problemas se definieron 19 subcompetencias conceptuales (saber) y procedimentales (saber hacer) y 18 actitudinales (saber ser).

Conclusiones: Se han identificado las competencias que los escolares deben alcanzar para secundaria obligatoria. Con ella será posible analizar el currículo de la ESO de la CV y comprobar hasta qué punto facilita el desarrollo de estas competencias en enseñanza secundaria obligatoria.

198. CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES EN RELACIÓN A LA VACUNA DE LA GRIPE EN PROFESIONALES SANITARIOS

I. Casas, R. Guerola, R. Reyner, M. Esteve

Hospital Germans Trias i Pujol; Universitat Autònoma de Barcelona.

Antecedentes/Objetivos: La vacunación de la gripe en el personal sanitario es importante tanto por el riesgo laboral que supone como por la probabilidad de transmisión nosocomial de la gripe a los pacientes que se atienden. A pesar de esto, las coberturas vacunales en nuestro medio son bajas. El objetivo del estudio fue identificar los conocimientos y actitudes sobre la vacunación de la gripe que tiene el personal sanitario de un hospital universitario de tercer nivel y que pueden estar relacionados con la aceptación de la vacunación.

Métodos: Estudio transversal mediante encuesta auto contestada por vía online a todos los trabajadores del hospital al inicio de la campaña antigripal 2012-2013. El cuestionario incluía variables sociodemográficas, vacunación de la temporada previa, razones de no vacunación y 5 preguntas sobre el conocimiento de la vacuna de la gripe. Se analizó la relación existente entre el grado de conocimiento y la vacunación de la gripe mediante la prueba de chi cuadrado.

Resultados: Se recibieron 266 encuestas (10,6% del total de trabajadores) con una edad media de 44,4 años (21 a 63 años) y un 75% de mujeres. Las preguntas sobre el conocimiento de la vacunación fueron contestadas correctamente por 119 trabajadores (45,2%). La pregunta peor contestada fue: ¿Crees que la vacuna puede provocar la gripe?, con un 36,1% de respuestas correctas, y la mejor contestada fue: ¿Crees que los profesionales sanitarios pueden transmitir la gripe a los pacientes? con un 98% de aciertos. Los profesionales que contestaron correctamente a todas las preguntas fueron los que relataron una mayor cobertura vacunal en la temporada anterior, sin encontrarse diferencias significativas según el estamento profesional. La cobertura vacunal relatada fue superior en el estamento de facultativos/MIR. El miedo a los efectos adversos de la vacuna fue la razón más frecuente descrita por los profesionales que no se vacunaron (25,3%).

Conclusiones: El miedo a los efectos adversos de la vacuna y los conocimientos erróneos son las principales barreras para la vacunación de la gripe en nuestro hospital Aunque no puede descartarse un sesgo de selección en la interpretación de resultados, los programas de educación dirigidos a corregir los conocimientos erróneos pueden aumentar la cobertura vacunal en todos los estamentos.

1132. O “SER MÉDICO” E A FORMAÇÃO MÉDICA: SIGNIFICADOS E IMPLICAÇÕES PARA A HUMANIZAÇÃO DO CUIDADO

G.S. Nogueira da Silva, J.R. Ayres

*Universidade Federal do Rio Grande do Norte;
Universidade de São Paulo.*

Antecedentes/Objetivos: O estudo buscou-se compreender o processo de construção do “ser médico” e sua relação com o fenômeno da morte, com a finalidade de investigar em que medida essa relação contribui para promover o distanciamento entre as tecnociências médicas e os processos dialógicos do cuidar no cotidiano da prática médica.

Métodos: Realizou-se uma pesquisa qualitativa com estudantes de medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, escolhidos entre todos os períodos de formação (do primeiro ano à residência médica). A Fenomenologia Existencial, a Hermenêutica Gadameriana e a Teoria da Ação Comunicativa, de Habermas, constituem a base filosófica do trabalho de produção e interpretação das narrativas. Para

a produção das narrativas foram combinadas duas estratégias técnico-metodológicas: entrevistas em profundidade com roteiro e oficinas com utilização de “cenas” projetivas, objetivando maior profundidade e segurança na análise interpretativa.

Resultados: As análises apontam que o “ser médico” compreende o ideal de ser um bom médico, o que significa ser técnico e humano na doença e na morte. Apesar de inseridos em uma cultura social e institucional de negação da morte, os entrevistados demonstram sensibilidade à rehumanização do processo de morrer. A iniciação na Anatomia define um percurso baseado na expropriação da subjetividade, onde o distanciamento das emoções é a garantia do conhecimento objetivo. A prescrição adotada convive com sinais de relativização (não se envolver muito), quando o horizonte almejado é a humanização da prática médica, que, por sua vez, prescreve uma boa comunicação com o paciente à morte. Os estudantes e residentes transitam entre os dois cenários, com escassos modelos, poucas experiências para nominar e lidar com a morte, e muitos paradoxos. No seu encontro com o paciente à morte, esse cuidador se depara com as dificuldades para não promover a distância entre intenção e gesto em suas interações. Reclamam por uma formação médica capaz de rejunta razão e emoção; médico e paciente; técnica e cuidado; vida e morte.

Conclusiones: O trabalho sugere o aprofundamento na direção da Ontologia Existencial, da Hermenêutica – Filosófica, e da Razão Comunicativa como caminhos para um adensamento conceitual capaz de contribuir para validar o desenvolvimento de um processo de formação médica capaz de transformar o encontro professor-aluno e, médico-paciente. Defende que a mesma medicina que se apoiou na morte biológica para fundamentar sua prática em conhecimentos científicos, pode se apoiar no enfrentamento dos conteúdos simbólicos existenciais da morte para se rehumanizar e recuperar a dimensão do cuidado em sua prática.

81. CONTENIDOS DE SALUD PÚBLICA EN LAS TITULACIONES DE GRADO

M.C. Davó-Blanes, C. Vives-Cases, F. Bosch, F.G. Benavides, C. Álvarez-Dardet, A. Segura-Benedicto

Área Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad de Alicante; CIBERESP Epidemiología y Salud Pública; Departament de Ciències Experimentals i de la Salut, Universitat Pompeu Fabra; Fundació Dr. Antonio Esteve; Departament de Salut, Generalitat de Catalunya.

Antecedentes/Objetivos: La adaptación de las titulaciones al Espacio Europeo de Educación Superior brinda la oportunidad de reorganizar los contenidos de salud pública en los programas de grado. Este estudio se plantea Identificar competencias y contenidos comunes de salud pública en los programas de diferentes grados de las universidades españolas.

Métodos: Organización de 2 talleres de trabajo en la Escuela de Salud Pública de Menorca. En el I taller (2010) se reunió a profesorado de los grados de enfermería, farmacia, magisterio, medicina, nutrición humana y dietética, óptica y optometría, relaciones laborales y recursos humanos y trabajo social de 19 universidades españolas. En el II (2012) a profesorado con docencia en fisioterapia, terapia ocupacional, ciencias ambientales, odontología y veterinaria de 6 universidades diferentes a las del I taller. Los participantes fueron seleccionados a través de las guías docentes de Salud Pública y Epidemiología publicadas en la página web de la Conferencia de Rectores de Universidades Españolas (CRUE) y las técnicas de informantes clave y bola de nieve. Se organizaron grupos de 4 y 5 participantes. En tres sesiones de trabajo a lo largo de día y medio, en cada taller, se analizaron las competencias y contenidos de salud a partir del listado de competencias profesionales en salud pública, los programas de los participantes y los de universidades no representadas en el taller. Cada grupo tra-

bajó sobre un grado y los resultados se compartieron en sesiones plenas.

Resultados: Participaron 58 docentes (37 en el I taller y 21 en el II) de 25 universidades españolas. Se han revisado asignaturas con contenidos salud pública en 13 titulaciones de grado. En todas las titulaciones se identifican actividades y competencias para las tres funciones esenciales de salud pública; Valorar las necesidades de salud de la población, Desarrollar las políticas de salud y Garantizar la prestación de servicios sanitarios. Los programas de salud pública de los grados estudiados incluyen temas introductorios: conceptos básicos de salud pública, salud y enfermedad y estrategias de intervención: educación y promoción de la salud. Los contenidos de epidemiología también están presentes en los programas de todas las titulaciones sanitarias.

Conclusiones: Los contenidos comunes y específicos (que no diferentes) de salud pública identificados en los diferentes grados revisados, permiten pronosticar un incremento de las competencias de los futuros profesionales de salud pública.

855. INOVAÇÃO E FORMAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE: TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO E EXPERIÊNCIA EM SERVIÇO COMO RECURSO DIDÁTICO NO MESTRADO PROFISSIONAL ENSINO NA SAÚDE

C. Carneiro, A.G. Magalhães, A.P. Morais, H. Simões, E.R. Ruiz, J.M. Guimarães, J.L. Peray, S.M. Guimarães

Universidade Estadual do CEARÁ-UECE;
Departament de Salut de Catalunya.

Antecedentes/Objetivos: O presente trabalho descreve o curso de mestrado profissional ensino na saúde, iniciativa envolvendo diversas instituições parceiras no estado do Ceará atendendo uma iniciativa do Ministério da Saúde, SGTES, (Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde), do Ministério da Educação, CAPES, (Coordenadoria de Aperfeiçoamento de Pessoal de Ensino Superior), em desenvolver cursos de graduação stricto sensu, com o objetivo de qualificar profissionais em exercício nos serviços de saúde, ou seja, preceptores (formadores de profissionais em saúde a partir dos serviços) tendo como ponto de partida o aproveitamento da experiência e a possibilidades de incremento da articulação universidade/serviços, com o propósito de alcançar práticas profissionais avançadas e transformadoras de procedimentos para atender demandas sociais, organizacionais e do mercado de trabalho, bem como transferir conhecimento para a sociedade, atendendo demandas específicas e de arranjos produtivos com vistas ao desenvolvimento nacional, regional ou local, incentivando principalmente os cursos localizados nas regiões menos favorecidas no território brasileiro como o caso das regiões norte/nordeste.

Métodos: Nesse sentido a Universidade Estadual do Ceará-UECE, como proponente, numa parceria com outras instituições /UVA/URCA/ESP e Sistema Escola/Fortaleza, vem desenvolvendo o curso Mestrado Ensino na Saúde –CMEPES, ancorado num desenho que utiliza abordagens metodológicas baseadas na análise e resolução de problemas, centradas no aluno, que valorizem a aprendizagem significativa e auto-dirigida; métodos e técnicas educacionais de informação e comunicação (TIC); e o incremento da proposta de cuidados de Saúde Baseados em Evidências (Evidence-Based Health Care), tendo como propósito as novas concepções de ensino-aprendizagem, orientado às necessidades da comunidade e baseado no desenvolvimento de competências.

Resultados: O curso está no segundo ano com uma clientela de 25 alunos, advindos de todas as regiões do estado, formando um grupo inter/multiprofissional de professores (mestres/doutores) e de profissionais especialistas colaboradores nacionais e internacionais, na implementação 12 disciplinas (presencial e à distância); a orientação

de 25 projetos de pesquisa/intervenção como parte dos requisitos e resultados esperados pelo projeto do curso.

Conclusiones: A avaliação do curso por seu colegiado considera a experiência satisfatória e de impacto nas políticas de formação e ensino na área da saúde incidindo na qualidade do sistema de saúde brasileiro.

Vigilancia de enfermedades vacunables

Viernes, 6 de septiembre de 2013. 10:00 a 11:00 h
Pantalla 3

Modera: Josefa Masa Calles

131. EVOLUCIÓN DE LA TOS FERINA EN LA COMUNIDAD VALENCIANA. AÑOS 2003-2011

E. Pastor-Villalba, R. Martín-Ivorra, M.R. Zurriaga-Carda, A.M. Alguacil-Ramos, A. Portero-Alonso, J.A. Lluch-Rodrigo

Dirección General de Salud Pública, Conselleria de Sanitat, Generalitat Valenciana; Hospital General Universitario de Elche.

Antecedentes/Objetivos: La incidencia de tos ferina ha descendido en España desde la introducción de la vacunación. Este descenso ha sido continuo desde la introducción de una 5ª dosis a los 5-6 años en el año 2000 en la Comunidad Valenciana. En los últimos años ha habido un incremento en las tasas de incidencia de esta enfermedad tanto en España como en otros países europeos. El objetivo del trabajo es describir las características de los casos de Tos ferina hospitalizados en la Comunidad Valenciana del 2003 al 2011.

Métodos: Análisis descriptivo de los casos de tos ferina recogidos en el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de los hospitales públicos valencianos (CIE 9 MC 0.33: 033.00-033.9). Se han analizado las variables de edad, sexo, estancias y diagnósticos al alta.

Resultados: Se han producido 433 altas en los años estudiados en los que en el diagnóstico principal y/o secundarios figuraban los códigos del 033.0 al 033.9. Como diagnóstico principal de Tos ferina ha habido 351 altas de las cuales el 52,4% eran mujeres. Las tasas de hospitalización van desde el 0,45 × 100.000 en 2003 al 2.61 en el 2011, mientras en el mismo año la tasa de notificación de EDO ha sido del 4,89. Las estancias generadas en todo el periodo han sido de 2.658 días de los cuales el 88,8% se han producido en niños menores de 3 meses. La estancia media de 7,57 días sin diferencias entre sexos. El 96,3% de los ingresos se han producido en menores de 1 año, y de estos, el 47,3% en menores de 2 meses y el 92,6% en menores de 6 meses, por lo que no tenían las 3 dosis de vacunas de la primovacunación. Según diagnóstico principal, el 81,2% tiene como diagnóstico principal el 033.9 (tos ferina por organismo no especificado), seguido del 13,96% con diagnóstico de 033.0 (tos ferina por Bordetella pertussis). El 48,15% de los casos son de la provincia de Valencia, y el 39% de Alicante, siendo el 4% de los casos de otras procedencias.

Conclusiones: Las tasas de hospitalización por tos ferina según el CMBD son diferentes a las tasas de notificación a través de EDO. La mayoría de los casos de tos ferina hospitalizados se dan en menores de 6 meses con una estancia media de algo más de siete días. El diagnóstico principal más frecuente es el 033.9 y por provincias es Valencia la que presenta un mayor porcentaje de ingresos por Tos ferina.

90. LA FALTA DE INMUNIDAD DE GRUPO EN LOS INDIVIDUOS < 35 AÑOS PUEDE EXPLICAR LA REAPARICIÓN DEL SARAMPIÓN EN CATALUÑA EN 2006

P. Plans, N. Torner, P. Godoy, M. Jané

Agència de Salut Pública de Catalunya, Departament de Salut y CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), Instituto de Salud Carlos III; Agència de Salut Pública de Catalunya, Departament de Salut; Servei de Vigilància Epidemiològica de Lleida; Agència de Salut Pública de Catalunya, Departament de Salut.

Antecedentes/Objetivos: Evaluar la asociación entre la falta de inmunidad de grupo y los casos de sarampión observados en el brote de sarampión registrado en Catalunya en 2006-07.

Métodos: El dintel de inmunidad de grupo (herd immunity threshold) se define como la prevalencia de individuos con un resultado serológico positivo (protegidos) que bloquea la transmisión del sarampión. Se ha evaluado la asociación entre la falta de inmunidad y los casos de sarampión observados en el brote 2006-07 comparando el porcentaje de casos en grupos de edad con y sin inmunidad de grupo. Se utilizó la prueba de chi cuadrado y la Odds Ratio para evaluar esta asociación, considerando un nivel de $p < 0,05$ como estadísticamente significativo. La prevalencia crítica de resultados serológicos positivos se determinó teniendo en cuenta el valor de R_0 para el sarampión y la sensibilidad y especificidad de la prueba serológica. La prevalencia de individuos positivos (p) para el sarampión en diferentes grupos de edad en 2006-07 se determinó teniendo en cuenta los resultados obtenidos en 2002 en muestras representativas de recién nacidos ($n = 1.498$), escolares de 5-14 años (1.324) y personas > 14 años (1.298).

Resultados: La prevalencia estimada de resultados serológicos positivos para el sarampión en 2006-07 era del 87% en los individuos 0-15 meses, 85% en los de 16 meses-4 años, 85% en los de 5-14 años, 92% en los de 15-24 años, 89% en los de 25-34 años, y 98% en los ≥ 35 años. La prevalencia crítica de resultados serológicos positivos asociada con la inmunidad de grupo para el sarampión era del 91%. La inmunidad de grupo era por tanto insuficiente ($p < 91\%$) en 2006-07 en los individuos de 0-14 años y 25-34 años, y era suficiente ($p > 91\%$) en los individuos de 15-24 años y ≥ 35 años. En el brote de sarampión de 2006-07, el 91% de los casos ocurrieron en grupos de edad sin inmunidad de grupo ($p < 0.001$). La Odds Ratio de sarampión para la falta de inmunidad de grupo fue de 104 (IC95%: 63-171).

Conclusiones: La falta de inmunidad de grupo en los individuos < 35 años podría explicar la re-aparición del sarampión en Catalunya en 2006. La evaluación serológica de la inmunidad de grupo puede permitir detectar los grupos de población en los que se deberían desarrollar actividades preventivas de forma prioritaria.

134. ESTUDIO TEMPORAL Y ESPACIAL DE LA HEPATITIS B, PERÍODO 2005-2011

M. Garrido-Esteba, R. Cano, M.V. Martínez de Aragón, V. Sizaire

Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III; Centro de Investigación Biomédica en Red de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP).

Antecedentes/Objetivos: La hepatitis B es un serio problema de salud a nivel mundial. España es un país de baja endemicidad ($< 2\%$ de seroprevalencia de HBsAg en adultos), sin embargo, se ha observado un incremento en las tasas de incidencia en Europa asociadas a aparición de población susceptible (inmigración, VIH, inmunosuprimidos) que hacen necesario la vigilancia de la enfermedad. El objetivo del estudio es describir los cambios en la incidencia de la hepatitis B en el período 2005-2011 e identificar las áreas municipales con mayor endemicidad en el período.

Métodos: Se incluyeron 5.770 casos de hepatitis B aguda notificados entre el 2005 y el 2011. Se calcularon las tasas de incidencia y los porcentajes de cambio tomando 2005 como referencia para todos los casos, por sexo y por grupos de edad. A nivel municipal se calculó la razón de incidencia estandarizada por sexo y edad (SIR) tomando como referencia las tasas del 2005. Se definieron 4 grupos en función de si los municipios tenían "casos > 0 " o "SIR > 1 ($p > 0,05$)" en: 0 (Grupo 0), 1-3 (Grupo 1), 4-5 (Grupo 2) o 6-7 (Grupo 3) años de los 7 del período.

Resultados: La incidencia de hepatitis B aumentó alcanzando el máximo del período en 2008 con 2,12; 3 y 1,08 casos por 100.000 habitantes para todos, hombres y mujeres, respectivamente. Después de 2008 las tasas descendieron progresivamente hacia valores similares al 2005 ($p > 0,05$). En total, las tasas aumentaron hasta el 2008 un 34% para todos, un 35% en hombres y un 22% en mujeres. Las tasas más altas se dieron en los grupos de edad de 20-34 y 35-54 años (3,41 y 3,02 casos por 100.000 habitantes respectivamente). De 8.116 municipios en España, 80 (1%) notificaron casos y 21 (0,26%) presentaron SIR > 1 ($p < 0,05$) en 6-7 de los 7 años del período, presentando alta recurrencia de casos. La distribución de municipios con casos y con SIR > 1 ($p < 0,05$) fue irregular a lo largo del país. El 25% de los casos se dieron en los 21 municipios con SIR > 1 ($p < 0,05$).

Conclusiones: La hepatitis B experimentó un incremento en las tasas de incidencia en 2008 con un retorno a valores cercanos a los de 2005 en 2011. El estudio municipal de los casos permite identificar los municipios con mayor endemicidad que puede favorecer el diseño de intervenciones localizadas.

152. INCIDENCIA DE PAROTIDITIS EN PERSONAS VACUNADAS/NO VACUNADAS DE TRIPLE VÍRICA. UN ENFOQUE DE ESTUDIO

R. Casas Fischer, B. Sahagún Salcedo, B. Herrero Cembellín, C. Muñoz Simón

Sección de Epidemiología; Servicio Territorial de Sanidad; Junta de Castilla y León.

Antecedentes/Objetivos: La parotiditis contagia casi a un tercio de los sujetos susceptibles no vacunados suficientemente con vacuna triple vírica (TV). Los brotes se suceden cada 4 o 5 años. En las series históricas la tasa oscila entre < 10 casos/100.000 habitantes en los valles hasta > 50 casos/100.000 habitantes en los picos más elevados de la curva epidemiológica. La eficacia de la vacuna TV para el componente parotiditis se estima de un 88%, con 2 dosis. En Castilla y León (CyL) la vacuna TV se introdujo en 1981. Se pretende comparar la incidencia de parotiditis entre cohortes prevacunales y cohortes posvacunales y estimar así de forma indirecta la efectividad vacunal.

Métodos: Se analizan todos los casos de parotiditis (sospechas y casos confirmados) notificados a la Red de Vigilancia epidemiológica de CyL entre 2007 y 2012 (Ávila). Los datos se vuelcan en el registro electrónico SIVE de la Consejería de Sanidad de la Junta de CyL. Se computan las variables: año de nacimiento, sexo, edad al acaecer el caso, n° de dosis de TV, coberturas vacunales. Se define la cohorte pre- y posvacunal (nacidos antes de 1980, asumiendo la introducción de la vacuna en 1981). Posteriormente se comparan las tasas de incidencia en ambas cohortes mediante la prueba de Chi2. Se usa el programa estadístico EPIDAT 3.1 y Excel 2000.

Resultados: Se estudian 71 casos de parotiditis (45,3% hombres). El promedio y la mediana de edad es 25 y 23 años, respectivamente. Un 30,6% corresponde a la cohorte prevacunal. La incidencia (casos/100.000 hab) promedio es 7,54 y en la cohorte prevacunal de 2,02, y en la posvacunal de 5,52 ($p < 0,05$). La cobertura vacunal promedio para 1ª y 2ª dosis de vacuna TV es de 95,6% y 83,4%, respectivamente.

Conclusiones: La incidencia de casos es mayor en la cohorte vacunada, lo cual resultará paradójico a priori. A pesar de la inmunidad decreciente atribuida a la vacuna, no existe evidencia clara del escape inmunitario en sujetos vacunados. Generalmente las coberturas vacunales reales son mayores, debido a defectos de los sistemas de registro. Aun así la incidencia es significativamente superior en vacunados. Es importante tener un buen registro vacunal, que incluya la cepa, para el cálculo correcto de coberturas y realizar un diagnóstico exacto para afinar los datos y poder llegar a conclusiones más exactas. A partir de los resultados es necesario realizar estudios más extensos para estimar mejor la efectividad vacunal y encontrar otras variables que influyan en la aparición de más número de casos entre la cohorte vacunada.

331. EPIDEMIOLOGÍA DEL TÉTANOS EN ESPAÑA, 1983-2012

J. Tavira Muñoz, M. Garrido-Esteba, J. Masa Calle

Escuela Nacional de Sanidad, ISCIII; Centro Nacional de Epidemiología, ISCIII.

Antecedentes/Objetivos: El tétanos es una enfermedad aguda producida por *Clostridium tetani* con reservorio humano, animal y telúrico. Heridas, visibles o no, quemaduras, punciones y técnicas quirúrgicas no estériles son puerta de entrada del tétanos. El tétanos neonatal se asocia a partos no estériles. La utilización sistemática del toxoide tetánico en los calendarios de vacunación ha reducido drásticamente la incidencia y la letalidad del tétanos en todo el mundo. En España el tétanos es de declaración obligatoria desde 1982. La vacunación de tétanos se introdujo en forma de campañas en los años 60, con dos dosis de DTP en el primer año de vida. Desde finales de los años 70 se administran 6 dosis de vacuna de tétanos en el calendario de vacunación (3 en primovacuna y 3 revacunaciones). En 2011 la cobertura con primovacuna fue del 97%, y algo más baja para las revacunaciones: 94% (18 meses), 81% (6 años) y 72% (14 años). En los adultos se recomienda una sola dosis de refuerzo a los 65 años si han recibido 5 dosis a lo largo de su vida. A los vacunados de forma incompleta se les actualizará pauta hasta completar 5 dosis. Se describe la epidemiología, las hospitalizaciones y la mortalidad por tétanos en España entre 1983 y 2012.

Métodos: Análisis de los datos de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica, Conjunto Mínimo Básico de Datos Hospitalarios y Estadística de Mortalidad del Instituto Nacional de Estadística.

Resultados: En 1983 se notificaron 90 casos (0,24 casos por 100.000 habitantes) de tétanos, desde entonces se observa un descenso paulatino en el número de casos, notificándose 11 casos (0,02 casos por 100.000 habitantes) en 2012. El descenso medio anual calculado mediante regresión lineal fue de 3,49% ($p < 0,001$). Desde 1997 se notifica el sexo, la edad, y el estado de vacunación de los casos de tétanos. De los 255 casos declarados entre 1997 y 2011 el 55,3% eran hombres y el 69,8% mayor de 60 años; solo un caso tenía ≥ 3 dosis de vacuna administradas. El número de ingresos por tétanos ha descendido de 50 ingresos en 1997 a 12 en 2011. La mortalidad se redujo de 35 muertes en 1982 a una en 2011, el 70% tenían 60 o más años. Entre 1997 y 2012 no se ha notificado ningún caso de tétanos neonatal autóctono.

Conclusiones: En España el tétanos es una enfermedad de muy baja incidencia gracias al éxito de los calendarios de vacunación en los últimos 40 años, que hay que mantener. Desde el año 2000 solo se notifica tétanos en mayores de 60 años incorrectamente vacunados. Aunque la mortalidad y la letalidad también se han reducido drásticamente, el manejo clínico de los casos de tétanos se enfrenta al reto del retraso diagnóstico inherente a las enfermedades de muy baja incidencia.

489. PAROTIDITIS EPIDÉMICA: UNA ENFERMEDAD REEMERGENTE

L.R. Ciancotti Oliver, D.C. Chaparro Barrios, E. Giner Ferrando, J.L. Chover Lara, A.M. Míguez Santiyán, P. Mañes Flor, M.T. Blesa Algas, V.C. Zanón Viguier, A. Salazar Cifre

Medicina Preventiva y SP HUDP; Servicio de Epidemiología, Centro SP de Valencia.

Antecedentes/Objetivos: En nuestro territorio se registran elevadas coberturas vacunales con triple vírica, pero en los últimos años se ha detectado un aumento de casos de parotiditis en forma de brotes, algunos relacionados con fallos de cepas vacunales. En diciembre del 2012 se notifica al CSP de Valencia un caso confirmado de parotiditis en un joven de 18 años a partir del cual se inicia un brote epidémico. Nuestro objetivo es evidenciar que no existen diferencias etarias ni en estado vacunal entre casos asociados a brote y casos aislados.

Métodos: Estudio longitudinal bidireccional de registros de casos de parotiditis notificados a través del AVE y de la RedMiVa durante 2012 y primeros meses de 2013. Se analizaron las características de los sujetos, departamento de declaración, modo de presentación, tipo de diagnóstico y estado vacunal, y se compararon las variables de los casos vinculados al brote epidémico con el resto de casos notificados. Las comparaciones se contrastaron mediante 2 de Pearson y ANOVA y se calculó la OR con sus IC95% para estimar el efecto. Los datos se procesaron mediante SPSS v.14.

Resultados: Se notificaron 323 casos: 73 confirmados mediante IgM, PCR o por vínculo epidemiológico, 149 probables, 12 pendientes de confirmación y 89 errores diagnósticos. La curva epidémica muestra una consecución de casos a lo largo del periodo con incremento durante las primeras semanas del año, tras periodo vacacional. 53 casos se presentaron como brote, y 36 de ellos correspondían al brote iniciado en diciembre del 2012 y se distribuyeron en 4 ondas epidémicas. La edad media de los casos vinculados al brote fue 23,69 (dt: 11,62), la de los casos pertenecientes a otros brotes 18,88 (dt: 10,99) y 21,78 (dt: 18,15) en casos aislados, sin existir diferencias significativas entre las mismas ($p = 0,623$). La diferencia por sexos fue significativa con mayor afectación de varones en casos vinculados al brote (OR: 1,96; IC95%: 1,03-3,74). En el 87,7% de los casos se pudo averiguar el estado vacunal: 51,2% habían recibido 2 dosis de triple vírica, 22,2% recibió una única dosis y 26,6% no estaban vacunados, sin existir diferencias en el estado vacunal según la forma de presentación de los casos.

Conclusiones: No se observan diferencias entre casos vinculados a brote y casos aislados lo que refleja la existencia de cohortes desprotegidas, bien por inmunización inadecuada o por fallos vacunales, que permiten la circulación del virus en la población. Sería recomendable introducir nuevas estrategias vacunales que incluyan una tercera dosis de triple vírica que refuerce la inmunidad para interrumpir la diseminación del virus.

118. ANÁLISIS DEL COMPORTAMIENTO DE LA HEPATITIS A EN UN TERRITORIO CON ALTAS TASAS DE INCIDENCIA TRAS LA VACUNACIÓN

D. Castrillejo Pérez, A.A. Gómez Anes, J. Ortiz Paneque

Epidemiología, Consejería de Bienestar Social y Sanidad de Melilla.

Antecedentes/Objetivos: Melilla introdujo la vacunación frente a la hepatitis A en el año 2000, por ser una zona con altas tasas de incidencia. Se pretende analizar la incidencia de hepatitis A en Melilla y en España de 1998 a 2011 y qué cambios se observan tras la introducción de la vacuna; así como, calcular el riesgo de desarrollar hepatitis A, tanto en España como en Melilla, en el periodo de 2007 a 2011.

Métodos: Analizar las Tasas de incidencia de los casos notificados EDO de 1998 a 2009. Análisis descriptivo retrospectivo de los casos notificados al sistema EDO de 2007 a 2011 por grupo de edad. Calcular la densidad de incidencia y el Riesgo de Incidencia de hepatitis A, por los métodos de densidad y de Cutler-Ederer, de 2007 a 2011 por grupo de edad. Cálculo del corredor endémico de 2001 a 2006 y de 2005 a 2012 en Melilla.

Resultados: Las tasas de incidencia de hepatitis A en España, de 1998 a 2011, oscilaron en un abanico comprendido entre 1,57 en el año 2002 y 5,97 casos por 100.000 habitantes en 2009. En Melilla en 1998 tenemos 218,43 y el año de la introducción de la vacunación 204,82. En el 2.000 se introduce en el calendario la vacunación de la hepatitis A a los 12 y 18 meses y un catch-up a los 13 años. Las tasas de incidencia de hepatitis A en Melilla a partir de 2.001 caen desde 73,91 hasta 8,95 casos por 100.000 habitantes en 2.011. El riesgo de padecer hepatitis A, en el periodo de 2007 a 2011, en Melilla es 5 veces mayor que en el conjunto de España. Pero, gracias a la vacunación, entre los 0-24 años de edad el riesgo en el conjunto de España es el doble que en Melilla. Sin embargo, el riesgo se dispara en nuestra Ciudad a 6,7 veces más en el tramo de edad de 25-44 y a 7,8 más en los mayores de 45 años que en el conjunto de España para cada uno de los tramos de edad. En los gráficos de corredores endémicos, en el periodo 2001-2006 la serie se mantiene en la zona de alerta del corredor acumulativo mientras que en la serie 2005-2012 se mantiene en zona de éxito.

Conclusiones: Tras introducir la vacuna frente a la hepatitis A en el calendario vacunal obligatorio de Melilla la disminución de las tasas llega hasta el 95% y ha sido significativa sobre todo en los menores de 24 años. Se verifica el aumento de la incidencia en la edad adulta, donde habitualmente es sintomática. El riesgo en los menores de 24 años se debe a la existencia de nueva población que acude a vivir a nuestra ciudad y no fue vacunada. En el resto de edades tenemos riesgos altos que debemos disminuir con programas de vacunación de adultos pertenecientes a grupos de riesgo. La mejora del control sobre las aguas de consumo, los alimentos, los establecimientos y la venta ilegal también son responsables de este avance.

725. CARACTERIZACIÓN DE LOS BROTES DE TOS FERINA SEGÚN LA EDAD DEL CASO ÍNDICE EN CATALUÑA, 1997-2010

I. Crespo, S. Broner, A. Martínez, P. Godoy, M.R. Sala, M. Company, R. González, R. Solano, A. Domínguez

CIBER de Epidemiología y Salud Pública; Agencia de Salud Pública de Cataluña; Departamento de Salud Pública, UB.

Antecedentes/Objetivos: La tos ferina es una enfermedad inmunoprevenible. Se declara de forma individualizada desde 1997 en Cataluña. En los últimos años se ha observado aumento de los casos y brotes. El objetivo del estudio fue investigar los brotes de tos ferina según la edad del caso índice (CI).

Métodos: Se estudiaron los brotes declarados a la Agencia de Salud Pública de Cataluña en el periodo 1997-2010. Se separaron según la edad del CI en CI < 15a y CI ≥ a. El CI se definió como el primero en el que aparecieron los síntomas en cada brote. Las variables estudiadas fueron: nº casos y hospitalizados, días (d) de duración del brote, edad y estado vacunal de los casos. Se calculó tasa anual de brote, de incidencia y de hospitalización. Se compararon las medianas con el test de Mann-Whitney. Los grupos de edad se compararon con la Odds Ratio (OR) y sus intervalos de confianza (IC) al 95%. Se compararon las medidas de actuación con la Chi-cuadrado.

Resultados: Se produjeron 230 brotes, se excluyeron 17 por no disponerse de la edad del CI. 126 brotes (tasa: $1,3 \times 10^6$ persona-año) tuvieron un CI < 15a y 87 ($0,9 \times 10^6$ p-a) un CI ≥ 15a. Hubo 413 casos

($0,4 \times 10^5$ p-a) con CI < 15a y 256 casos ($0,3 \times 10^5$ p-a) con CI ≥ a. Hubo 65 hospitalizaciones, 58 ($0,6 \times 10^5$ p-a) en los brotes con CI < 15a y 7 ($0,1 \times 10^5$ p-a) con CI ≥ 15a. La mediana de la duración del brote fue de 18 (rango 0-150)d. Con CI < 15a fue de 13 (0-103)d mientras que con CI ≥ 15a fue de 24 (4-150)d, $p < 0,001$. La distribución de casos por grupo de edad fue: < 1a: 110 casos (26%) en brotes con CI < 15a y 71 casos (27%) en brotes con CI ≥ 15a [OR: 2,5, IC95% 1,6-3,9]; 1-14a: 221 (53%) y 50 (19%) casos, respectivamente [OR: 7,2, IC95% 4,7-11,2]. ≥ 15a: 82 (20%) y 135 (53%) casos, respectivamente [OR: 1]. El estado de vacunación fue correcto en el 48% de los brotes con CI < 15a y en el 29% con CI ≥ 15a. Los no vacunados fueron el 33% y el 56%, respectivamente. Se dio un 4% de vacunados incorrectamente en CI < 15a. Se adoptaron medidas de control en el 71% de brotes con CI < 15a frente al 61% con CI ≥ 15a ($p = 0,139$). La medida de control más frecuente fue la quimioprofilaxis (85% en ambos).

Conclusiones: La tasa de brote y de hospitalización fueron mayores en los brotes con CI < 15a. La duración fue superior en aquellos con CI ≥ 15a. Las intervenciones rápidas en los brotes generados por CI < 15a, al estar en contacto con más población susceptible, podrían evitar mayor número de casos y hospitalizaciones. Los CI de edad pediátrica posiblemente influyen en el diagnóstico de nuevos casos, en la detección de brotes y en la adopción de medidas de control.

759. REGISTRO DE LA INMUNIDAD FRENTE A VARICELA COMBINANDO INFORMACIÓN ASISTENCIAL Y DE SALUD PÚBLICA

M. Aldea, C. Valero, M.I. Fernández, P.J. Larrea, M.G. Carrasco

Unitat d'Avaluació, Sistemes d'Informació i Qualitat (BASIQ) de l'Institut Català de la Salut (ICS); Agència de Salut Pública de Barcelona (ASPB).

Antecedentes/Objetivos: La vacuna de la varicela, en España, se administra en la adolescencia. En Barcelona, la Agència de Salut Pública (ASPB) es la encargada de administrarla en campaña escolar (6º de primaria), por lo que los profesionales de pediatría de Atención Primaria (AP) disponen de esta información en las historias clínicas con un retraso de 6 a 15 meses. En diciembre de 2012, con la finalidad de mejorar el registro en AP, se añadieron las dosis de vacuna administradas por la ASPB durante el curso escolar 2011-12 en la historia clínica informatizada del Institut Català de la Salut (ICS), el eCAP, mediante un algoritmo informatizado. El objetivo del estudio fue determinar el impacto de la incorporación de estos datos en el resultado del indicador porcentaje de niños de 12 años con inmunidad (natural o vacunal) frente a varicela.

Métodos: Estudio transversal y descriptivo de los niños nacidos en el año 2000, asignados a algún centro del ICS de Barcelona ciudad. A partir de los datos del eCAP se calculó el porcentaje de niños con contraindicación para la administración de la vacuna, inmunidad por haber pasado la enfermedad y por haber recibido la vacuna. De estos últimos, se determinó la procedencia de los datos de vacunación (eCAP vs ASPB) y se comparó el resultado del indicador según si se tenían en cuenta los datos de la ASPB o no, mediante el cálculo de la diferencia absoluta con su intervalo de confianza al 95%.

Resultados: Se incluyeron 9.202 niños. De éstos, el 55,2% ($n = 5.076$) ya había pasado la varicela según los registros del eCAP, y el 2,7% ($n = 246$) presentaba alguna contraindicación para la administración de la vacuna. Teniendo en cuenta que 120 de los que tenían alguna contraindicación ya habían pasado la enfermedad, quedaban 4.000 niños susceptibles de ser vacunados. De éstos, el 11,9% ($n = 476$) estaba correctamente vacunado con 2 dosis (el 75% ya constaba en el eCAP y el 25% se añadió mediante la información del ASPB). Así pues,

antes de la incorporación de los datos de la ASPB, el resultado del indicador era 62,3% (IC95% 59,8 a 64,8), y con la información de la ASPB el incremento absoluto fue del 1,34% (IC95% -2,1 a 4,8), resultando un total de 63,7% (IC95% 61,2 a 66,1).

Conclusiones: Poco más de la mitad de los niños de 12 años de Barcelona presenta antecedentes de varicela registrados en el eCAP. Esto, de acuerdo con la literatura, indica un infraregistro de la enfermedad en AP. La información de la ASPB, aunque representó el 25% del total de niños correctamente vacunados, no mejoró de forma significativa los resultados del indicador estudiado, ya que en éste tiene mucho más peso la inmunidad natural frente a la varicela que la vacunal.

Envejecimiento y salud 2

Viernes, 6 de septiembre de 2013. 10:00 a 11:00 h
Pantalla 4

Moderador: Javier Damian

417. LAS CONDICIONES DE VIDA Y SALUD DE LAS PERSONAS MAYORES

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

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

Antecedentes/Objetivos: describir las condiciones de vida y el estado de salud de las personas mayores considerando el índice de privación (IP) de su área de residencia.

Métodos: se analizó una muestra de 1.000 personas mayores de 65 años residentes (no institucionalizados) en la provincia de Gipuzkoa. Se realizó un muestreo multietápico, considerando municipios según tamaño y el IP de las áreas censales. Después, se seleccionaron individuos por cuotas de edad y sexo. Se empleó, para la recogida de datos individual, un cuestionario de caracterización de las condiciones de vida y salud de las personas mayores (presentado en otra comunicación a esta reunión). Este cuestionario recoge información sobre la salud, la autonomía, los hábitos de vida, la red social y el entorno comunitario. La información sobre el tamaño poblacional y el IP se obtuvieron del Servicio Vasco de Estadística y el Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco, respectivamente. Para las comparaciones se utilizó el test 2.

Resultados: Se consideraron 3 niveles de IP, donde la categoría 1 corresponde a las áreas más favorecidas. Se estudiaron mil sujetos 33,3% en cada nivel de privación. El 50% eran mujeres, con una edad media de 77 años (DE 7,6). Para cada variable, se presenta el rango de valores observado en los tres grupos. El 94-97% es autónomo o dependiente débil. El 74-77% afirma tener un buen estado de salud. El 35-41% consume 3 o más fármacos y el 34-43% ha sido diagnosticado de 3 o más condiciones crónicas. El 16-20% presenta síntomas depresivos. El 74-79% mantiene un adecuado nivel de actividad física y el 11-18% sigue una alimentación saludable. Considera que los servicios existentes en su comunidad son los adecuados el 13-19% y sólo el 5-7% considera que su comunidad es amigable con las personas mayores, según los criterios definidos por la OMS en el programa del mismo

nombre. Considera que su vida social es satisfactoria el 88-92% de los sujetos estudiados. Se observan diferencias significativas según el índice de privación asignado, en la morbilidad, algunos hábitos de vida, la consideración de su comunidad o la satisfacción con su vida social. Sin embargo, la valoración e interpretación de estas diferencias requiere análisis adicionales.

Conclusiones: Algunos resultados como la buena percepción de su estado de salud o el mantenimiento de hábitos de vida saludable son de gran relevancia en el abordaje de las necesidades de salud de este grupo poblacional. Y otros resultados, como la mala consideración del entorno comunitario, deberían conducir a la reflexión sobre las condiciones de vida de la población mayor en nuestro medio.

520. ENVEJECIMIENTO SALUDABLE EN LOS LUGARES DE TRABAJO. EL PROYECTO PROGRESS EN ANDALUCÍA

I. Mateo, J. Bolívar, P. Sánchez, C. Escudero, A. Daponte, A. Moncada, C. Jiménez

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

Antecedentes/Objetivos: En un contexto en el que las políticas de los diferentes países de la UE apuestan por una prolongación de la vida laboral, la situación de los y las trabajadoras mayores en el mercado laboral europeo del futuro es un tema que cada vez cobra mayor importancia. El "Progress Towards Healthy Ageing in Europe", es un proyecto europeo que desarrolla iniciativas para promover un envejecimiento saludable en los centros de trabajo. El objetivo de este estudio es diseñar y pilotar un programa para promover el envejecimiento saludable en empresas andaluzas, en el marco de este proyecto europeo. En esta comunicación se describen las etapas y el desarrollo del pilotaje.

Métodos: Para el diseño del programa se realizó un análisis descriptivo sobre las condiciones de salud y trabajo en población ocupada en España y Andalucía. Asimismo, se realizó una revisión no sistemática de la literatura sobre intervenciones orientadas a la promoción de un envejecimiento saludable en los centros de trabajo. El programa diseñado se compone de actuaciones a nivel de entorno, grupo e individuo para promover actividad física, una dieta saludable y la salud mental (mindfulness). Para el pilotaje del programa se seleccionaron 14 centros de trabajo, de distintos sectores. Entre diciembre 2012 y enero 2013 se constituyó el equipo responsable del programa y se difundió el proyecto en cada centro. El pilotaje consiste en la realización de una evaluación inicial, la implantación del programa y una evaluación final utilizando las medidas: IPAQ (International Physical Activity Questionnaires), Cuestionario de Adherencia a la Dieta Mediterránea, Goldberg (Depression Questionnaire), BREQ-2 (Behavioral Regulation in Exercise Questionnaire-2), Salud percibida, IMC (Índice de Masa Corporal) y CALS (Checklist of Adaptive Living Skills).

Resultados: Actualmente disponemos de un total de 180 evaluaciones iniciales de participantes, el 68,3% mujeres y el 31,7% hombres, correspondientes a 6 centros de trabajo del sector salud, en los cuales ya se está pilotando el programa. El 20% consideran que no llevan una dieta saludable de manera regular y el 27% cree que necesitaría tener una dieta más saludable. El 64% informan que no realizan actividad física regular o no son físicamente activas. El 25% considera que el nivel de estrés en su vida es alto o muy alto.

Conclusiones: El desarrollo del programa está teniendo una amplia aceptación y participación entre el personal por su abordaje multidimensional y los elementos novedosos como el mindfulness. La promoción de hábitos saludables en los centros de trabajo es una estrategia clave en la consecución de un envejecimiento saludable de la población trabajadora.

1018. BROTE DE GRIPE ESTACIONAL EN UNA INSTITUCIÓN GERIÁTRICA DURANTE LA TEMPORADA 2011-2012

D. Almagro López, P. Almagro Garrido, M. Terrón Navas, M. Pérez Ruiz, D. Almagro Nieves

Distrito Granada Metropolitano; Residencia de Cajar; Hospital Universitario Virgen de las Nieves.

Antecedentes/Objetivos: Durante la temporada 2011-2012 se notificó 20 brote de gripe en instituciones geriátricas, 2 en Andalucía. Describir el brote de gripe ocurrido en residentes y en trabajadores de una institución geriátrica y analizar qué factores de riesgo predispusieron para enfermar.

Métodos: Ámbito de estudio: Residencia de la tercera edad. Población de estudio: Todos los residentes (86) y trabajadores (65). La detección de enfermos se realizó a partir de la historia de clínica y búsqueda de trabajadores con encuesta confidencial teniendo en cuenta la definición de caso de gripe. Período de estudio: entre 21/2/2012 y 8/3/2012. Variables: edad, género, grado de dependencia, factores de riesgo de complicaciones, planta, tipo de habitación y fecha inicio de síntomas. Se realizó análisis descriptivo, análisis bivariante y aplicación de estadístico del test de chi cuadrado para las variables cualitativas o con el test de Student para la edad. Para analizar factores de riesgo se diseñó un estudio de cohortes retrospectivo con el cálculo del RR e IC al 95% para variables de lugar y persona y un estudio de caso control para analizar factores de riesgo de patología de base.

Resultados: El total de afectados fueron 34 (39,53%) y trabajadores 6 (8,69%). En la clínica destacó la fiebre, dolor de garganta y la tos. No hubo necesidad de derivar al hospital ningún paciente y no hubo exitus. Todos los casos fueron notificados durante las semanas 8, 9 y 10. El primer y último caso fue una trabajadora. El brote se distribuyó durante diez días seguidos. Todos los residentes tenían antecedentes de vacunación contra la gripe y trabajadores afectados no. La selección de variables que podrían estar relacionadas con la gripe fueron recogidas de la bibliografía. Las OR crudas encontradas más altas han sido la insuficiencia renal crónica (ORc = 3,49 IC95% 0,51-23,8) y el tratamiento con corticoides (ORc = 4,42 IC95% 1,07-17,8). De las 4 muestras de exudado naso-faríngeo, todas fueron positivas a la técnica PCR para virus de gripe A H3. De estas muestras, se consiguió caracterizar dos virus aislados.

Conclusiones: Se produjo un brote de gripe estacional en una institución geriátrica dentro de la curva epidémica tardía que se dio en la temporada de gripe 2011-2012 y que el virus circulante no estaba relacionado genéticamente con los incluidos en la vacuna. Como único factor de riesgo encontrado fue el estar en tratamiento con corticoides. Dado el tiempo transcurrido entre la vacunación y el inicio del brote sugirió una pérdida de efectividad vacunal con el tiempo y que fue recogido en más estudios.

36. EVALUACIÓN DE LOS SERVICIOS DE PROTECCIÓN SOCIAL INTEGRAL OFRECIDOS POR LA UNIDAD DE PERSONAS MAYORES DE LA SECRETARÍA DE BIENESTAR SOCIAL DEL MUNICIPIO DE MEDELLÍN DEL AÑO 2011 A 2012

M.I. Zuluaga Callejas

Facultad de Ciencias Sociales y Humanas Universidad de Antioquia.

Antecedentes/Objetivos: Identificar la oferta de servicios de Protección Social Integral del año 2011 a 2012, referidas a seguridad en el ingreso económico, seguridad social en salud, participación en programas de promoción y asistencia social, seguridad alimentaria, y condiciones de vivienda saludable, de la Unidad de Personas Mayores de la Secretaría de Bienestar Social del Municipio de Medellín, de

acuerdo a los lineamientos de la Política Nacional de Envejecimiento y Vejez 2007 – 2019, favoreciendo insumos para la formulación del Plan Municipal de Envejecimiento y Vejez de la ciudad.

Métodos: Se llevó a cabo un estudio cualitativo de caso atípico intrínseco, combinando datos y técnicas cualitativas y cuantitativas.

Resultados: Los resultados de esta investigación ponen en evidencia, que los proyectos que actualmente se desarrollan en materia de protección social para las personas mayores en Medellín, no obedecen a un análisis social actualizado, lo que reduce su capacidad de transformación de las condiciones de vida de los beneficiarios. Teniendo en cuenta que la Política Nacional de Envejecimiento y Vejez adoptó el enfoque del Manejo Social del Riesgo promovido por el Banco Mundial, los programas y proyectos que se deriven de allí deben diseñarse en función de las amenazas y riesgos que enfrenta la población, así como también reducir la asimetría entre la oferta y la demanda, diferenciando las estrategias que se deben establecer para enfrentar los riesgos.

Conclusiones: La forma en que las Políticas Nacional y Municipal de Envejecimiento y Vejez plantean la Protección Social Integral, debe dar cuenta de la trayectoria histórica que ha hecho el país, para implementar su sistema de protección social integral, el cual debe estar orientado a proteger la población del riesgo social en el que se encuentra, a través de la ampliación de sus oportunidades y el mejoramiento de sus dotaciones iniciales, para crear condiciones que fortalezcan sus capacidades. Colombia tiene un acumulado del que no se ha desatrasado, relacionado con las formas históricas que adoptó el proceso de salarización, las modalidades de construcción de Estado, el proceso de aseguramiento en salud y pensiones y la configuración de los intereses sociales (Rodríguez, 2011), que se reflejan en la situación actual de las personas mayores beneficiarias de los proyectos. Para el caso de Medellín, la estructuración y diseño de las alternativas de protección social integral para las personas mayores, debería sustentarse teniendo en cuenta este histórico, con el fin de configurar escenarios de protección social más incluyentes, que cierren la brecha social que caracteriza la ciudad.

297. SEDENTARISMO CONTINUADO, CAMBIO EN EL TIEMPO SENTADO Y MORTALIDAD EN ADULTOS MAYORES

L.M. León Muñoz, D. Martínez Gómez, T. Balboa Castillo, E. López García, P. Guallar Castellón, F. Rodríguez Artalejo

CIBERESP; Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad Autónoma de Madrid/IdiPaz.

Antecedentes/Objetivos: Pasar mucho tiempo sentado (TS) se asocia a mayor mortalidad. Sin embargo, los estudios previos no pueden valorar directamente el impacto en la mortalidad de una exposición continuada a un excesivo TS, ni de los cambios en el TS, ya que utilizan una única medición del TS basal. Este estudio examina prospectivamente la asociación del sedentarismo continuado y los cambios en el TS a lo largo de 2 años con la mortalidad general a largo plazo.

Métodos: Cohorte prospectiva de 2.635 personas representativas de la población española de 60 y más años de edad. El TS fue reportado en 2001 y 2003. Se usó la mediana del TS para definir excesivo TS. Según ello, los sujetos se clasificaron en continuadamente sedentarios (> mediana en 2001 y 2003), sedentarios recientes (≤ mediana en 2001 y > mediana en 2003), anteriormente sedentarios (> mediana en 2001 y ≤ mediana en 2003), y continuadamente no-sedentarios (≤ mediana en 2001 y 2003). La asociación del TS en el periodo 2001-2003 con la mortalidad desde 2003 hasta 2011 se estimó mediante regresión de Cox y se ajustó por los principales confusores, incluyendo la actividad física.

Resultados: Entre 2003 y 2011 murieron 846 participantes del estudio. Comparando con los sujetos continuadamente sedentarios, la ha-

zard ratio (intervalo de confianza del 95%) de mortalidad fue 0,91 (0,76-1,10) para los sedentarios recientes, 0,86 (0,70-1,05) en los anteriormente sedentarios, y 0,75 (0,62-0,90) en los que fueron continuamente no-sedentarios. Los resultados fueron similares en estratos definidos por la presencia de obesidad, enfermedad crónica, limitación funcional, o el cumplimiento de recomendaciones de actividad física.

Conclusiones: Comparados con los adultos mayores que fueron continuamente sedentarios durante 2 años, los sujetos continuamente no-sedentarios presentaron menor mortalidad. Los individuos que cambiaron el TS experimentaron una reducción intermedia en la mortalidad.

1144. TONTURA EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS DE NATAL-RN-BRASIL: UM ESTUDO CASO-CONTROLE

L. Ferreira, K. Lima

Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

Antecedentes/Objetivos: Introdução: O idoso institucionalizado apresenta, por ser mais frágil, várias alterações do equilíbrio corporal, podendo levar a quedas e debilidade de sua saúde. Uma das consequências disto é o surgimento do sintoma tontura. Objetivo: Este trabalho tem o objetivo de identificar os fatores de risco relacionados com tontura em idosos institucionalizados na cidade do Natal-RN-Brasil.

Métodos: Trata-se de um estudo caso-controle realizado nas 12 Instituições de longa permanência para idosos de Natal-RN, regulamentadas pela Vigilância Sanitária. Foram selecionados idosos com bom nível cognitivo e capazes de deambular. Quando questionados sobre a presença de tontura no último ano, 51 idosos responderam positivamente, formando o grupo caso. Os respectivos controles (n = 51) foram emparelhados por idade e sexo. Como possíveis fatores de risco, foram analisadas variáveis referentes a características da instituição, aos hábitos de vida dos idosos e as relacionadas com sua saúde. Para a análise estatística, utilizou-se o teste do Qui-quadrado ou exato de Fisher para um nível de significância de 5% e cálculo da magnitude da associação entre as variáveis, através da medida da Odds Ratio (OR).

Resultados: Como fatores de risco para tontura foram achados a presença de hipertensão arterial sistêmica (OR = 3,497; IC = 1,474-8,297), doença cardiovascular (OR = 3,750; IC = 1,336-10,523), osteoartrose (OR = 2,186; IC = 1,754-2,724), presença de 3 ou mais patologias por idoso (OR = 3,644; IC = 1,507-8,815) e o uso de medicamentos protetores gástricos (OR = 3,468; IC = 1,353-8,886).

Conclusiones: A tontura no idoso institucionalizado está associada a doenças sistêmicas comuns nesta faixa etária.

1147. PREVALÊNCIA DE TONTURA EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS DE NATAL-RN-BRASIL

L.M. Ferreira, K.C. Lima

Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

Antecedentes/Objetivos: Introdução: A tontura é um sintoma comum no idoso e o institucionalizado apresenta predisposição maior devido à imobilidade e fragilidade. Objetivo: Este trabalho tem o objetivo de aferir a prevalência de tontura em idosos institucionalizados na cidade do Natal-RN-Brasil.

Métodos: Trata-se de um estudo transversal realizado nas 12 Instituições de longa permanência para idosos de Natal-RN, regulamentadas pela Vigilância Sanitária. Foram selecionados idosos com bom nível cognitivo e capazes de deambular, totalizando 115 indivíduos. Estes foram questionados sobre a presença de tontura no último ano. Para a caracterização da tontura, foram feitas perguntas sobre o tipo

e duração da mesma, associação com sintomas neurovegetativos, zumbido, hipoacusia, plenitude auricular, presença de comorbidades, uso de medicamentos, prática de atividade física, etilismo, tabagismo, o tipo de instituição e o tempo em que vivem nelas. Para a análise estatística, utilizou-se o teste do Qui-quadrado para um nível de significância de 5% e cálculo da Razão de Prevalência (RP).

Resultados: A prevalência de tontura foi de 41,46%. A maioria dos idosos era do sexo feminino, longevos, residiam em instituições sem fins lucrativos, com mais de 4 anos de institucionalização, possuíam mais de 3 doenças, usavam entre 0 e 5 medicamentos, não eram tabagistas nem etilistas, não praticavam atividade física, possuíam tontura tipo desequilíbrio, rápida, sem sintomas neurovegetativos e sem sintomas otoneurológicos associados. Apenas o número de três ou mais doenças associadas revelou significância estatística quando associado à tontura, com uma RP de 1,775. Para total de medicamentos, observou-se RP = 1,320; para atividade física, RP = 0,787; para etilismo, RP = 1,361; para tabagismo, RP = 1,464; para tipo de instituição, RP = 1,264 e para tempo de institucionalização, RP = 0,709.

Conclusiones: O idoso institucionalizado apresenta alta prevalência de tontura, e esta está associada ao número de doenças que o mesmo apresenta.

1003. ¿QUÉ FACTORES SE ASOCIAN A MORTALIDAD EN ADULTOS MAYORES CON DEMENCIA INSTITUCIONALIZADOS?

P. Navarro Gil, A.E. González Vélez, J. Forjaz

Hospital General Universitario Gregorio Marañón; Hospital Ramón y Cajal; Instituto de Salud Carlos III, REDISSEC.

Antecedentes/Objetivos: A pesar del aumento en la institucionalización de mayores con demencia y del alto porcentaje de ancianos que fallecen en residencias, las publicaciones han centrado su atención en factores predictores de mortalidad desde un punto de vista parcial. Este estudio busca determinar qué factores se asocian a la mortalidad en mayores con demencia institucionalizados teniendo en cuenta el concepto integral de salud (bio-psico-social).

Métodos: Partiendo de la situación de vivo/fallecido, se realizó un estudio retrospectivo, en 387 adultos > 60 años institucionalizados en el Centro Alzheimer Fundación Reina Sofía y en residencias gestionadas por EULEN Servicios Sociosanitarios. Se comparó el grupo de fallecidos respecto al de vivos. Además de variables sociodemográficas, se disponía de información sobre calidad de vida (índice EQ-5D con sus cinco dimensiones) y estado de salud percibido (EQ-VAS) medidos por el cuidador, gravedad de la demencia (Clinical Dementia Rating Scale), comorbilidad, estado cognitivo (Mini-examen cognoscitivo), depresión (escala de Cornell para demencia) y ocio en sus diferentes modalidades. Mediante un análisis de regresión logística bivariada se seleccionaron las variables con p valor < 0,05 para la construcción del modelo máximo. Los factores asociados de forma independiente a la mortalidad fueron seleccionados siguiendo una estrategia hacia atrás con una significación p < 0,05.

Resultados: De los 387 residentes fallecieron 127 (32,81%). En el análisis bivariado, los residentes vivos tuvieron menos edad, mejor salud percibida, menor puntuación en las dimensiones de movilidad y realización de actividades de la vida diaria (EQ-5D) y realizaban más actividades de ocio (p < 0,05) que los residentes fallecidos. Partiendo del modelo máximo que incluyó edad, diabetes, HTA, ocio activo, ocio pasivo, ocio social, estado de salud percibido, y dos dimensiones del EQ-5D (movilidad y actividades de la vida diaria), los factores asociados de forma independiente a la mortalidad fueron: falta de ocio social (OR: 2,64; IC95%: 1,39-4,99); diabetes (OR: 2,16; 1,27-3,67); edad (OR: 1,93; 1,21-3,05); no realización de ocio pasivo (OR: 1,71; 1,013-2,84); peor estado de salud percibido (OR: 1,62; 1,01-2,61) e HTA (OR: 1,64; 1,02-2,65).

Conclusiones: La edad, la diabetes y la HTA, el estado de salud percibido y el ocio pasivo y social, se encuentran asociados a la mortalidad en mayores con demencia institucionalizados. A parte del control de los factores de riesgo cardiovascular, las intervenciones orientadas a mejorar el ocio pasivo y las relaciones sociales, pueden ser un blanco estratégico, así como una prioridad de las residencias para disminuir la mortalidad en esta población.

Gestión sanitaria 2

Viernes, 6 de septiembre de 2013. 10:00 a 11:00 h
Pantalla 5

Modera: Jesús Martínez Tapias

526. DETERMINANTES DEL USO DE SERVICIOS POR NIVEL ASISTENCIAL EN EL SGSSS EN MUNICIPIOS DE COLOMBIA Y BRASIL

I. García-Subirats, I. Vargas, A.S. Mogollón-Pérez, P. de Paepe, M.R. Silva, J.P. Unger, M.L. Vázquez

Grupo de Investigación en Políticas de Salud y Servicios Sanitarios, Servicios de Estudios, Consorci de Salut i Social de Catalunya; Universidad del Rosario, Colombia; The Prince Leopold Institute of Tropical Medicine, Belgium; Universidade de Pernambuco, FIOCRUZ/PE, Brasil.

Antecedentes/Objetivos: Colombia y Brasil implementaron reformas distintas en sus sistemas de salud para mejorar la equidad de acceso y eficiencia. Para evaluar el acceso y los factores asociados a la desigualdad resulta esencial el análisis de la utilización y sus determinantes. Los estudios existentes en ambos países se centran en poblaciones o servicios específicos y no profundizan en el uso de los sistemas públicos de salud, ni tampoco por nivel asistencial; en Colombia además, muchos analizan las diferencias entre asegurados y no asegurados sin diferenciar por régimen de afiliación. El objetivo es analizar el uso de los distintos niveles asistenciales, y sus determinantes, en dos sistemas de salud distintos, Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y Sistema Único de Salud (SUS), en municipios de Colombia y Brasil.

Métodos: Estudio transversal basado en una encuesta poblacional en dos municipios del centro de Colombia y dos del nordeste de Brasil, con una muestra de 2.163 personas y 2.155, respectivamente. Variables de resultado: utilización del primer nivel de atención, atención especializada y urgencias en los últimos tres meses; variables explicativas: necesidad, factores capacitantes y predisponentes. Análisis bivariado y regresiones logísticas multivariadas para establecer la asociación entre variables, por país y nivel asistencial.

Resultados: El acceso realizado es menor en las áreas de Colombia que en las de Brasil, tras ajustar por necesidad. No obstante, el uso del SGSSS es mayor que el del SUS, debido a un mayor uso de servicios privados, especialmente de atención especializada en Brasil. Además de la necesidad, otros factores como conocer el centro de referencia, tener una fuente regular de atención o el uso de otros niveles asistenciales determina el uso, variando su influencia según el nivel asistencial. En Colombia, los no asegurados y los afiliados al régimen subsidiado utilizan menos los servicios que los del régimen contributivo; en Brasil, es la población con mayor renta y seguro privado la que utiliza menos los servicios públicos.

Conclusiones: Los resultados indican que el acceso a los distintos niveles asistenciales está influenciado, además de por variables de

necesidad, por el tipo de sistema de salud y su organización, que se debería, por tanto, considerar en los estudios de determinantes. Se identifican fuentes de desigualdad en el acceso específicas en ambos sistemas que requieren ser abordadas por políticas públicas.

791. NEGOCIACIÓN COLECTIVA DE UNA ESTRATEGIA DE GESTIÓN PÚBLICA EN BRASIL

J.L. Castro, L.L. Soares, G. Piuvezam, A. Lopes Sobrinho, E.P. Mendonça

Universidade Federal do Rio Grande do Norte; Instituto Federal de Educação Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Norte; Ministério da Saúde do Brasil.

Antecedentes/Objetivos: ¿Para qué utilizar la negociación colectiva cómo estrategia de gestión en el sector público de salud? Es la pregunta principal de esta investigación que tuvo como objetivo diagnosticar el funcionamiento de las Mesas de Negociación del Trabajo instaladas en las secretarías de salud, consejos de salud y hospitales del Sistema Único de Salud (SUS). Su relevancia es justificada por el interés del Ministerio de la Salud en evaluar esa política que viene siendo emulsionada desde el año de 1998, con mayor refuerzo a partir del año de 2004. La negociación colectiva en salud viene siendo estudiada en las últimas décadas por autores como Baraldi (2010) que la comprende como un proceso de colaboración y o cooperación entre diferentes representantes socioeconómicos (capital y trabajo); como mecanismo de armonización o gerenciamento de conflictos.

Métodos: Tratase de una investigación exploratoria, del tipo estudio de caso, y en su ejecución fueron utilizadas investigación documental y encuestas. La investigación de campo fue realizada entre julio y noviembre de 2012. En el análisis documental fue utilizada la cartografía simbólica (Santos, 2001) que tornó posible verificar, en cuadros paralelos, los temas y los desafíos debatidos en las Mesas. Las actas, pautas, regimientos y resolutos de las reuniones de las Mesas fueron documentos privilegiados para este estudio. Los datos cuantitativos colectados a través de las encuestas fueron analizados mediante estadística descriptiva utilizando el software SPSS.

Resultados: Los análisis de los datos revelaron que la instalación y consolidación de Mesas como previsto en la Resolución nº 111, de 09 de junio de 1994, del Consejo Nacional de Salud, se tornó realidad en diversos estados brasileños. Sin embargo, para el efectivo funcionamiento de esas Mesas de Negociación de Trabajo en Salud es fundamental que gestores y trabajadores discutan lo que son, cómo deben funcionar, sus límites y posibilidades, para sacar recelos acerca del uso político, bien como levantar puntos centrales que pueden condicionar el fracaso o suceso de ellas.

Conclusiones: Para la construcción de un Sistema Nacional de Negociación Permanente del Trabajo en el SUS algunos pasos se hacen necesarios como: consolidar y fortalecer el trabajo de las Mesas instaladas y en funcionamiento y apoyar la instalación de nuevas Mesas como espacios legítimos de discusión que buscan el consenso entre los gestores y trabajadores, contemplando el interés de la sociedad. Se espera que, los resultados de esta investigación proporcionen subsidios para una propuesta de fortalecimiento de esos espacios de negociación.

863. CUESTIÓN DE PODER

A.J. López Díaz

SESPA.

Antecedentes/Objetivos: Tanto la Ley General del Sanidad (1986) como la Ley del Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA, 1992) contaban con previsiones para desarrollar un sistema de parti-

cipación ciudadana. Posteriormente se han ido aprobando otras leyes que han afectado al Sistema Nacional de Salud (SNS): Ley de Cohesión y Calidad y Estatuto Marco (2003), Ley General de Salud Pública (2011) La experiencia de desarrollo, despliegue y gestión del SNS por el Estado y las CCAA es ya considerable. Han pasado 27 años de la primera y 21 de la segunda, un tiempo más que suficiente para evaluar tales previsiones. Si bien el campo y la materia que se ha analizado no se adaptan fácilmente a los modelos de investigación cuantitativa clásica, no por ello ha dejado de hacerse de la forma más sistemática, crítica y rigurosa posible.

Métodos: Se ha hecho un seguimiento del desarrollo de los sistemas de participación del SESPA desde su constitución. Se ha analizado el mecanismo habitual por el que se han tomado las decisiones y se han identificado las barreras internas y externas y los apoyos con que han contado los intentos de despliegue de los mecanismos de participación previstos. Se ha estimado el impacto que tales mecanismos han podido tener en el desarrollo y despliegue territorial del SESPA, y especialmente su efecto en la actual situación de crisis económica y política.

Resultados: No se ha conseguido un desarrollo mínimo de la participación y sí una dirección alineada con el modelo teórico y moral de la gestión privada. Los “contratos programa”, “la dirección por objetivos”, la “gestión clínica o de calidad”, o los “nuevos modelos de gestión” han demostrado su incapacidad para reorientar y fortalecer el SESPA y han tenido un efecto debilitador y fragmentador del mismo. Los mecanismos formales de participación o no se han desarrollado o su acción ha sido prácticamente nula. Los partidos mayoritarios, las asociaciones profesionales, científicas y sindicales, han patrimonializado el modelo de gestión del SESPA, apartando de la toma de decisiones a los ciudadanos. La participación profesional, sindical y política se ha experimentado de las más variadas maneras, sin embargo, a la participación ciudadana se le han negado sistemáticamente cauces orgánicos que le permitieran influir realmente en su dirección.

Conclusiones: Casi treinta años de Sistema Nacional de Salud (SNS) no han sido suficientes para ver consolidarse un modelo de dirección participativo, lo mismo le ha pasado al SESPA. Aunque las cosas no han ido del todo mal, podrían haber ido mejor si la distribución del poder hubiese sido otra.

905. PERFIL NOSOLÓGICO DE INTERNAÇÕES OCORRIDAS NA REGIÃO DE RIBEIRÃO PRETO

N.S. Miyoshi, N.S. Chiari, I. Carvalho, A.L. Vinci, T.F. Dias, G. Mazzer, M.R. Laprega, J.S. Rocha, D. Alves

Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

Antecedentes/Objetivos: O perfil nosológico é uma importante ferramenta para gestão em saúde pública. A região de Ribeirão Preto está localizada no nordeste do estado de São Paulo, no Brasil. Possui cerca 1.300.000 habitantes sendo a maioria dos municípios com alto ou médio índice de desenvolvimento humano (IDH maior que 0,5). O objetivo deste trabalho é identificar o perfil nosológico das internações ocorridas em 34 hospitais pertencentes à região de Ribeirão Preto no período de 2002 a 2008.

Métodos: Foram utilizados dados referentes à internações obtidas pela folha de alta e codificadas no Centro de Processamento de Dados Hospitalares (CPDH) da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Para análise desses dados foi utilizado a ferramenta de Perfil Nosológico disponibilizado no portal do Observatório Regional de Atenção Hospitalar (ORAH). Os dados foram estratificados nas seguintes categorias: internações no sistema público de saúde (SUS) e no sistema privado (não-SUS), por idade e por sexo.

Resultados: Do total de 1.154.161 internação 661.888 (57,35%) são SUS e 492.273 (42,65%) são não-SUS, 485.162 (42,03%) são do sexo masculino e 668.999 (57,96%) são do sexo feminino e cerca de 29% são de pacientes entre 20 e 39 anos. Desconsiderando os capítulos do CID relacionados à gravidez, os capítulos do CID que obtiveram maior número de internação total foram IX (doenças do aparelho circulatório, 11,91%), XI (doença do aparelho digestivo, 9,37%) e X (doença do aparelho respiratório, 9,25%). Nas internações SUS, as mais frequentes: IX (11,35%), X (8,98%), XIX (lesões, envenenamentos e outras consequências de causas externas, 8,93%). Para não-SUS foram identificados: IX (12,67%), XI (11,19%) e XIV (doença do aparelho geniturinário, 10,77%). Na análise por idade as três afecções mais frequentes percebemos que as internações por doenças do aparelho circulatório são baixas e constantes até os 20 anos atingindo o máximo entre 60-69 anos. As doenças do aparelho respiratório possuem o máximo de internações entre 1 a 4 anos de idade, atingindo o mínimo entre 15 e 19 e crescendo posteriormente. Por fim, as doenças do aparelho geniturinário têm baixa frequência até as 19 anos e possui o pico entre 40 e 49 anos e depois decai conforme a idade.

Conclusiones: Ao analisar internações SUS e não-SUS verificamos que entre as internações SUS, a diferença ocorre quanto ao maior número de afecções ligadas ao capítulo XIX lesões, envenenamentos e outras frequências de causas externas. Quanto a idade verificamos que as doenças do capítulo X, XIX e XIV possuem uma quantidade equivalente de internações variando a idade em que ocorre a internação, porém a maioria das internações estão associadas ao capítulo IX.

960. APOIO MATRICIAL EM SAÚDE MENTAL: UM DESAFIO PARA SAÚDE PÚBLICA NO MUNICÍPIO DE FORTALEZA/CE, BRASIL

A.P. Morais, O.Y. Tanaka, J.J. Sampaio, J.M. Guimarães, C. Carneiro, A.M. Gomes, A.C. Andrade

MPSF/CCS/UECE; FSP/USP; CCS/UECE; CMEPES/CCS/UECE.

Antecedentes/Objetivos: A Reforma Psiquiátrica no Brasil reorienta para um novo modelo de atenção à saúde mental, o qual necessita de contínuas estratégias e práticas para atingir seus objetivos. O fechamento de leitos e hospitais psiquiátricos, o surgimento de serviços extra-hospitalares e a criação de equipes mínimas de saúde mental passaram a exigir maior suporte da rede pública de saúde. No município de Fortaleza-Ce a reorganização das ações e serviços de saúde mental tem exigido da Rede Básica o enfrentamento do desafio de atender aos problemas de saúde mental, o que tem sido possível com a implementação do Apoio Matricial. O presente estudo buscou avaliar o atendimento a saúde mental na Atenção Básica realizado por meio do arranjo do Apoio Matricial.

Métodos: Para avaliar o atendimento a saúde mental na Atenção Básica, o presente estudo utilizou uma abordagem qualitativa, tendo como referência lógico-conceitual a Reforma Psiquiátrica Brasileira, a Política de Saúde Mental do SUS para a Atenção Básica. Foram entrevistados doze profissionais das equipes da Saúde da Família de 04 UBS com apoio matricial implantado. As análises do conteúdo das falas originaram dois eixos teóricos analíticos: a) a reorganização dos serviços da Atenção Básica com ApM garantindo o acesso e b) a reorganização das práticas para a continuidade do cuidar.

Resultados: A implementação do ApM tem propulsado novas articulações entre os níveis de atenção e nos serviços tem possibilitado a responsabilidade compartilhada dos casos de saúde mental. O ApM tem oportunizado aos enfermeiros, médicos e ACS reverem o uso de práticas psiquiátricas tradicionais para atender às demandas em saúde mental na UBS. As UBS estudadas apresentam fragilidades operacionais na reorganização dos serviços, no gerenciamento do atendimento da demanda e no uso do potencial humano para o atendimento.

Conclusiones: A presença do ApM na AB marca avanço na proposta de trabalhar uma saúde mental em rede no município. O processo

não está findo a mobilização, sensibilização e capacitação da AB precisam ser incrementadas constantemente, bem como a organização e a supervisão do ApM nas UBS.

1017. GESTÃO PARTICIPATIVA E CORRESPONSABILIDADE EM SAÚDE: AVANÇOS E DESAFIOS EM SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL

J.M. Guimarães, J.J. Sampaio, A.P. Morais, C. Carneiro, L.M. Abreu, F.E. Araújo, C. Garcia Filho

Universidade Estadual do Ceará; Política Nacional de Humanização/ Ministério da Saúde de Brasil; Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza.

Antecedentes/Objetivos: As transformações na política de saúde mental no Brasil têm incentivado a construção de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, em que o Centro de Atenção Psicossocial-CAPS constitui equipamento estratégico para a organização da rede de atenção à saúde mental no território e consolidação da Reforma Psiquiátrica. Na perspectiva de consolidar as mudanças nos modelos de atenção e de gestão em saúde, o Ministério da Saúde estabelece a Política Nacional de Humanização, que visando promover a democracia institucional nos serviços sanitários propõe a gestão participativa com dispositivo para alcançar tal propósito. Esta implica o envolvimento de gestores, trabalhadores e usuários em um pacto de corresponsabilidade baseado em compromissos coletivos com o sistema de saúde. Este ensaio tem por objetivo analisar a incorporação do modelo de gestão participativa e corresponsabilização em CAPS de Fortaleza, Ceará, Brasil.

Métodos: O estudo constitui uma pesquisa avaliativa com abordagem qualitativa. O campo empírico é o município de Fortaleza, considerando a implementação da rede de saúde mental no período de 2005 a 2010. A amostra qualitativa da pesquisa foi composta por 32 sujeitos, representados por gestores e trabalhadores dos CAPS. Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas e observação livre. Os resultados foram analisados com base na hermenêutica-dialética.

Resultados: Evidenciou-se a operacionalização de um modelo de gestão participativa, na perspectiva da cogestão, por meio do método da Roda. Para tanto, adota os seguintes arranjos: Coordenação Colegiada e Colegiado Gestor da rede de saúde mental; roda de equipe em cada CAPS, realizada semanalmente; e Conselho local de saúde e assembleia de usuários. A corresponsabilização é potencializada, ainda, mediante a abertura de espaços coletivos para a organização dos processos de trabalho e construção de projetos terapêuticos singulares – nos quais os usuários se tornam cogestores do seu tratamento. A materialização de tal modelo representa uma avanço na gestão de serviços públicos de saúde no Brasil. Contudo, ainda persistem desafios a serem superados, os quais se expressam na reprodução de práticas de gestão centralizadoras do poder decisório e verticalizadas.

Conclusiones: Assim, a gestão participativa e a corresponsabilidade se apresentam como processos instituintes nos serviços de saúde mental. Desse modo, torna-se necessária a ampliação dos espaços coletivos e fortalecimento da participação social.

1123. O FÓRUM COMO ESTRATÉGIA NA COGESTÃO DO TRABALHO EM SAÚDE

A. Meneses de Amorim Gomes, F.M. Ferreira de Oliveira, R. Maerschner, J. Bezerra Portela de Deus, A.P. Pereira Morais, C. Carneiro

UECE; HGV.

Antecedentes/Objetivos: A pesquisa visa discutir o Fórum como tecnologia de cogestão na reflexão dos processos de trabalho e envolvimento da gestão participativa.

Métodos: Trata-se de pesquisa-intervenção descritiva e exploratória, realizada em hospital público, em Teresina, Piauí, no período de 29 a 30 de setembro de 2011. Foi promovido um Fórum com o tema saúde e trabalho com a participação de 200 trabalhadores das diversas categorias e setores, sendo aplicadas diferentes estratégias participativas: exposição dialogada, painel na forma de grafite e pichação com desafios e potências, reflexões em pequenos grupos sobre o acolhimento ao trabalhador. A organização das informações procedeu-se pela técnica de análise de conteúdo.

Resultados: Os resultados mostraram a importância do Fórum para promover o pensamento coletivo, o protagonismo dos trabalhadores e a elaboração do diagnóstico institucional de saúde e trabalho elaborado por profissionais e acadêmicos. A criação deste espaço coletivo propiciou as bases para a realização do planejamento participativo, a criação do Colegiado gestor do Hospital e a formação dos participantes do Colegiado.

Conclusiones: A aposta metodológica do Fórum mostra-se potente para a promoção da saúde do trabalhador, a gestão democrática e compartilhada, valorizar o trabalhador da saúde e fortalecer a humanização no Sistema Único de Saúde, qualificando as práticas de atenção e gestão.

956. A RELAÇÃO PÚBLICO-PRIVADO NA GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL DE FORTALEZA, CEARÁ, BRASIL

J.M. Guimarães, J.J. Sampaio, A.P. Morais, C. Carneiro, C. Garcia Filho, F.E. Leitão

Universidade Estadual do Ceará.

Antecedentes/Objetivos: O processo de implantação do Sistema Único de Saúde-SUS, com vistas à garantir a universalidade e efetividade do direito à saúde, requer um modelo de Administração Pública adequado à operacionalização de seus princípios e diretrizes, considerando a articulação interfederativa e o funcionamento de instâncias de cogestão. Apesar dos avanços alcançados, o SUS enfrenta inúmeros desafios políticos, institucionais, jurídicos e administrativos, particularmente no referente à gerência de suas unidades assistenciais, detentoras de baixa autonomia financeira e técnico-administrativa. Isto tem justificado a adoção de novas modalidades institucionais de gerência das unidades prestadoras de serviços. O objetivo deste artigo é descrever a relação público e privado na Rede Assistencial de Saúde Mental de Fortaleza, Ceará, Brasil.

Métodos: Trata-se de um estudo orientado pela tradição qualitativa no qual se toma por objeto a gestão de serviços de saúde mental. O campo empírico é representado pelos serviços públicos de saúde mental do município de Fortaleza, considerando o período de gestão municipal de 2005-2010. A amostra qualitativa da pesquisa foi composta por 13 informantes-chaves: secretário municipal de saúde, dois membros da coordenação colegiada de saúde mental, quatro coordenadores distritais e seis coordenadores de Centros de Atenção Psicossocial. As técnicas de coleta de dados foram a entrevista semiestruturada e a análise de documentos da gestão. Os resultados foram analisados com base na análise de conteúdo numa perspectiva crítica e reflexiva.

Resultados: Constatou-se a existência de contratos com organizações não integrantes da Administração Pública direta, representadas por Organização da Sociedade Civil de Interesse Público – OSCIP, Fundações de Apoio e Organização Não Governamental. Os CAPS, além das funções gerenciais a cargo da Administração Pública direta, convivem com processos de terceirização da gestão, voltados a viabilizar a contratação de pessoal e a aquisição de materiais. Pode-se considerar a existência de mix público-privado na gestão dos CAPS, o que abre espaço para o debate acerca da polarização entre a defesa da

ampliação de serviços públicos estatais e a desresponsabilização do Estado.

Conclusiones: Reconhece-se que artifícios normativos da legislação brasileira permitem a incorporação de modalidades institucionais de gerência de serviços de saúde que possibilitam flexibilização e terceirização da gestão pública. É preciso, porém, considerar os princípios constitucionais que balizam o sistema de saúde brasileiro. Faz-se necessário, ainda, ao contratar serviços da iniciativa privada, estabelecer metas claras, prazos, penalidades e critérios de avaliação e monitoramento e de rescisão de contratos.

765. ANÁLISIS DE LA PRESCRIPCIÓN DE OXIGENOTERAPIA CONTINUA DOMICILIARIA EN UN ÁREA DE GESTIÓN SANITARIA TRAS INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA

E. Quintero Pichardo

Servicio de Farmacia Hospitalaria, Hospital de Riotinto, Área de Gestión Sanitaria Norte de Huelva.

Antecedentes/Objetivos: El Servicio Andaluz de Salud establece circulares y resoluciones que regulan primera prescripción, seguimiento y control de pacientes tratados con oxigenoterapia continua domiciliaria, dónde se recogen en distintos anexos modelos de hoja de prescripción, y cuyo ámbito de aplicación son hospitales y distritos sanitarios de atención primaria (AP). Se realiza análisis previo del cumplimiento de la adecuación a normativa vigente de la prescripción en dos niveles asistenciales, siendo alto en atención especializada (AE) y bajo en AP. Objetivo: tras realizar intervención farmacéutica, analizar evolución en la adecuación clínica a la normativa establecida en Andalucía, de las prescripciones de oxigenoterapia continua domiciliaria realizadas por facultativos especialistas y unidades designadas de un área de gestión sanitaria.

Métodos: Población estudio: usuarios área de gestión con patologías que presenten situaciones clínicas y criterios para indicación de oxigenoterapia. Diseño: análisis retrospectivo descriptivo longitudinal. Un año (abril 2011-marzo 2012). Tras analizar resultados del estudio previo se establece intervención farmacéutica. Se crea comisión de seguimiento que elabora protocolo de coordinación multidisciplinar AE-AP, en el que se definen médicos que pueden prescribir; anexos normativa; indicaciones aprobadas; y seguimiento de pacientes para los que se desarrolla plan de revisiones. Comisión quedó parada por falta de recursos materiales. No obstante, farmacéutico establece seguimiento farmacoterapéutico y procede a revisar 163 prescripciones nuevas/de continuación realizadas por especialistas y unidades especializadas: neumología, medicina interna, cuidados paliativos, urgencias, oncología y médicos AP. Se realiza análisis estadístico descriptivo con fuente datos internos mediante SPSS 15,0, siendo variable dependiente adecuación correcta/incorrecta a las hojas/anexos de prescripción, y la independiente unidades prescriptoras.

Resultados: Total prescripciones: 163. Porcentaje total adecuación prescripción en hoja y cumplimentación correcta en AE: 98,15% (de 109 sólo 2 prescripciones en hoja incorrecta), y 1,85% en AP (de 54 sólo 1 correcta); siendo total de dos niveles asistenciales del 66,30%, superior al estudio previo (55,72% 2008; 47,70% 2009).

Conclusiones: 1ª. Evolución importante en AE: considerable aumento de adecuación respecto a AP. 2ª. Prescriptores AP siguen sin adaptarse al modelo establecido. No obstante, existe pequeña evolución al verificar 25 derivaciones (de 163) de AP a especializada. 3ª. Otro aspecto de evolución es que todos los prescriptores están correctamente identificados a diferencia del estudio anterior. 4ª. Reciente puesta en marcha de comisión de seguimiento. Se centrará en AP.

Salud laboral 2

*Viernes, 6 de septiembre de 2013. 10:00 a 11:00 h
Pantalla 6*

Moderadora: Isabel Torá Rocamora

437. PERCEPCIÓN DEL CLIMA PREVENTIVO EN TRABAJADORES SANITARIOS SOMETIDOS A UNA INTERVENCIÓN DE ERGONOMÍA PARTICIPATIVA

C. Gual Llorens, A.M. García, C. Sancho, C. Serra

CiSAL-UPF; Universitat de València; Servei de Salut Laboral, Parc de Salut-Mar.

Antecedentes/Objetivos: La ergonomía participativa es una intervención en el lugar de trabajo que cuenta con la participación activa de trabajadores y otros agentes de la empresa. Su finalidad es prevenir los trastornos musculoesqueléticos (TME) de origen laboral, aunque también tiene efectos positivos sobre otros indicadores. La aplicación de esta intervención en el sector sanitario es pionera en nuestro entorno. El objetivo de esta comunicación es presentar los resultados de la primera fase de evaluación de una intervención de ergonomía participativa que se está iniciando en una gran institución sanitaria de Barcelona.

Métodos: Diseño evaluativo cuasi-experimental con grupos intervención y control (de intervención tardía). Para llevar a cabo la intervención progresiva y evaluación de la misma se han seleccionado cinco unidades de trabajo con exposición intensa a carga física y elevada incidencia de TME. La evaluación del impacto de la intervención incluye la obtención de información basal mediante un cuestionario (previamente pilotado, con respuestas cerradas y/o en escalas de acuerdo tipo Likert) en los grupos intervención y control, recogiendo datos personales y laborales de los trabajadores, percepción del clima preventivo, desempeño, satisfacción laboral e indicadores de carga psicosocial.

Resultados: El primer grupo intervención (camilleros, n = 43) son hombres, edad media de 37,1 años, desviación estándar (DE) 8,3. Sobre una escala 0-10, el grado de acuerdo medio con la afirmación "En mi empresa se le da tanta importancia a la salud y seguridad de los trabajadores como al rendimiento y calidad en el trabajo" fue de 3,0 (DE 2,3). Sobre la misma escala, el acuerdo con "Dispongo de toda la información que necesito para trabajar de forma segura" obtuvo una media de 4,5 (DE 2,6). El 72% estaba insatisfecho con los materiales y equipos disponibles para realizar su trabajo, un 56% con sus condiciones de trabajo y el 42% con sus condiciones de contratación. El 75% refirió que tiene que trabajar muy rápido e intensamente todo o la mayor parte del tiempo. Percibían que reciben ayuda y apoyo de sus compañeros el 51% de los encuestados y de su inmediato superior el 30%.

Conclusiones: Según perciben los trabajadores del primer grupo de intervención con el programa de ergonomía participativa, existe un margen amplio para mejorar el clima preventivo en general y otros indicadores de desempeño y bienestar en el trabajo. La evaluación en esta primera fase y con este mismo cuestionario en los grupos control, así como la reevaluación tras la intervención en todos los participantes en la misma, permitirá conocer el impacto del programa de ergonomía participativa sobre dichos indicadores.

144. FIABILIDAD TEST-RETEST DE UN CUESTIONARIO PARA MEDIR EL COMPUTER VISION SYNDROME EN TRABAJADORES

M.M. Seguí, A. Crespo, J. Fernández, M.J. Molina, E. Ronda

Universidad de Alicante; Centro de Investigación de Salud Laboral (CISAL); Instituto Valenciano de Seguridad y Salud en el Trabajo (INVASSAT).

Antecedentes/Objetivos: El Computer Vision Syndrome (CVS) es un conjunto de síntomas oculares y visuales relacionados con la exposición al ordenador. En la actualidad se carece de instrumentos validados para su diagnóstico. En el marco de un proyecto sobre salud visual en trabajadores usuarios de pantallas de visualización de datos se diseñó un cuestionario destinado a tal fin. El objetivo de esta comunicación es analizar la repetibilidad de dicho cuestionario.

Métodos: Participaron 48 voluntarios trabajadores usuarios de ordenador que respondieron al cuestionario en dos días distintos (tiempo entre administraciones de 7 a 62 días). Es un cuestionario auto-administrado que permite obtener una puntuación numérica en función los síntomas (incluye 16) percibidos durante o al finalizar la jornada laboral, de su frecuencia de aparición y de la intensidad con la que se perciben. Se diagnostica CVS cuando la puntuación obtenida es ≥ 7 . Se comparó la prevalencia de cada síntoma en las dos administraciones con el test de McNemar. Se evaluó las diferencias entre las medias de las dos puntuaciones obtenidas con el test t de Student para datos emparejados, y se comprobó si existía algún factor (puntuación media, edad o tiempo transcurrido entre administraciones) que se correlacionase con mayores diferencias. La fiabilidad test-retest de las puntuaciones obtenidas se determinó con el coeficiente de correlación intraclass (CCI) y la concordancia entre los diagnósticos con el índice kappa.

Resultados: El único síntoma con prevalencia diferente entre las dos administraciones fue el lagrimeo ($p = 0,035$). No se observan diferencias entre las puntuaciones medias obtenidas antes y después ($p = 0,972$). Se encontró una correlación moderada entre la puntuación media y la diferencia de puntuaciones ($r = 0,408$; $p = 0,004$). Se observó una buena fiabilidad test-retest tanto para las puntuaciones ($CCI = 0,902$), como para el diagnóstico ($= 0,647$).

Conclusiones: El cuestionario mostró una buena estabilidad temporal, lo que indica repetibilidad de las puntuaciones obtenidas por un mismo trabajador a lo largo del tiempo.

772. ADHERENCIA AL SEGUIMIENTO PROPUESTO TRAS ACCIDENTE BIOLÓGICO EN TRABAJADORES DEL ÁMBITO SANITARIO

M.R. López-Márquez, F. Soriano Espinosa, C. Caballero Alonso, A. de la Iglesia Salgado, M. Lagares Barranca

Universidad de Medicina Preventiva y Salud Pública; Servicio de Microbiología; Hospital Infanta Elena de Huelva.

Antecedentes/Objetivos: Los accidentes biológicos en ámbito sanitario requieren de seguimiento; la adhesión a este es muy variable según los centros, pero en general se considera bajo. Conocer las características que se relacionan con la adherencia constituye un punto de partida para buscar alternativas que permitan mejorarla. Objetivo: Describir el seguimiento a las exposiciones biológicas ocupacionales en nuestro centro y analizar los factores que se relacionan con la cumplimentación del mismo.

Métodos: Diseño: observacional. Ámbito: Hospital comarcal y Distrito. Período: 2008-2011. Población: accidentes biológicos ocupacionales notificados. Fuente: registro propio. Variables: principales: cumplimentación (realizados 100% de controles propuestos) y finalización del seguimiento (realizado último control propuesto);

otras: fechas de accidente y notificación, solicitud de controles y fecha de realización, sexo, edad, categoría, ámbito y servicio, características de la fuente. Análisis: descriptivo con frecuencias y medidas de tendencia central; modelos de regresión logística para relacionar variables.

Resultados: Se notificaron 206 accidentes; en el 51,5% de los casos se cumplimentó el seguimiento y en el 70% finalizó éste. El control con menor seguimiento es el de 6 semanas, realizado en el 60% de casos. La mediana de demora en la notificación del accidente es de 0 días; la mediana de días transcurridos desde el accidente hasta la realización del correspondiente control es de: 1 día en control basal, 52 días en control de 6 semanas, 103 días en control 3 meses, y de 197 y 382 días en controles de 6 y 12 meses, respectivamente. Las variables relacionadas de forma estadísticamente significativa con la finalización y cumplimentación del seguimiento son el ámbito y la edad del accidentado. En el análisis multivariante, para los accidentes que proceden del Distrito la probabilidad de finalizar y completar el seguimiento es menor (OR 0,49, IC95% 0,25-0,99 y OR 0,57, IC95% 0,30-1,07, respectivamente); a medida que aumenta la edad, aumenta la probabilidad de finalizar y completar el seguimiento: OR 1,07, IC95% 1,03-1,11 y OR 1,05, IC95% 1,01-1,08.

Conclusiones: Aunque la adherencia al seguimiento parece mayor en nuestro medio que en otros centros del entorno, es necesario desarrollar estrategias para mejorarla. Así, en ausencia de un claro perfil que ayude a definir medidas específicas, optamos por reforzar medidas generales: aportar más información sobre la necesidad de controles, continuar con recordatorios para los controles y facilitar el acceso del personal para la realización de los mismos.

415. RESULTADOS DEL EXAMEN DE SALUD DE LOS TRABAJADORES POSTEXPUESTOS A AMIANTO EN ARAGÓN

M.L. Mena, N. Martínez, A. Sánchez, J. Arribas

DG de Salud Pública Gobierno de Aragón; Hospital Miguel Servet, Servicio Aragonés de Salud.

Antecedentes/Objetivos: En el marco del Programa de Vigilancia de la Salud de los Trabajadores postexpuestos a amianto se inicia en Aragón en 2010 la vigilancia de la salud por el SALUD. Los objetivos son describir la patología respiratoria relacionada con el amianto, conocer la respuesta a la oferta de vigilancia y detectar oportunidades de mejora del Programa.

Métodos: Estudio observacional descriptivo. Los sujetos son trabajadores residentes en Aragón postexpuestos a amianto no activos en la empresa de exposición. Período de estudio: marzo 2010 a diciembre 2011 en el Servicio de Neumología del HMS. La información procede de las fichas remitidas tras el examen y del Registro de trabajadores relacionados con amianto en Aragón. Se caracteriza la cohorte según variables sociodemográficas, de exposición a amianto y su adhesión al programa; entre los participantes se estudia hábito tabáquico, completitud del estudio y resultados del examen realizado considerando entidades clínicas respiratorias relacionadas con el amianto y otra patología respiratoria. Se estudia la distribución de las variables mencionadas según la existencia o no de patología relacionada con amianto. Se realiza análisis descriptivo y estadístico bivariado de las variables.

Resultados: Se citan 367 trabajadores y completan el estudio 228, 89% hombres y 11% mujeres. A 27 trabajadores (11,8%) se diagnostican 33 entidades clínicas relacionadas con el amianto: 17 (51,5%) placas pleurales, 8 (24,2%) fibrosis pleural difusa, 7 (21,2%) asbestosis y 1 (3,1%) cáncer de pulmón. Patología respiratoria no relacionada con el amianto en 35,5%. Entre los trabajadores con patología relacionada con amianto, el 85,2%, han estado expuestos a crisotilo y crocidolita y el 14,8% solo a crisotilo; la actividad económica mayoritaria es "fabricación de locomotoras y material ferroviario"; la mediana de tiempo

de exposición es 28 años. La prevalencia del hábito tabáquico es de 27,2%. Se aprecia relación estadísticamente significativa entre el hábito tabáquico y la existencia de patología relacionada con el amianto. El índice de participación es del 75%.

Conclusiones: Se cuantifica la prevalencia de entidades clínicas diagnosticadas en trabajadores postexpuestos a amianto en Aragón; se favorece el afloramiento de enfermedades profesionales en este colectivo. Los resultados son consistentes con el mayor riesgo de exposición a la variedad crocidolita y el papel multiplicador del riesgo del tabaco. Es necesario seguir abordando la cuestión de los beneficios de los exámenes de salud periódicos para trabajadores postexpuestos a amianto asintomáticos, así como la periodicidad de los mismos y trasladar las evidencias científicas sobre el tema a la normativa y a la práctica en salud laboral.

999. VIGILÂNCIA EM SAÚDE AMBIENTAL E TRABALHADORES AGRÍCOLAS COM EXPOSIÇÃO AOS AGROTÓXICOS: EXPERIÊNCIA NO BRASIL

E.R. Melo Cabral, H.G. Aguilar Alonzo

Departamento em Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências Médicas, UNICAMP.

Antecedentes/Objetivos: Descrever o processo de vigilância em saúde ambiental local aos trabalhadores agrícolas, com exposição aos agrotóxicos.

Métodos: Realizado, no ano de 2011, um estudo descritivo transversal, em uma região do município de Campinas, São Paulo, Brasil. Adotou-se uma estratégia que, para cada atividade da pesquisa, a equipe de saúde local trabalharia em conjunto a pesquisadora, atuando como multiplicadores e promovendo a sensibilização, dentro dos pressupostos da saúde ambiental, gerenciando as ações de vigilância por meio de avaliações dos resultados desta pesquisa. A proposta foi intimamente vinculada à percepção do trabalho integrado e articulado entre a equipe de saúde e a compreensão da questão “exposição aos agrotóxicos”, que está presente nas ações de vigilância em saúde a nível nacional.

Resultados: Proporcionou-se uma conversa com o distrito e o centro de saúde da região estudada, onde foi abordado o tema saúde ambiental e populações com exposição aos agrotóxicos. A unidade de saúde rural não possuía o número de propriedades e de trabalhadores agrícolas. Como não existe uma cooperativa ou sindicato rural atuante para o território, foi criada uma ficha de cadastro para os estabelecimentos agrícolas e outra para os trabalhadores. Foi realizado um arrolamento no território, para cadastrar os estabelecimentos. Contabilizou-se um total de 36 estabelecimentos e 243 trabalhadores agrícolas distribuídos nas propriedades. Participaram das entrevistas 205 trabalhadores. Percebeu-se que houve dificuldade para reconhecer e manejar casos de intoxicações por agrotóxicos e também de difundir orientações, visando prevenir ou reduzir os efeitos a exposição aos agrotóxicos. Além dos resultados descritivos sobre o perfil de saúde desta população, foi pactuada uma parceria entre o Centro de Saúde e a Coordenadoria de Assistência Técnica e Integral, para estimular a discussão de uma mudança no modelo de produção agrícola, em uma abordagem integrada com a área de saúde do trabalhador e com profissionais de extensão rural.

Conclusiones: Para criar redes de comunicação, é necessária a participação pró-ativa da equipe de saúde, para evitar resistências de proprietários e/ou trabalhadores. O tema população com exposição aos agrotóxicos deve entrar na pauta de reunião da equipe. É necessário que haja uma agenda e interlocução de pesquisas e políticas de saúde, que visem um desenvolvimento mais sustentável, buscando uma integração transversal entre diversos setores da saúde coletiva, educação e do setor agrícola, para as ações de vigilância em saúde e para a proteção da saúde dos trabalhadores e da população.

145. INCREMENTO DEL COMPUTER VISION SYNDROME EN USUARIOS DE LENTES DE CONTACTO

A. Tauste, M.M. Seguí, J.M. Roel, E. Tascón, J. Fernández, E. Ronda

Universidad de Alicante; Centro de Investigación de Salud Laboral (CISAL); Instituto Valenciano de Seguridad y Salud en el Trabajo (INVASSAT).

Antecedentes/Objetivos: El uso de ordenador conlleva esfuerzos visuales intensos que pueden favorecer la presencia de un conjunto de síntomas oculares y visuales conocido como Computer Vision Syndrome (CVS). Son todavía muchos los interrogantes en torno a los factores que influyen en su aparición o agravamiento; entre ellos se encuentra el uso de lentes de contacto (LC), dado que modifican las condiciones de la superficie ocular anterior y de la lágrima. El objetivo de este trabajo es evaluar el efecto de las LC en la presencia de este síndrome.

Métodos: Estudio de diseño transversal con estudiantes universitarios (n = 60 entre 18 y 26 años), el 43,6% usuarios de LC. Se evaluó el CVS mediante un cuestionario auto-administrado sobre presencia de síntomas desarrollado en un estudio previo, que clasificaba como sintomático cuando la puntuación obtenida era ≥ 7 . También se recogió información sobre el estado de la lágrima (secreción lagrimal con Schirmer I, tiempo de ruptura de la película lagrimal o BUT y altura del menisco lagrimal) y las horas al día de uso de ordenador. Se compararon las diferencias en la prevalencia de CVS entre usuarios y no usuarios de LC mediante un análisis simple y ajustando por el resto de variables.

Resultados: La prevalencia de CVS fue de 66,7% en usuarios de LC y 41,9% en no usuarios. El uso de LC aumentaba más del doble la probabilidad de padecer CVS (OR 2,77, IC95%: 0,91-8,39) y de tener una altura de menisco lagrimal insuficiente (OR 2,74, IC95%: 0,81-9,26), también incrementaba considerablemente la probabilidad de presentar estabilidad lagrimal alterada (OR 5,71, IC95%: 1,76-18,59). Además, los resultados mostraron que, independientemente del sexo, la exposición a ordenador y las variables específicas lagrimales, si se analizaran personas con las mismas características para estas variables, los usuarios de LC sufrirían más CVS (OR 3,31, IC95%: 0,92-11,91).

Conclusiones: A pesar de que los resultados no son significativos, probablemente por el tamaño muestral, estos sugieren la necesidad de incorporar pruebas específicas de lágrima en la vigilancia de la salud visual de los usuarios de ordenador que son portadores de lentes de contacto y de un seguimiento más exhaustivo de los síntomas que padecen.

275. COMPARACIÓN DE ENCUESTAS DE CONDICIONES DE TRABAJO Y SALUD DE LATINOAMÉRICA: COLOMBIA, ARGENTINA, CHILE Y CENTROAMÉRICA

P. Merino, F.G. Benavides, L. Artazcoz

SENESCYT, Ecuador; CISAL, UPF; Agencia de Salud Pública de Barcelona.

Antecedentes/Objetivos: Las Encuestas de Condiciones de Trabajo y Salud (ECTS) se han afianzado como fuente de información fiable de las condiciones de trabajo de la población trabajadora, especialmente a nivel europeo. En los últimos años se emprende la primera edición de las ECTS en Latinoamérica. En el 2007 Colombia desarrolla la primera ECTS en la región y posteriormente lo hacen Argentina, Chile y Centroamérica. Objetivo: comparar las características metodológicas de las cuatro ECTS de Latinoamérica.

Métodos: El análisis se estructuró en cuatro grupos: información general, diseño muestral, proceso de recopilación de datos y contenido de los cuestionarios. La información de los cuestionarios se clasificó en 6 dimensiones previamente establecidas: características

sociodemográficas, condiciones de empleo, condiciones de trabajo, recursos y actividades preventivas, calidad de vida y salud. Se identificaron las características generales de las encuestas y se compararon las características del diseño muestral, el proceso de recopilación de datos, las dimensiones incluidas en los cuestionarios y los ítems utilizados para medirlas.

Resultados: Entre las diferencias en las características del diseño muestral, destacan las encontradas entre las poblaciones de referencia: las ECTS de Centroamérica y Chile incluyen a la población ocupada y desocupada, mientras que las de Argentina y Colombia restringen a la población en relación al tamaño, tipo de empresa y sector de actividad económica a la que pertenece. Con respecto a los procesos de recopilación de datos, resaltan las diferencias halladas en el lugar de realización de la entrevista. En Centroamérica y Chile se entrevistó a la persona trabajadora en su propio domicilio, mientras que en Argentina y Colombia en la empresa. Por otro lado, se identificó en las cuatro encuestas por lo menos un ítem incluido en cada una de las dimensiones. En cuanto a las características sociodemográficas, condiciones de empleo, condiciones ergonómicas y de higiene la mayor parte de encuestas utilizan ítems similares. Se encontraron menos coincidencias temáticas en relación a factores de riesgo psicosocial, salud, recursos y actividades preventivas, calidad de vida; y principalmente en condiciones de seguridad.

Conclusiones: Se han encontrado importantes diferencias en la metodología de las encuestas con respecto a la población de referencia, el lugar de realización de la entrevista y los ítems contenidos en los cuestionarios, lo que limita la comparabilidad geográfica. Estos resultados constituyen un punto de partida para poder analizar las condiciones laborales entre los países estudiados y para elaborar recomendaciones que permitan armonizar las ECTS en Latinoamérica y mejorar su calidad.

475. CARACTERÍSTICAS DE LAS CONDICIONES DE SALUD, SOCIODEMOGRÁFICAS Y ECONÓMICAS DE LOS TRABAJADORES DE UNA PENITENCIARÍA FEMENINA EN EL INTERIOR DEL ESTADO DE SÃO PAULO

C.A. Ferrari Audi, S.M. Santiago, M.G. Andrade, H.M. Silva

Universidade Estadual de Campinas.

Antecedentes/Objetivos: En 2005, los estudiantes y profesores del curso médico de una universidad pública de São Paulo inician trabajo extramuros y atienden las reeducandas en la penitenciaría femenina. Se decidió evaluar las condiciones de salud en la institución, que alberga 1.100 mujeres arrestadas. Negociación junto a la dirección de la institución, los trabajadores reivindicaron que fueran incluidos en la pesquisa. Alegaban también sentirse enfermos y consideraban las condiciones de trabajo agravantes de la situación. Existe poca pesquisa y literatura sobre el tema en Brasil. Objetivo: describir perfil socio-demográfico, económico y las condiciones de salud de los trabajadores de una penitenciaría.

Métodos: Análisis transversal, correspondiente a las entrevistas realizadas con trabajadores. La pesquisa empezó en agosto de 2012. El cuestionario utilizado posee variables que contemplan características demográficas, socio-económicas, medidas antropométricas, datos sobre morbilidad, red de apoyo social, uso de tabaco y alcohol, trastorno mental común, violencia y alimentación. Las entrevistas fueron realizadas durante los turnos de trabajo. Se utilizó el software SPSS versión 16.0 para las análisis estadísticas.

Resultados: Entrevistados 93 trabajadores, 61,3% mujeres y 38,7% hombres, con edad media de 41,7 años, color branca 66,7%, 51,6% casados y 77,4% tienen hijos. Escolaridad superior de 47,3%, seguidos de 35,5% de nivel medio. 60,4% tienen renta mensual de 2 a 4 salarios mínimos, 41,9% son católicos y 25,8% evangélicos. En media está hace

8 años en la penitenciaría y en régimen de 40 horas semanales. Más de la mitad 54,8% es Agente de Seguridad Penitenciario, los demás son cargos administrativos y auxiliares de limpieza. La morbilidad referida más frecuente fue hipertensión arterial 21,5% y 28% relataron tener niveles de colesterol, triglicéridos y glicemia alterada; trastorno mental común en 24,7%; fumantes 5,4% y 16,1% refirieron consumir bebida alcohólica frecuentemente; uso de psicotrópico por 9,7%. Práctica de actividad física referida por 41,9%. En relación a su seguridad 22,6% considera el barrio donde vive violento, 78,5% siéntese seguro donde vive, y 54,8% siéntese seguro en el local de trabajo. Violencia psicológica 48,4% relataron haber sido humillada (o), intimidada (o) por personas desconocidas, seguidos por el/la ex/compañero (a) (10,9%). La violencia física 4,3%, dijeron no conocer los agresores, 3,3% fueron agredidos por hijos e/o ex/compañero.

Conclusiones: Recomendaciones: El estudio podrá contribuir para la mejoría de las condiciones de vida y de trabajo en la penitenciaría.

1004. RELEVANCIA DEL CONSUMO DE MARISCO/MOLUSCOS/PESCADO PREVIO A LA DONACIÓN DE MUESTRAS DE ORINA Y UÑAS EN LOS NIVELES DE METALES EN TRABAJADORES EXPUESTOS A METALES

R. Capelo, M. González, M.A. Díaz-Santos, M.A. García, R. Jara, M. Contreras, A. Gago, T. García, J. Alguacil, et al

Centro de Investigación en Salud y Medio Ambiente (CYSMA); Universidad de Huelva; CIBERESP.

Antecedentes/Objetivos: En trabajadores de la industria química, metalúrgica o de la minería, su trabajo sería la principal fuente de exposición a metales, mientras que para el resto de población la principal fuente sería la dieta. El consumo de pescado/moluscos/marisco puede influir en los niveles de arsénico y mercurio en sangre y orina. Apenas se conoce el impacto de la exposición por la dieta respecto de la exposición laboral en trabajadores expuestos a As o Hg y a otros metales. Se estudió la asociación entre el consumo de marisco/moluscos/pescado previo a la donación de muestras de orina y uñas en los niveles de metales observados en trabajadores expuestos a metales.

Métodos: Se midieron los niveles de metales en orina (As, Ba, Be, Cd, Co, Cu, Hg, Li, Mo, Pb, Se, Sr, Tl, V, W y Zn) y en uñas (Al, As, Ba, Be, Cd, Co, Cr, Cu, Fe, Hg, Li, Mn, Mo, Ni, Pb, Pt, Se82, Sr, Tl, U, V, W, y Zn), y previamente a la donación de la muestra se recogió información sobre consumo de marisco/moluscos, pescado, y horas desde que consumió marisco o pescado por última vez. Se obtuvo información válida en 101 trabajadores voluntarios de la industria química/metalúrgica y de 40 trabajadores del sector servicios no expuestos a metales. El 84% de los trabajadores eran hombres, y el 76% realizaban su actividad laboral en la provincia de Huelva. Se midieron niveles de metales mediante análisis multielemental por ICP-MS. Se comparó la mediana de los niveles de metales obtenidos en los sujetos que refirieron consumo de pescado o de marisco (test U Mann-Whitney) o del tipo de pescado o marisco (test de la mediana). Se utilizaron modelos de regresión general lineal para el análisis multivariable ajustados por edad, sexo, horas desde consumo de pescado/marisco por última vez y tipo de trabajador.

Resultados: Los trabajadores que consumieron marisco o moluscos en las 8 horas previas a la donación de muestras presentaron mayores niveles arsénico en orina (102 ppm vs 55,4 ppm; $p = 0,042$), pero no para ningún otro metal ni en orina ni uñas de forma estadísticamente significativa. Respecto a los trabajadores que habían consumido pescado, sólo se encontraron mayores niveles en orina para arsénico (109 ppm vs 48 ppm; $p = 0,007$), mientras que en uñas se encontraron para aluminio (17 ppm vs 8,6 ppm; $p = 0,012$) y berilio (5 ppb vs 1 ppb; $p = 0,017$). Sólo los niveles de arsénico en orina se asociaron con horas desde último consumo de marisco/pescado ($p = 0,001$).

Conclusiones: El consumo de pescado/marisco/moluscos es un determinante importante de los niveles de arsénico en orina pero no de otros metales en trabajadores expuestos a metales.

843. DESEMPLEO Y DEPRESIÓN EN PACIENTES QUE ACUDEN A LOS SERVICIOS DE URGENCIAS: UN ESTUDIO PILOTO

J. González-Cabrera, M. Fernández Prada, J.M. Vallejo Hernández, C. Iribar Ibabe, J.M. Peinado

Universidad Internacional de La Rioja; Hospital Universitario San Cecilio; Universidad de Granada.

Antecedentes/Objetivos: La prolongada situación de crisis económica en España comienza a tener efecto sobre la salud de la población y, sobre todo, en aquellos que se encuentran en situación de desempleo. Éste se presenta como un factor de riesgo importante para padecer trastornos que alteran la salud psíquica de las personas, tales como la depresión, la ansiedad, la pérdida de salud percibida, tentativa de suicidio, etc. Por tanto, el objetivo ha sido analizar el nivel de depresión de los pacientes que acuden a los Servicios de Urgencias en función de la situación laboral y la duración del desempleo.

Métodos: Estudio transversal con 74 pacientes que acudieron al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario San Cecilio, Granada. Se realizó un muestreo incidental. Se recogieron diversas variables sociodemográficas y se auto-administró la versión adaptada al castellano del cuestionario Beck Depression Inventory (BDI-II).

Resultados: Los pacientes evaluados en situación de desempleo ($n = 32$) presentaron una media significativamente mayor que aquellos que tenían trabajo ($n = 42$) ($t = -5,124$; $p < 0,001$). Los pacientes con una mayor permanencia en el desempleo obtuvieron puntuaciones más elevadas en el BDI-II ($F = 15,332$; $p < 0,001$).

Conclusiones: Los pacientes que consultan en los Servicios de Urgencias y se encuentran en situación de desempleo registran puntuaciones más altas en el cuestionario BDI-II que aquellos que están laboralmente activos. Estos datos deben tenerse en cuenta a la hora de valorar a los pacientes e identificar posibles desórdenes de su bienestar psicológico.

Calidad asistencial 2

Viernes, 6 de septiembre de 2013. 10:00 a 11:00 h
Pantalla 7

Moderadora: María Dolores Fiuza

59. E-SALUD: IMPLEMENTACIÓN Y EVALUACIÓN DE UN SITIO WEB PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES CON PSORIASIS MODERADA-GRAVE

A. Molina-Leyva, J.C. Ruiz-Carrascosa, R. Naranjo-Sintes, J.J. Jiménez-Moleón

Servicio de Dermatología, Hospital Universitario San Cecilio; Departamento de Epidemiología y Salud Pública, Universidad de Granada.

Antecedentes/Objetivos: La psoriasis es una enfermedad cutánea crónica con gran repercusión en la calidad de vida de las personas afectas. Los pacientes con psoriasis tienen preguntas y

preocupaciones que no pueden ser satisfechas dentro del modelo de asistencia médica tradicional. Aunque Internet proporciona una gran cantidad de recursos relacionados con la salud, la calidad de la información es variable y numerosos sitios web carecen de independencia editorial.

Métodos: Tras revisar los contenidos disponibles en Internet relacionados con la psoriasis, el equipo de dermatólogos de la Unidad de psoriasis del Hospital Universitario San Cecilio desarrollaron un sitio web para complementar la atención médica de los pacientes con psoriasis. Un grupo de 241 pacientes que acudió de forma consecutiva a revisión programada en la Unidad de psoriasis evaluaron el sitio web y proporcionaron feedback mediante una encuesta electrónica.

Conclusiones: Los resultados de esta investigación sugieren que el sitio web puede complementar la asistencia sanitaria y tiene potenciales aplicaciones como instrumento de investigación.

573. ENCUESTA DE SATISFACCIÓN EN LA ATENCIÓN EN UNIDADES DE REFERENCIA DE FIBROSIS QUÍSTICA

A. Megías Fernández, C. Salamanca Rivera, J.M. Aldana Espinal, L. Lahera Robles, E. Vizuete Rebollo, J. Rodríguez Ocaña, A. González-Meneses López, R. Camino León

Plan Andaluz de Personas Afectadas por Enfermedades Raras; Servicio Andaluz de Salud; Escuela Andaluza de Salud Pública.

Antecedentes/Objetivos: Actualmente la atención médica de la fibrosis quística (FQ) está planificada de forma que se facilite una asistencia rápida, especializada y coordinada de los enfermos. En 2010, fueron designadas por el SAS las Unidades de Referencia de FQ de los Hospitales Carlos Haya (HCH) y Virgen del Rocío (HVR). Las encuestas de satisfacción realizadas en ellas nos dan una idea acerca de qué opinan los usuarios de los servicios que reciben y, en definitiva, de la atención sanitaria. Los resultados permiten conocer las demandas así como introducir planes de mejora concretos.

Métodos: Durante 2012 se realizaron encuestas de satisfacción en la atención de pacientes con FQ en las Unidades de Sevilla y Málaga. La encuesta está compuesta por cinco preguntas en referencia a la atención e información recibida así como con las instalaciones. La respuesta a cada una se recoge según sea el grado de satisfacción. No se ha realizado un muestreo previo entre todos los pacientes con FQ, sino que de manera voluntaria y anónima la realizó el paciente o su tutor, según fuesen adultos o niños menores de 15 años. El número total de encuestas fue 70 en el HVR y 77 en el HCH.

Resultados: La Unidad del HVR tiene registrados 202 pacientes con diagnóstico confirmado. La tasa de respuesta de la encuesta, considerando pacientes que han tenido información de ella, es del 70,0%. Los datos representan al 34,6% de los pacientes registrados. De ellos, el 85% considera excelentes la atención y trato recibidos, el 63% la información recibida, y el 31% las instalaciones. De otro lado, la Unidad del HCH tiene 109 pacientes adultos registrados. Su tasa de respuesta es del 66,6% y los datos representan a un 45,9% de estos pacientes. Además, esta Unidad tiene registrados 43 menores, cuya tasa de respuesta es del 60,0% y datos de un 55,8% de ellos. Se obtuvieron diferencias en función de la edad de los pacientes, un 25% de los menores consideró excelente la atención y el trato recibidos y en el caso de los adultos fue un 60%. La información recibida es considerada excelente por un 16% de menores y por un 45% de adultos. En cuanto a las instalaciones, pasan del 10% en menores al 20% en adultos los que dan la máxima valoración.

Conclusiones: Al valorar los resultados se observan elevados índices de satisfacción en todo lo que respecta al trato humano, cuidados sanitarios e información recibida sobre la enfermedad. Los pacientes y familiares recomendarían de forma general la unidad donde son atendidos. La infraestructura es el área en la que se identifican algunas demandas y que han de centrar las actividades de mejora.

687. ANÁLISE DOS SERVIÇOS DE CITOPATOLOGIA NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO: PROPOSTA PARA GESTÃO DA QUALIDADE

M.C. Sousa, A.R. Farias, K.M. Ratto, M.F. Silva, P.C. Bortolon, C.L. Pires

Ministério da Saúde; Instituto Nacional do Câncer.

Antecedentes/Objetivos: No Brasil o câncer do colo do útero é o segundo mais incidente na população feminina e sua prevenção, pelo rastreamento citológico nas mulheres de 25 a 64 anos, uma das prioridades do governo federal. Mas apesar dos avanços, a efetividade das ações, avaliada pela redução da incidência e da mortalidade por este câncer ficou aquém do obtido em países que adotaram o rastreamento de forma organizada e universal, refletindo iniquidades no acesso das mulheres brasileiras ao rastreamento e ao tratamento das lesões precursoras e existência de problemas na qualidade dos serviços ofertados. O trabalho avalia os laboratórios de citopatologia no Estado do Rio de Janeiro identificando os principais problemas na gestão da qualidade.

Métodos: Análise das visitas técnicas conduzidas pela auditoria nos meses de agosto e setembro de 2011, e da consolidação de indicadores de qualidade do laudo do Sistema de Informação do Colo do Útero referente ao Rio de Janeiro.

Resultados: Dos 92 laboratórios de citopatologia do SUS somente 52,2% realizam toda a etapa diagnóstica, os outros 47,8% terceirizam parte ou toda etapa diagnóstica. 85% apresentaram produção muito baixa e 66,6% têm positividade baixa ou muito baixa. Na análise agregada dos indicadores de qualidade 43% obteve classificação insatisfatória. Apenas 43,7% dos laboratórios que realizam todo processo do exame realizam alguma etapa do Monitoramento Interno da Qualidade.

Conclusões: Os achados evidenciam problemas na qualidade do exame, apontando a necessidade de reorganização da rede laboratorial, recomendando-se: redimensionar a rede laboratorial para o screening do câncer do colo do útero de forma regionalizada, garantindo escala adequada à expertise técnica e a custo-efetividade do processo de gestão da qualidade; adotar normas de credenciamento e reconhecimento dos laboratórios do SUS contemplando os requisitos de qualidade; assegurar que os laboratórios de citopatologia do SUS, de fato, realizem todas as etapas do exame, garantindo a gestão da qualidade; garantir que nos instrumentos de contratação de serviços de screening citológico constem os padrões de qualidade desejáveis e o compromisso de realização de monitoramento interno de qualidade do exame e do monitoramento externo, conforme determinação dos gestores; envolver os movimentos organizados de mulheres e os órgãos de gestão colegiada do SUS no processo de melhoria da qualidade da citopatologia; integrar a gestão da qualidade da citopatologia com as demais ações necessárias para a garantia da qualidade do Programa de Controle do Câncer do Colo do Útero, conforme as diretrizes nacionais.

876. DEMORA DIAGNÓSTICA DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR EN EL ÁREA SUR DE GRANADA

C. Morales-García, J. Parra-Ruiz, B. Valero-Aguilera, J.J. Cruz-Rueda, J. Hernández-Quero

Servicio de Neumología, Hospital Universitario Virgen de las Nieves; Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario San Cecilio; Unidad de Apoyo Metodológico y Bioestadístico, Hospital Universitario Virgen de las Nieves.

Antecedentes/Objetivos: El diagnóstico precoz y el tratamiento correcto son la base del control de la tuberculosis (TB). En 1999 la Unidad de Neumología del Área Sur de Granada (ASG) puso en marcha

un programa de control basado en la búsqueda y seguimiento de casos. Objetivo: Conocer la demora diagnóstica (DD) y los factores asociados a la misma en los pacientes con TB pulmonar (TBP) en nuestra área.

Métodos: Se estudiaron todos los casos de TBP diagnosticados en el ASG desde enero de 2003 a diciembre de 2010 a partir de una base de datos prospectiva. Se analizó la demora total (DT) o tiempo transcurrido desde el comienzo de los síntomas hasta el inicio del tratamiento, demora atribuible al sistema sanitario (DS) o tiempo entre la primera consulta y el inicio del tratamiento y demora atribuible al paciente (DP) o tiempo entre el inicio de los síntomas y la primera consulta. Se han utilizado test no paramétricos (Mann-Whitney). Se calcularon OR categorizando las demoras en función de su mediana. Se utilizó el programa IBM SPSS Statistics 19.

Resultados: Se incluyeron 272 casos de TBP; el 96,3% confirmados con cultivo. El 40,4% eran bacilíferos. La mediana de la DT fue 42 días; los factores asociados a la DT fueron: Rx no cavitada (OR 2,64, IC95% 1,43-4,89), no bacilífero (OR 5,68, IC95% 3,32-9,72), edad > 35 años (OR 3,45, IC95% 2,03-5,86), tabaquismo (OR 1,77, IC95% 1,09-2,88), inmigrante (OR 0,51, IC95% 0,28-0,90) y ausencia de fiebre (OR 1,84, IC95% 1,11-3,05). La mediana de la DS fue 7 días; los factores asociados fueron los mismos que para la DT, más la ausencia de expectoración hemoptoica (OR 2,40, IC95% 1,12-5,15). La mediana de la DP fue 9,5 días; se asoció con Rx cavitada (OR 1,92, IC95% 1,06-3,57) y bacilífero (OR 2,85, IC95% 1,72-4,76).

Conclusiones: Los factores asociados con aumento de la DT son Rx no cavitada, no bacilíferos, edad > 35 años, tabaquismo, autóctono y ausencia de fiebre. En los casos bacilíferos y con cavitación la mediana de la DT es de 28 días y la de la DS de un día. El retraso es debido a que los pacientes tardan en consultar. El porcentaje de pacientes sin cavitación (78,7%) y no bacilíferos (59,6%) es muy elevado en nuestra área por el programa de control. En ellos la DD aumenta por el tiempo que tardan los bacilos en crecer en los cultivos. Suponen un problema clínico, no de salud pública al no ser contagiosos. Son necesarios programas formativos dirigidos a la población y a los médicos para que piensen en TB ante síntomas respiratorios, así como el empleo de técnicas de diagnóstico rápido.

1024. O ROSTO DA MORTE EM PORTUGAL: EXPLORANDO A ANSIEDADE FACE À MORTE EM ADULTOS PORTUGUESES E MIGRANTES

V. Alarcão, F. Miranda, R. Simões, E. Lopes, M. Carreira, I. Rodrigues, J. Mapril, C. Saraiva

Instituto de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa; Centro em Rede de Investigação em Antropologia.

Antecedentes/Objetivos: A ansiedade face à morte tem sido um tema bastante investigado, mas sem resultados consistentes. Em Portugal são escassas as investigações sobre atitudes perante a morte e processo de morte em geral, e mais com populações migrantes. Pretendeu-se identificar fatores associados à ansiedade face à morte em duas populações distintas, Portugueses e Chineses adultos residentes na cidade de Lisboa.

Métodos: Entre novembro 2012 e fevereiro 2013, entrevistadores das respetivas comunidades recolheram, por entrevistas presenciais, um vasto conjunto de dados, incluindo sociodemográficos, Inventário de Saúde Mental (MHI-5), atitudes face à morte, Escala de Ansiedade Perante a Morte (DAS). O estudo de fiabilidade da DAS revelou valores de consistência interna razoáveis quer nos Portugueses ($\alpha = 0,76$) quer nos Chineses ($\alpha = 0,68$), permitindo calcular os scores e estudar a sua associação com as restantes variáveis. Em modelos multivariados foram explorados os fatores associados à DAS através de regressões lineares para cada grupo ($\alpha = 0,05$, SPSSv21).

Resultados: Os 97 Portugueses tinham em média (\pm dp) $36,6 \pm 14,6$ anos, 59,8% eram mulheres e 79,4% tinham uma religião (96,1% católicos). Os 90 Chineses tinham em média (\pm dp) $36,2 \pm 10,8$ anos, 59,6% eram mulheres; 55,6% tinham uma religião (72% budistas). A ansiedade perante a morte foi mais elevada nos Portugueses ($48,6 \pm 9,3$) que nos Chineses ($42,3 \pm 7,3$) ($p < 0,01$). A prevalência de possível sofrimento psicológico, medido através do MHI-5, foi superior nos portugueses, 37,1% vs 21,1%, bem como os desejos de ter alguém presente na altura da morte e ter uma cerimónia fúnebre ($p < 0,05$). No modelo multivariado para os Portugueses, ser mulher, desejar ter alguém presente na altura da morte e não ser favorável ao uso de eutanásia foram fatores associados a uma maior ansiedade face à morte, independentemente da idade e do MHI-5. Na população chinesa, nem variáveis sociodemográficas e religiosas, nem as atitudes face à morte, se associaram significativamente à ansiedade face à morte. Mulheres chinesas budistas apresentaram em média valores mais baixos de ansiedade face à morte do que as não budistas, mas em conjunto com outros fatores a religião não foi explicativa dos níveis de ansiedade perante a morte.

Conclusiones: Estudar a morte em indivíduos de diferentes culturas permite conhecer as formas de reagir perante a morte e o morrer, e saber assim melhor as formas de vivenciar também a vida. Estes resultados serão complementados com os restantes grupos do estudo 'A invisibilidade da morte nas populações migrantes em Portugal' com migrantes do Bangladesh, Brasil, Cabo Verde e Guiné-Bissau.

1108. AJUSTE A INDICACIONES DEL TRATAMIENTO CON DERIVADOS SANGUÍNEOS EN LOS HOSPITALES DEL SERVICIO ANDALUZ DE SALUD (SAS)

M.R. López-Márquez, A. Barranquero Beltrán, M. Ramos Molina, J. Ramos Solís, P.C. Ortega Sánchez, R.M. Yang Lai, A. Irastorza Aldasoro, J. García Rotllán

Servicio Andaluz de Salud.

Antecedentes/Objetivos: La sangre y sus derivados constituyen un recurso terapéutico insustituible, pero escaso. Con la finalidad de incrementar la racionalización en su uso se propuso la realización de un estudio para describir el uso de este recurso en los hospitales del SAS y analizar la adecuación de éste a los criterios actualmente propuestos.

Métodos: Diseño: observacional. Ámbito: hospitales del SAS. Sujetos de estudio: episodios de solicitud/administración de concentrados de hemáties (CH). Criterios exclusión: edad pediátrica. Fuentes: registro de Centros de Transfusión (muestreo sobre solicitudes de reserva de sangre y derivados) e historias clínicas. Variables: principal: cumplimiento de indicación (cumple al menos 1 de los criterios de la Guía de la Sociedad de Transfusión Sanguínea, 2006); secundarias: relacionadas con el paciente (sociodemográficas, motivo de transfusión); con el centro (centro, nivel, ubicación, servicio), y con el episodio de transfusión (indicación, elemento transfundido, cifras hemoglobina pre y post tratamiento, cierre transfusional). Análisis: descriptivo con frecuencias y medidas de tendencia central; modelos de regresión logística para relacionar variables.

Resultados: Se analizaron 260 episodios, de éstos el 45,8% corresponden a hospitales de primer nivel. En el 86,9% de los casos se transfundió CH sólo; se transfundieron junto a plaquetas en el 6,2%, junto a plasma en el 3,8% y los tres elementos juntos en el 3,1% de los casos. El motivo de la transfusión fue quirúrgico en el 33,1% de los casos, hematológico en el 25,4% y relacionado con neoplasia (no quirúrgico) en el 30,8%. En 6 casos no se pudo determinar el motivo. Se cumplió al menos 1 criterio de indicación en 196 casos, no se cumplió en 30 (en 20 de los cuales el motivo de indicación era "quirúrgico") y en 34 epi-

sodios no fue posible valorar el resultado (sin datos de Hb pretransfusional). Si consideramos sólo los episodios valorados, el porcentaje de adecuación es de 88,8% (contando episodios de no transfusión si no cumplía ninguna indicación). El análisis bivariante sólo mostró relación estadísticamente significativa entre el motivo de transfusión y la adecuación: OR cumplimiento para motivos quirúrgicos con respecto a los hematológicos = 0,04 (IC95% 0,01-0,2). No se ha establecido relación con otras variables consideradas.

Conclusiones: Con respecto a la adecuación a los criterios de indicación, el resultado es mejor al previsto inicialmente; sin embargo, se han detectado limitaciones en lo referente a la documentación de los episodios, lo que constituye una importante área de mejora a priorizar.

421. OPINIONES DE PROFESIONALES SANITARIOS ANDALUCES SOBRE LA ATENCIÓN A LOS PACIENTES AL FINAL DE LA VIDA

M. Cruz Piqueras, M. Tamayo Velázquez, P. Simón Lorda

Escuela Andaluza de Salud Pública.

Antecedentes/Objetivos: Siendo la muerte de un paciente un hecho relativamente frecuente para cualquier profesional sanitario, la bibliografía analizada sobre este tema sugiere que, las demandas de estos pacientes y sus acompañantes distan mucho de ser atendidas. La atención a los pacientes al final de la vida es un proceso complejo que, pacientes, familiares y profesionales sanitarios viven de manera muy diferente. El objetivo de este estudio es analizar conocimientos, actitudes y experiencias de los profesionales sanitarios andaluces acerca de la atención y proceso de toma de decisiones al final de la vida.

Métodos: Estudio cualitativo con 15 entrevistas semiestructuradas. La muestra se seleccionó mediante muestreo teórico (intencional) entre profesionales sanitarios andaluces. Los criterios de segmentación fueron: edad, sexo, años de experiencia, asistencia primaria vs especializada, servicio en el que trabaja por cercanía/contacto con la muerte, profesionales médicos vs enfermería.

Resultados: A la luz de la información analizada podemos sostener que morir hoy día no es tarea fácil. En general, no existe una reflexión previa sobre la muerte y como deseamos morir. Son muchos los profesionales que demandan más formación y la necesidad de dotarse de herramientas adecuadas para atender a estos pacientes. Es el modelo biomédico y de atención farmacológica el que se impone frente a un modelo de acompañamiento y respeto de toma de decisiones. La tecnología permite mitigar el dolor, pero la soledad es paradójicamente, quién acompaña a cada uno de estos actores (paciente, profesional, familiar). Pacientes arropados por la "mentira piadosa", familiares que presionan a los profesionales para que no informen y esconden su dolor ante el moribundo, y por último, profesionales de la salud entre uno y otros, respaldados por prácticas profesionales cada vez más tecnológicas pero sin herramientas ni conocimiento sobre cómo manejar la incertidumbre y el miedo.

Conclusiones: En el estudio los profesionales sanitarios plantearon las siguientes demandas: 1. Proveer una atención que no esté estrictamente centralizada en una orientación farmacológica sino que contemple también los aspectos psicosociales, emocionales y espirituales que rodean al hecho del morir. 2. Más unidades de cuidados paliativos, tanto hospitalarias como en atención domiciliaria. 3. Un programa de formación y sensibilización dirigida a los profesionales sanitarios. 4. Más coordinación entre atención primaria y los centros hospitalarios, sobre todo con los servicios de urgencias. 5. Más tiempo para atender al paciente y ocuparse de las familias. 6. Y por último, posibilitar espacios de privacidad para el paciente y la familia.

338. EL PACIENTE HIPERTENSO: AUTOPERCEPCIÓN DE SU SALUD Y SATISFACCIÓN CON LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA. ESTUDIO COMPARATIVO ESPAÑA VS EUROPA

S. García-Pérez, C.A. Sánchez-Piedra, L. Prieto-Castillo, A. Sarria Santamera

Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, Instituto de Salud Carlos III (ISCIII); Escuela Nacional de Sanidad, Instituto de Salud Carlos III (ISCIII).

Antecedentes/Objetivos: EUprimecare es un proyecto de la Unión Europea cuyo objetivo es analizar los costes y la calidad de los diferentes modelos de atención primaria (AP) en Europa. El objetivo de este trabajo es analizar el control del paciente con hipertensión (HTA), la autopercepción de su salud y su nivel de satisfacción con los servicios en AP en España en comparación con 6 países Europeos.

Métodos: Estudio transversal. En cada uno de los países del consorcio (Alemania, España, Estonia, Finlandia, Hungría, Italia y Lituania) se realizó una encuesta telefónica que incluía variables sociodemográficas, sobre estado de salud, utilización y satisfacción con los servicios de AP. La encuesta se realizó a una muestra aleatoria de 431-432 pacientes representativa de cada país (Ntotal = 3.020) en abril de 2012.

Resultados: El porcentaje de usuarios de los servicios de atención primaria que declararon padecer HTA en España fue 21,6% (N = 93); menor que la media total (34,9%). El 97% de los pacientes residentes en España fueron diagnosticados por su médico de AP frente al 82,6% de la media europea. El 91,4% de los pacientes en España afirmó estar en tratamiento para controlar la hipertensión (media europea = 92,3%) y en el 92,9% de los casos el tratamiento fue prescrito por su médico de AP (media europea = 84,5%). Sólo el 7,5% de pacientes afirmaron que su salud era mala o muy mala; la proporción más baja de todos los países evaluados junto con Finlandia. La satisfacción global de estos pacientes con los servicios de AP fue alta y no fue significativamente distinta a la del resto de países.

Conclusiones: El paciente con HTA en España es diagnosticado y controlado por profesionales de AP más frecuentemente que en otros países Europeos. Los indicadores de satisfacción de los pacientes hipertensos en España son comparables a los de los países europeos que obtienen mejores niveles en estas variables. La autopercepción de la salud de estos pacientes en España es buena y en general declaran estar satisfechos con los servicios de AP.

339. FACTORES ASOCIADOS AL DESCENSO DE LA HOSPITALIZACIÓN POR ISQUEMIA CARDIACA INCIDENTE

E. Alcalde-Cabero, C. Ortiz, A. Palmera, R. Boix, I. Galán, M.J. Medrano

Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III; Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Antecedentes/Objetivos: Estimar el efecto sobre la hospitalización por isquemia cardiaca incidente (IC) de la promoción de hábitos saludables, control de tabaquismo e intervención farmacológica sobre sus factores de riesgo.

Métodos: A partir del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) y la Encuesta de Morbilidad Hospitalaria se identificaron los casos incidentes de IC en 1982-2009. Se modelizaron las tasas de incidencia anual en función del consumo de estatinas, hipotensores, antidiabéticos y antiagregantes, además de la prevalencia de tabaquismo, sobrepeso y obesidad, mediante regresión binomial negativa con retardos de 0, 1, 2 y 3 años, ajustando por edad, sexo, prevalencia de factores de riesgo vascular y camas hospitalarias en UVI y unidades coronarias. Se ajustaron modelos mixtos de efectos fijos y aleatorios para análisis de relación dosis-respuesta y medida de variabilidad interanual explicada por las medidas preventivas. Se usaron modelos aditivos generalizados para analizar la serie temporal.

Resultados: Se identificaron 1.441.980 (67% hombres y 33% mujeres) hospitalizaciones por IC incidente en 762,3 millones de personas-año. Las tasas de incidencia aumentaron de 1982 a 1996, con una brusca inflexión en 1997 y una disminución posterior del 52%. De 1996 a 2006 aumentó el consumo de fármacos para el control de riesgo vascular, especialmente estatinas (949%) y la prevalencia de tabaquismo (12% en mujeres y 25% en hombres). En el análisis multivariante mostraron asociación significativa la prevalencia de tabaquismo, obesidad y sobrepeso y el consumo de fármacos para prevención vascular, con relación dosis-respuesta significativa ($p < 0,001$), y con IRR (IC95%) del cuarto cuartil con respecto al primero de 1,46 (1,42-1,50), 1,80 (1,78-1,83), 1,58 (1,55-1,60) y 0,57 (0,51-0,63) respectivamente. La tendencia descendente desapareció al ajustar por las variables explicativas, lo que muestra que era debida al efecto de estas últimas. La variabilidad interanual explicada por los modelos fue del 92%.

Conclusiones: Tras décadas de incrementos continuados, la incidencia de hospitalización por IC experimentó un cambio de tendencia en el año 1997, asociado con el incremento del consumo de fármacos para prevención vascular y con el descenso en la prevalencia de tabaquismo. El descenso del 52% hubiera sido mayor si no se hubiese incrementado la prevalencia de peso excesivo. Los resultados muestran la eficacia de la prevención cardiovascular.