

LIBRO DE COMUNICACIONES DEL ENCUENTRO AMaSaP 2013

Madrid, 27 noviembre de 2013

COMUNICACIONES ORALES CORTAS

15:30- 16:30h. Mesa de Comunicaciones cortas I. Vestíbulo. Planta baja

1. REPRESENTACIÓN, CONOCIMIENTOS Y VIVENCIAS DE LA ENFERMEDAD DE CHAGAS EN MUJERES BOLIVIANAS QUE VIVEN EN MADRID. ESTUDIO CUALITATIVO

Lucía García San Miguel y Teresa Blasco: Centro Nacional Medicina Tropical Hospital Puerta de Hierro. Madrid. Miriam Navarro y Bárbara Navaza: Fundación Mundo Sano. Madrid

Antecedentes/Objetivos: España es el país europeo con mayor número de casos de Chagas. El 80% de los diagnósticos se realizan en bolivianos. Se estima que el infradiagnóstico alcanza el 90%. El objetivo es explorar la representación, los conocimientos y vivencias de la enfermedad de un grupo de mujeres bolivianas con Chagas en Madrid, con objeto de utilizar los resultados en actuaciones de salud pública.

Métodos: Estudio cualitativo basado en la teoría fundamentada, realizado en 2013, mediante 11 entrevistas semiestructuradas y 2 grupos triangulares. Se efectuó triangulación del proceso y resultados, por tres investigadoras.

Resultados: la enfermedad se representa como algo que afecta a muchos pero se manifiesta en pocos y después de muchos años. Cuando da la cara produce muerte súbita por fallo del corazón o alteración del intestino. Existe la creencia generalizada de que es mejor no saber que se tiene porque si se sabe la enfermedad crece. Los conocimientos sobre la transmisión se centran fundamentalmente en la picadura de la vinchuca, siendo menos mencionada la transmisión vertical y por transfusiones. Saben que el diagnóstico se hace con una prueba de sangre pero a veces creen que sale en un análisis cualquiera, o que se puede detectar en orina o heces. Respecto al tratamiento saben que no es curativo pero que frena y es más efectivo en los niños y en la enfermedad poco avanzada. Prevalece el sentimiento de tranquilidad e indiferencia, con escasa percepción de riesgo, especialmente en mujeres asintomáticas. Cuando hay síntomas, familiares enfermos o una mayor información, existe la preocupación por el acortamiento de la vida, los problemas de corazón o los hijos. Los motivos que alegan son: la posibilidad de haberles podido transmitir la enfermedad y el hecho de no poder cuidarles. La indiferencia y la escasa percepción de riesgo en ocasiones conducen a la decisión de no tomar el tratamiento.

Recomendaciones / Conclusiones: la representación de la enfermedad de Chagas que tienen las mujeres bolivianas que viven en Madrid es que se trata de un problema que afecta a muchos de sus paisanos y que normalmente no da síntomas, lo que hace que la percepción de riesgo por la enfermedad sea muy baja. Esto, unido al miedo a saber si se tiene la enfermedad, puede estar condicionado el elevado infradiagnóstico. El conocimiento de este grupo de mujeres, afectadas por la enfermedad es bueno. La vivencia de la enfermedad está entre la indiferencia o la preocupación, estando muy condicionada por la presencia de síntomas o la cercanía de alguna persona enferma de Chagas. Estudios de este tipo son fundamentales a la hora de diseñar programas e intervenciones de salud pública.

2. DESIGUALDADES SOCIOECONÓMICAS EN MORTALIDAD POR CÁNCER DE PULMÓN EN LA COMUNIDAD DE MADRID: EVOLUCIÓN CON EL CAMBIO DE SIGLO

Ana Gandarillas, Felicitas Domínguez-Berjón, María José Soto, Isabel Marta, María Ordobás. DG Atención Primaria. DG Ordenación e Inspección. Consejería Sanidad. Comunidad de Madrid. Financiación: FIS: PI081017

Antecedentes / Objetivos: Describir la evolución de las desigualdades socioeconómicas en la mortalidad por cáncer de pulmón en población \geq a 20 años, en dos periodos de 7 años, por sexo.

Métodos: Estudio ecológico de tendencias en la mortalidad entre 1994 y 2007 en residentes en la Comunidad de Madrid (CM). Los datos proceden del Registro de Mortalidad del Instituto de Estadística regional. Se comparan dos periodos: 1994-2000 (P1) y 2001-2007(P2). Los fallecidos por sección censal de P1 (n° secciones=3697) y de P2 (n° secciones=3906) se agregaron por quintiles de privación socioeconómica. Para P1 la población e indicadores socioeconómicos por sección censal son del padrón de 1996 y para P2 del censo de 2001. El índice de privación es el elaborado en el proyecto MEDEA a partir de 5 indicadores simples mediante análisis de componentes principales. Se obtienen los RR de mortalidad y sus IC(2.5-97.5) por quintiles en cada periodo, sexo y grupo de edad (\geq 20, 20-39, 40-59, 60-79, \geq 80), tomando como referencia el de menor privación (Q1), mediante modelos GMRF (Gaussian Markov Random Fields), concretamente modelo BYM y procedimiento INLA (Integrated Nested Laplace Approximation) suponiendo una distribución de poisson para los casos observados. Se calcula y se compara entre periodos la razón de mortalidad estandarizada para cada quintil según sexo.

Resultados: En ambos periodos se observa asociación positiva entre privación socioeconómica y mortalidad en hombres e inversa en mujeres. En cuanto a evolución los RR (IC) para hombres son: P1: Q2=1.05 (0.98-1.12); Q3=1.12(1.05-1.20);Q4=1.17(1.09-1.25); Q5=1.38(1.29-1.48) y P2: Q2=1.16 (1.09-1.24); Q3=1.25(1.18-1.34);Q4=1.33(1.26-1.43); y Q5=1.52(1.44-1.63); en mujeres: P1: Q2=0.73(0.63-0.84); Q3=0.64(0.55-0.76); Q4=0.64 (0.54-0.76);Q5=0.57(0.49-0.69); y P2: Q2= 0.82(0.72-0.93);Q3=0.75(0.66-0.87); Q4=0.76 (0.67-0.88); Q5=0.75(0.65-0.87). La razón de mortalidad estandarizada de P2 respecto a P1 muestra una mejora estadísticamente significativa en el quintil más favorecido en hombres y un empeoramiento en el quintil más desfavorecido en mujeres.

Recomendaciones / Conclusiones: Coincidiendo con el cambio de siglo y un momento de bonanza económica sin precedentes, observamos incrementos significativos en las desigualdades socioeconómicas en mortalidad por cáncer de pulmón en hombres, mientras el patrón inverso en mujeres tiende a desaparecer. Se confirma en mortalidad el patrón descrito para la prevalencia de tabaquismo según nivel socioeconómico y sexo. Se constata la conveniencia de actuaciones preventivas en la lucha contra el tabaquismo reforzadas en los grupos socioeconómicamente más desfavorecidos.

3. VIGILANCIA DE LA VIOLENCIA DE PAREJA EN JÓVENES

Myrian Pichiule, Ana Gandarillas, Lucía Díez-Gañán, Michela Sonogo, María Ordobás. Servicio de Epidemiología. Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención. Dirección General de Atención Primaria. Madrid

Antecedentes / Objetivos: Determinar la prevalencia de violencia de pareja en chicas y chicos con pareja en los últimos 12 meses, según los principales factores sociodemográficos, conductas y factores de riesgo para la salud en la Comunidad de Madrid, 2011-2012.

Métodos: Los datos proceden del SIVFRENT-J, realizado a una muestra representativa de la población escolarizada de 4º curso de la ESO. Se preguntó por violencia de pareja en los últimos 12 meses: ¿Alguna vez el chico o la chica con el/la que estás o estabas saliendo te dio una bofetada, patadas, o te lastimó físicamente de alguna manera? (violencia física (VF)) y ¿Alguna vez el chico o la chica con el/la que estás o estabas saliendo te impuso conductas de tipo sexual que tú rechazabas? (violencia sexual (VS)). Se consideró víctima de algún tipo de violencia física y/o sexual (VFS) cuando respondieron afirmativamente a cualquiera de ellas. Se analizó la información de 2011 y 2012. El cálculo de las prevalencias y sus intervalos de confianza al 95% (IC) se realizaron con el módulo Survey Data de STATA v.11.0.

Resultados: Se incluyeron 1.713 chicas y 1.664 chicos. La prevalencia de VF fue 2,9% (IC 2,0-3,9) en chicas y 4,0% (IC 2,9-5,0) en chicos, la VS 5,3% (IC 4,1-6,5) y 2,4% (IC 1,6-3,2) ($p < 0,001$) y la VFS 7,1% (IC 5,6-8,6) y 5,1% (IC 4,0-6,3) ($p < 0,05$) respectivamente. En chicas, la prevalencia de VFS fue más alta entre aquellas con: percepción de imagen corporal distinta a normal (9,5% IC:5,6-13,6 en delgadas/muy delgadas y 8,7% IC:6,2-11,2 entre aquellas con sobrepeso/obesidad), desórdenes alimentarios (12,9% IC: 8,9-16,8), conductas sexuales de riesgo (CSR) (12,5% IC:8,2-16,9), consumo de tabaco (10,1% IC: 7,0-13,2), consumo de alcohol de riesgo (8,6% IC:6,8-10,3), consumo de drogas (10,4% IC:6,9-14,0), salud percibida distinta a buena/muy buena (12,4% IC:7,4-17,5) y con malestar psicológico (11,3% IC: 7,5-15,1).

En chicos, la prevalencia de VFS fue mayor en: 17 años (7,6% IC:5,3-10,0), extranjeros (9,5% IC:6,2-12,8), cuyas madres no trabajan fuera de casa (7,4% IC:4,6-10,1), con bajos resultados escolares (7,4% IC:4,8-10,0), desórdenes alimentarios (15,2% IC:7,7-23,3), CSR (11,6% IC:7,5-15,7), consumo de tabaco (7,9% IC:5,2-10,5), consumo de alcohol de riesgo (7,1% IC:5,3-8,8), consumo de drogas (10,2% IC:6,6-13,8) y con salud percibida distinta a buena/muy buena (9,8% IC:5,2-14,4).

Recomendaciones / Conclusiones: La prevalencia de VF fue similar en chicas y chicos, a diferencia de la prevalencia de VS y VFS que predominó en chicas. La violencia de pareja se asocia más que a las características sociodemográficas a otras conductas de riesgo para la salud por lo que sería necesario realizar un abordaje de prevención integral. La vigilancia es fundamental para conocer la magnitud del problema y monitorizar intervenciones.

4. INDICADOR DE HACINAMIENTO EN ÁREA PEQUEÑA (SECCIÓN CENSAL) DE LA CIUDAD DE MADRID Y SU REPRESENTACIÓN CARTOGRÁFICA

*Alfonso Antona Rodríguez, Manuel García Howlett, José Manuel Díaz Olalla
Instituto de Salud Pública. Madrid Salud.*

Antecedentes / Objetivos: Para el diseño de políticas públicas es fundamental encontrar indicadores de vulnerabilidad social que permitan identificar las áreas territoriales pequeñas (sección censal SSCC-) en zona urbana con mayores dificultades. En los últimos años se han utilizado algunos índices compuestos de privación social, como el del Proyecto MEDEA. Como es sabido, las mayores necesidades y problemas de salud se corresponden con zonas de mayor precariedad y privación social. Madrid Salud (Ayuntamiento de Madrid), con el objetivo de reorientar los servicios hacia aquellas SSCC y grupos de población con indicadores sociales y de salud más desfavorables, a partir de datos disponibles, ha elaborado algunos indicadores de privación social por SSCC. Probablemente entre los de mayor relevancia estén los que se refieren a las condiciones de la vivienda/residencia y en particular el hacinamiento. Se ha construido un indicador de hacinamiento y se ha representado cartográficamente.

Métodos: Hay distintas definiciones de hacinamiento. La OMS lo define a partir de 3 personas por habitación; la Fundación Estudios Ciudadanos otorga este título a las viviendas con un índice inferior a 21,05 m²/persona y el Estudio EDIS a aquellas por debajo de 10m²/persona de superficie útil. A partir de esta definición y como la media del Estado de m²/habitante en viviendas es de 30,4 m², hacinamiento significaría vivir en menos de 1/3 de esa media. En Madrid Salud, tras cruzar los datos del Padrón de Habitantes y los del Catastro del Municipio de Madrid de 2011 se ha calculado la superficie media de los edificios residenciales por habitante, tras agregarlas por aproximación postal primera (número de portal NDP-).

Resultados: De los 125.951 NDP existentes en el municipio, se descartaron 9.050 que o no son residenciales, o son de uso no familiar o están vacíos. Se trabaja por tanto con 116.029 NDP. Se distribuyen en diferentes rangos, obteniéndose 35.981 (31%) entre 20 y 30 m²/habitante; 14.511 (12%) entre 10 y 20 m²/h y 1394 (1,2%) con 10 m²/h o menos. Los datos obtenidos se incorporaron a un Sistema de Información Geográfico (SIG) se agrupan por SSCC y se representan cartográficamente.

Recomendaciones / Conclusiones: En la representación cartográfica se aprecia que este indicador se distribuye de forma similar en la ciudad al de otros que demuestran precariedad social, como corresponde a una variable muy ligada a las condiciones de vida e ingresos familiares. Recogida la información y reflejada en mapas, se difunde entre los Centros Municipales de Salud (CMS) con el objeto de facilitar el trabajo comunitario que realizan.

5. EFECTO DE LA RETIRADA DE LA VACUNA DEL NEUMOCOCO DEL CALENDARIO VACUNAL INFANTIL, SOBRE LA COBERTURA DE VACUNACIÓN EN LA COMUNIDAD DE MADRID

*María Alonso Carrasco, Teresa De la Hueriga Fernández-Bofill, José Luis Cantero Real, Consuelo Febrel Bordejé, Ana M^a Mateos Granados.
Enfermeras Internas Residentes de Enfermería Familiar y Comunitaria. Servicios Territoriales de Salud Pública. Comunidad de Madrid.*

Antecedentes/Objetivos: En 2006 se incorporó la vacuna del neumococo al calendario vacunal de la Comunidad de Madrid (CM), y en 2012 se dejó fuera. Esto significó que a los niños nacidos a partir del 10 de mayo de 2012 no se les administró dicha vacuna gratuitamente. La Asociación Española de Pediatría recomienda la administración de 4 dosis en menores de 2 años. El objetivo es comprobar si, con la retirada de esta vacuna, existen diferencias significativas en la cobertura vacunal en el total de la CM, y en distritos sanitarios según criterios socio-económicos.

Metodos: Se comparan las coberturas vacunales (porcentaje) de la primera dosis de vacuna de neumococo que se administra a los dos meses de edad en dos cohortes de niños nacidos en la CM. La cohorte 1 incluye los 69.349 niños con tarjeta sanitaria (TS) nacidos entre 10/5/2011 y 9/5/2012 y la cohorte 2 formada por los 63.864 niños con TS nacidos entre 10/5/2012 y 9/5/2013, período en que la vacuna se encontraba fuera de calendario. Los periodos comparados fueron del 10/7/2011 a 9/7/2012 y 10/7/2012 a 9/7/2013. Se analizan los datos obtenidos del registro de vacunas en centros sanitarios públicos de la CM (SISPAL), utilizando el programa EPIDAT 3.1. y se comparan las diferencias de proporciones para el total de la CM antes y después de la exclusión de calendario, así como coberturas en distritos sanitarios seleccionados según los criterios socio-económicos del Mapa de Riesgo de Vulnerabilidad de la CM, en tres distritos con índice de privación >1 y tres con índice de privación <1.

Resultados: Diferencia de cobertura vacunal en el total de la CM y comparación entre algunos distritos sanitarios con diferente nivel socio-económico.

En la cohorte 1 la cobertura vacunal fue del 82,96% mientras que en la cohorte 2 de 74,59% con una diferencia del 8,55% y un IC (7,8-9,3).

Por distritos sanitarios encontramos diferencias estadísticamente significativas en la cobertura vacunal de los distritos de Vallecas, San Blas y Villaverde, no siendo así en los distritos de Salamanca y Majadahonda.

Conclusiones: La retirada de la vacuna de neumococo del calendario vacunal ha reducido la cobertura vacunal en recién nacidos en el total de la CM. Además también se observa una menor cobertura en los distritos sanitarios con más bajo nivel socioeconómico.

6. DEFINICIÓN DE ZONAS DE INTERVENCIÓN PRIORITARIA PARA LOS CENTROS MADRID SALUD: CAMBIOS METODOLÓGICOS Y VULNERABILIDAD

José Manuel Díaz Olalla, Carmen María León Domínguez, María José González Ahedo, Manuel García Howlett.

Instituto de Salud Pública. Madrid Salud (Ayto. de Madrid). Dirección General.

Antecedentes / Objetivos: Orientar el trabajo de salud hacia la disminución de las desigualdades requiere la visualización de las mismas. En Madrid Salud se trabaja hace años en la identificación de áreas pequeñas con criterios de vulnerabilidad social en la ciudad. En 2010 se hizo una selección de estas Zonas de Intervención Prioritaria (ZIP1) con información disponible y en 2013, con variables diferentes, se han vuelto a identificar (ZIP2). Este estudio pretende determinar las concordancias halladas entre ambas listas y representarlas cartográficamente.

Métodos: Las ZIP se definen según dos tipos de variables en las secciones censales (SSCC), unas denominadas de mala situación socioeconómica (MSE) y otras como de exceso de mortalidad (EM)?. Al no estar disponibles las mismas variables en ambos periodos no es posible remedar la misma composición. En el caso de las ZIP1 se identificó las que estaban en MSE como aquéllas que presentaban menos del 32,09% de la población de estrato alto en la clasificación de Condición Socioeconómica del Censo de 2001, y las de EM como las que tenían una probabilidad de RR de Mortalidad General superior a 1 en relación a la de España de 2001 (MEDEA I). Pero la MSE del ZIP2 se ha definido como menos de un 13,84% de la población de 30 a 64 años con estudios por encima de secundarios, mientras que el EM se concretó como una probabilidad de RR de Mortalidad General superior a 1 sobre la de la Comunidad de Madrid en el periodo 2001-2007 (MEDEA II). En ambos casos en las SSCC seleccionadas como ZIP se determinaron tres categorías de severidad a partir de una cierta combinación de ambos tipos de variables. Categoría 1: MSE+EM; 2: sólo EM; y 3: sólo MSE. Se analizan las concordancias según el coeficiente kappa.

Resultados: En 2010 se seleccionaron 657 SSCC (27,08%) como ZIP1, mientras que ahora hemos seleccionado 521. El cambio más llamativo se aprecia en las SSCC que son caracterizadas como con EM: entre las ZIP2 son 121 mientras que en las ZIP1 fueron 220. La concordancia entre SSCC seleccionadas como ZIP1 y ZIP2 es alta: 0,689 ($p < 0,05$). La concordancia entre SSCC con MSE en ambas clasificaciones también es alta (kappa de 0,479, $p < 0,05$), siendo algo menor la que se observa entre las que ostentan el rasgo de EM (0,391, $p < 0,05$). Las peores concordancias aparecen en ambos análisis entre SSCC con MSE y EM, estando siempre por debajo de 0,2 el coeficiente kappa. Todos los cruces referidos mostraban asociación estadísticamente significativa (valores de Ji^2 con $p < 0,05$).

Recomendaciones / Conclusiones: Para definir las ZIP para el trabajo comunitario de los CMS se han tomado distintas variables de MSE y de EM en el análisis de 2010 y de 2013. Comparar ambos resultados y representarlos en un mapa alerta sobre la validez de la metodología y la evolución de la vulnerabilidad poblacional en las SSCC de la ciudad de Madrid.

7. PERCEPCIÓN SOBRE LA IMPORTANCIA DEL RESPETO A LA CONFIDENCIALIDAD EN LA TOMA DE DECISIÓN DE INTERRUMPIR EL EMBARAZO EN JÓVENES

Madrid Gutiérrez J, Polentinos Castro E, Santamaría Sánchez I, Escarpa Berza E, Merodio Cuadra C, García-Onieva Artázcoz M, Parra Martínez I, Torres del Valle J, Martín Perpiñán C.

CMS Joven (Madrid Salud-Ayto. Madrid), U.D.N.GAP Madrid, CS. Entrevías SERMAS, CS. Barrio del Pilar SERMAS, James F. Drane Bioethics Institute, Edinboro University of Pennsylvania. USA, CMS Fuencarral (Madrid Salud-Ayto. Madrid).

Antecedentes / Objetivos: Las interrupciones voluntarias del embarazo (IVE) entre 15 y 19 años siguen siendo altas. En las adolescentes la confidencialidad, contarle a los padres o a la pareja, juega un papel muy importante que puede condicionar la toma de decisiones. La necesidad de someterse a una IVE se acompaña de un considerable sufrimiento para la mujer y, especialmente en el caso de las adolescentes. Objetivo: Conocer la opinión de las adolescentes sobre su capacidad para tomar decisiones en la IVE, y la confidencialidad respecto a ello con su pareja y los padres en el marco de la nueva ley.

Métodos: Diseño transversal descriptivo, realizado entre el 1-1-2012 y el 30-6-2013, aprobado por el Comité de Ética de Investigación Clínica del Hospital La Paz. Consta de: Fase cuantitativa: encuesta y Fase cualitativa: entrevista en profundidad. Población diana: mujeres de la Comunidad de Madrid, de 16-17 años en momento de la IVE, que acuden a revisión post-intervención. Muestreo consecutivo.

Se describe la primera fase del estudio: encuesta semi-estructurada auto administrable diseñada por los investigadores, cumplimentada por jóvenes que acudieron a consulta post-IVE, a dos Centros Madrid Salud del Ayuntamiento de Madrid (CMS Joven y CMS Fuencarral). Variables: sociodemográficas, de opinión de las adolescentes sobre confidencialidad, y sobre conocimiento de la ley. Estadística descriptiva.

Resultados: 37 jóvenes encuestadas. 39% españolas. El 81% se lo contó a la pareja. El 60% contaron con la opinión de las parejas y 60% tomaron la decisión entre los dos, considerando el 56% muy importante su participación. El 70% se lo volvería a contar a la pareja. El 47,1 % se lo comunicó a los padres, el 62,5% de éstas se lo volvería a decir. El 78% se sienten maduras suficientemente para tomar solas la decisión de la IVE y el 81% opinan que la confidencialidad es un derecho. 48% conocía la ley de IVE, pero en poca medida (67%).

Recomendaciones / Conclusiones: A pesar de la limitada muestra, se pone de relieve el deseo de preservar su intimidad y tomar la decisión de forma libre. En general se han sentido apoyadas por sus parejas, considerando la opinión de él en la toma de decisión sobre la IVE, Mayoritariamente las chicas se sienten maduras suficientemente como para tomar la decisión de la IVE y opinan que la confidencialidad es un derecho. Interés para la jornada. Los profesionales sanitarios y los educadores juegan un importante papel como mediadores debiéndose crear espacios que faciliten una adecuada, respetuosa y tolerante comunicación entre las parejas de adolescentes y con los padres. Esta investigación aporta varios elementos relevantes: la incorporación de la bioética al ejercicio profesional y a las intervenciones en salud pública; la coordinación de diferentes recursos institucionales y profesionales en el proceso de la investigación y el conocimiento necesario sobre un problema de salud en un programa de promoción de la salud en la adolescencia.

8. EPIDEMIA DE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA MESOAMERICANA: UNA GRAVE CRISIS DE SALUD PÚBLICA

Oriana Ramírez Rubio. Universidad Autónoma de Madrid

Antecedentes / Objetivos: Una epidemia muy prevalente y letal (segunda causa de muerte en hombres adultos jóvenes en El Salvador) de Enfermedad Renal Crónica (ERC) de causas desconocidas, denominada recientemente Nefropatía Mesoamericana (NeM), se extiende probablemente desde el Sur de México a Panamá. La autora de esta comunicación estudia desde 2009 con la Universidad de Boston (UB) esta enfermedad en el contexto de un proceso de mediación entre una compañía de la caña de azúcar y ex-trabajadores y sus familiares en Nicaragua, siendo este el tema de su tesis doctoral. El objetivo de esta comunicación es relatar la experiencia sobre esta investigación, su contexto, actores, principales resultados y recomendaciones basadas en la evidencia.

Métodos: Se describirá la epidemiología de la enfermedad basándose en datos de mortalidad desagregados por sexo y edad, así como una revisión de los resultados de las investigaciones de la región (7 estudios de prevalencia, algunos con casos-controles anidados, un estudio de seguimiento de trabajadores, un estudio cualitativo con personal de salud y una pequeña serie de biopsias). Asimismo se enumerarán las diferentes hipótesis causales hasta la fecha.

Resultados: NeM está presente en comunidades dedicadas a la agricultura, minería, y trabajadores portuarios presentan prevalencias de ERC elevadas, particularmente aquellas comunidades pobres y localizadas a nivel del mar en la Costa del Pacífico. Al contrario de la típica distribución de ERC, NeM afecta principalmente a hombres jóvenes de 20-40 años. Las mujeres, aunque se encuentran menos afectadas, también presentan una distribución similar a los hombres (ej. mayor prevalencia en comunidades localizadas a menor altitud). Se teoriza sobre si la enfermedad podría ser multifactorial, con factores de riesgo (susceptibilidad, iniciación y/o progresión) que incluirían: exposición al calor y trabajo manual intenso (depleción de volumen crónica), metales pesados como cadmio, o a arsénico, agroquímicos, enfermedades infecciones sistémicas como la leptospirosis, el uso crónico de medicamentos potencialmente nefrotóxicos, tales como antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) o antibióticos aminoglucósidos.

La investigación llevada a cabo por UB fue financiada por la CAO del Banco Mundial (defensoría del pueblo), agente mediador. Las opiniones aquí reflejadas son propias de la autora.

Recomendaciones / Conclusiones: Son necesarias respuestas multinivel de salud pública con un enfoque eco-social que no pueden esperar a que se completen los esfuerzos para identificar las causas de NeM, especialmente porque el tratamiento no es de acceso universal y la pobreza y muerte prematura son elementos clave que han convertido esta enfermedad en una crisis de salud pública de dimensiones regionales. Se han dado pasos en este sentido (OPS acaba de reconocerla como epidemia grave de salud pública) pero será necesaria la coordinación de todos los actores y elementos creativos si queremos tener un impacto en un plazo razonable.

10. VIGILANCIA DE CASOS GRAVES HOSPITALIZADOS CONFIRMADOS DE GRIPE: UNA HERRAMIENTA PARA CARACTERIZAR LA GRAVEDAD DE LAS EPIDEMIAS

*C Delgado-Sanz, S Jiménez-Jorge, S de Mateo, A Larrauri.
Sistema de Vigilancia de Gripe en España, RENAVE. Centro Nacional de Epidemiología,
ISCIII. CIBERESP*

Antecedentes / Objetivos: A partir de la pandemia de 2009, se identificó a nivel global la necesidad de reforzar la vigilancia de las formas graves de gripe. En España se implementó la vigilancia de casos graves hospitalizados confirmados de gripe (CGHCG) al igual que en otros países de nuestro entorno. El objetivo de este trabajo ha sido estudiar las posibilidades de la vigilancia de CGHCG para ofrecer información sobre el patrón de gravedad de la epidemia gripal y su evolución en las tres temporadas post-pandémicas en España.

Métodos: A partir de la información proporcionada por la vigilancia de CGHCG en España, se analizaron las características de los pacientes infectados por virus A (H1N1) pdm09, AH3 y B, durante las tres últimas temporadas (2010-11/2012-13). Se comparan entre sí mediante pruebas no paramétricas, estimándose medidas de asociación crudas y ajustadas (OR) utilizando modelos de regresión logística no condicional. Asimismo, mediante análisis multivariante se determinaron los factores asociados con una mayor gravedad, considerando los casos más graves aquellos que ingresaron en UCI o fallecieron.

Resultados: De los 2.746 CGHCG incluidos en el análisis 1.732 fueron infecciones por virus A (H1N1) pdm09, 597 por virus AH3 y 417 por virus B. Los CGHCG por virus A (H1N1) pdm09 presentaban una mayor prevalencia de obesidad mórbida y mayor riesgo de sufrir complicaciones respiratorias que los casos por virus AH3 y B. Los factores asociados con una mayor gravedad de la infección gripal fueron la infección por virus de la gripe A (H1N1) pdm09, el sexo (hombre), tener 15-64 años y presentar uno o más factores de riesgo de complicaciones. Sin embargo la administración de la vacuna antigripal de la temporada se considera un factor de protección de evolución crítica o fatal de gripe.

Recomendaciones / Conclusiones: La vigilancia de CGHCG proporciona información relevante y oportuna sobre el patrón de la gravedad de las epidemias estacionales de gripe, identificando los grupos de riesgo para las formas graves de la enfermedad en España. Por ello constituye una valiosa ayuda en las políticas de control y prevención de la enfermedad. Además, su valor añadido en España radica en que ha logrado aunar la actividad de Vigilancia de la Salud Pública de dos ámbitos diferentes del Sistema Nacional de Salud: los servicios de Epidemiología y Salud Pública y la Atención Hospitalaria en las diferentes CCAA del estado español.

11. LA SALUD PÚBLICA EN LA INVESTIGACIÓN: EL CÁNCER DE MAMA COMO EJEMPLO

Marina Pollán, Beatriz Pérez-Gómez, Virginia Lope, Roberto Pastor Barriuso, Nuria Aragonés, Adela Castelló, Esther García-Esquinas, Pablo Fernández-Navarro, Gonzalo López-Abente, Ángeles Sierra; María Marín; María Lanza; Pilar Lucas; Eva Ferreras; Mario González; Elena Boldo; Javier García-Pérez; Rebeca Ramis; Marta Cervantes; Cristina Linares; Montse Terrés.

Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III

Antecedentes/Objetivos. Con más de 1,4 millones de nuevos diagnósticos al año en el mundo y 26000 en nuestro país, el cáncer de mama femenino es un importante problema de salud pública.

El objetivo de esta comunicación es describir la importancia de la investigación en prevención y en cambio de hábitos en el contexto de esta enfermedad y compartir algunas de las experiencias de nuestro grupo.

Métodos: Exploraremos qué significa la investigación transnacional en salud pública, tomando siempre como ejemplo el cáncer de mama, en el que nuestra unidad tiene una trayectoria de investigación en colaboración con diferentes grupos y redes.

Revisión de la situación del cáncer de mama en España. Descripción de los principales elementos que, desde el punto de vista de salud pública, deberían incluirse en la investigación sobre este problema con una perspectiva de salud pública.

Resultados: La visión de salud pública extiende la definición de investigación transnacional “del laboratorio al enfermo” para incluir a la comunidad. En la práctica, supone incluir objetivos de investigación relevantes en salud pública:

¿Cómo es la situación en nuestro país?

¿Es posible adaptar el cribado en función de los factores de riesgo?

¿Cómo predecir quién desarrollará cáncer de mama? ¿Sirven los modelos desarrollados en otros países en nuestro contexto?

¿Qué exposiciones o hábitos modulan el riesgo de desarrollar esta enfermedad?

¿Qué pueden hacer las mujeres con cáncer de mama para contribuir a mejorar su pronóstico?

Nuestro grupo, en el Centro Nacional de Epidemiología, desarrolla líneas de investigación que pretenden contribuir a responder estas preguntas.

Recomendaciones/Conclusiones: Incluir la salud pública en todas las políticas, también en la priorización de la investigación, supone reflexionar sobre qué es y en qué se ha convertido la investigación translacional. En el cáncer de mama, además de centrar los esfuerzos en mejorar el diagnóstico y el tratamiento, es necesario continuar investigando sobre sus causas, pero también sobre los mecanismos para acelerar la transferencia del conocimiento a la sociedad y sobre cuáles son las mejores estrategias para facilitar, de forma individual y colectiva, un estilo de vida más saludable.

COMUNICACIONES ORALES CORTAS

16:30- 17:30h. Mesa de Comunicaciones cortas II. Vestíbulo. Planta baja

12. ACTIVA TU VIDA: EL OPTIMISMO COMO MOTOR DE CAMBIO.

Juan Cruz González. DiotOcio. Pozuelo de Alarcón. Madrid

Antecedentes/Objetivos: Programa desarrollado durante 3 años en el Espacio Pozas de Cruz Roja y activado para equipo de trabajadores sociales de Casino de la Reina, asociaciones y ciudadanos de Lavapiés.

Objetivos: Crear espacio de encuentro desde la base de la Psicología positiva entre ciudadanos y profesionales.

Potenciar el apoyo mutuo, motivación, empoderamiento Impulsar optimismo y actitudes positivas para el bienestar y mejora de la salud.

Métodos: Dinámico y participativo que favorece la interacción de los participantes. Que los propios participantes desde sus recursos den a conocer sus iniciativas y participen creativa y activamente en el programa.

Resultados: Han sido satisfactorios y evolucionado en IV fases ACTIVA TU VIDA I formación; se dieron a conocer y trabajaron con los recursos de la Psicología Positiva: optimismo, humor, felicidad, altruismo, creatividad, resiliencia, y otros de interés como danza terapia, teatro social, II Espacio de encuentro y de apoyo en grupo abierto, III JORNADAS abiertas al público en general IV Formación de profesionales y asociaciones.

Recomendaciones / Conclusiones: Está siendo un recurso válido de apoyo a las personas en situación de crisis y a nivel comunitario.

13. PROGRAMA DE REDUCCIÓN DE LA ANSIEDAD PARA PERSONAS DE DESEMPLEADAS

Emma Lourenço Núñez, M^a José García Rodríguez, Raquel M^a Guevara Ingelmo, Antonio Calvo Sánchez

Escuela Universitaria de Magisterio Fray Luis de León. Valladolid.

Antecedentes / Objetivos: Actualmente, existen indicios de que los trastornos mentales y físicos relacionados con el desempleo empeoran con el tiempo, a medida que pasan los meses, después del despido. La falta de subsidio o seguro de desempleo, y el desempleo de larga duración, son los factores más negativos para la salud, según los informes.

Los trastornos psicológicos van minando progresivamente el sistema inmunológico humano y predisponen al organismo a sufrir dolencias que van desde la úlcera, la colitis y las cefaleas, hasta las cardiopatías y el asma. Los niveles de aspiración, la participación positiva y el sentido de autonomía de la persona se ven afectados negativamente por el desempleo. Aquellas personas que están desempleadas pasan por una de las experiencias más traumáticas de su vida. El desempleado enfrenta un creciente riesgo de tener conductas adictivas (como el abuso de alcohol). La larga lista de trastornos asociados a la inactividad laboral, ha originado un nuevo término médico: el "síndrome del desempleado".

Para algunos expertos, el simple riesgo de ser despedido reduce la resistencia a padecer cualquier enfermedad, aunque la falta de subsidio o seguro de desempleo, y la baja laboral de larga duración, son los factores más negativos para la salud.

El objetivo fue reducir la ansiedad de las personas participantes en el taller; dotar de estrategias para que asuman de manera adaptativa la situación de desempleo; dotar de estrategias de asunción de la nueva condición de vida; tratar de reestructurar las cogniciones negativas hacia sí mismos y hacia el mundo que les rodea.

Métodos: El programa se divide en diferentes talleres teórico-prácticos con un número limitado de usuarios. Los talleres son impartidos por una psicóloga con experiencia en inserción sociolaboral.

Resultados: El programa tuvo un índice de retención del 99% de los usuarios. Se evaluó tanto el grado de satisfacción con el taller como el impacto sobre su salud mental. Grado de satisfacción con el taller: El 100% de los participantes dice que lo que más resaltaría de lo aprendido en el curso son dos cosas:

- Sorpresa al conocer información, nueva para mí sobre los peligros de no cuidar mi salud física y psicológica en mi situación de desempleo.

- Reflexión al darme cuenta de que soy persona más allá de tener o no trabajo. El 86% alude que están preocupados sobre cómo estará afectando a mi familia mi situación de desempleo, e interés por qué puedo hacer yo al respecto para mejorar el ambiente familiar.

Ningún integrante del grupo valoró el taller como indiferente o como una pérdida de tiempo.

Impacto sobre su salud mental: Se les pasaron dos pruebas pre-post, una de ansiedad y otra de depresión. El 93% de los participantes presentaron puntuaciones que revelaban una ansiedad media/alta, habiendo tres participantes con un rango de ansiedad alto/muy alto. Los porcentajes bajaron en ambas pruebas al pasar el post-test.

Tras el seguimiento realizado por las trabajadoras sociales de los Centros de Acción Social a los que pertenecían los diferentes grupos de participantes, valoraron una disminución de la medicación ansiolítica en algunos de los participantes. Dos de los participantes encontraron trabajo a lo largo del curso.

Recomendaciones / Conclusiones: El riesgo de problemas de salud mental graves en personas desempleadas aumenta significativamente y de manera proporcional al tiempo en situación de desempleo. Otro factor de riesgo que hemos observado es la falta de apoyo social; podemos decir que las personas con apoyo social (familia, amigos) retrasan posibles problemas de salud mental. Por apoyo social, también podemos entender el brindado por las instituciones, sobre todo, por aquellas destinadas a la orientación laboral. Hasta hace poco

tiempo, estos recursos han estado encaminados al apoyo a la búsqueda de empleo, pero hemos constatado que la realidad se va imponiendo y que hay que ir adaptándose a ella. Existe un gran número de personas, mayores de 45 años (y sobre todo, entre 55 y 60) que han perdido su empleo y que probablemente no vayan a volver a trabajar. Estas personas no están solamente preocupadas por la situación económica en la que se pueden llegar a encontrar porque, hasta ahora, se les están ofreciendo ayudas a pesar de que se les termine la prestación por desempleo. No estamos hablando sólo de ¿quedarse en paro?, sino de acomodarse a un nuevo rol ¿forzoso?, en el cual el hombre tiene que quedarse en casa para realizar tareas que probablemente no ha hecho nunca, y con las que le invaden sentimientos de fracaso e inutilidad. Todo esto puede llevar a problemas de abuso de sustancias (sobre todo alcohol) y a la automedicación, a problemas de pareja, con los hijos (que muchas veces sufren en silencio y sin entender demasiado las situaciones de tensión que se generan en casa). A la vista de los resultados y conclusiones nuestra recomendación es la necesidad de estudiar nuevas iniciativas en el sentido de prevenir problemas de salud mental en personas desempleadas, ya que se plantea como un problema inminente de salud pública.

14. SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DESDE EL ÁMBITO DE LA SALUD PÚBLICA MUNICIPAL.

Alfonso Antona Rodríguez, María Almudena de Andrés Domingo, María Dolores Hernández Martín.

Madrid Salud. Ayuntamiento de Madrid.

Antecedentes / Objetivos: El Programa de Salud Sexual y Reproductiva (PSSR), incardinado en la Estrategia Gente Saludable de Madrid Salud (Ayuntamiento de Madrid), tiene como uno de sus objetivos prioritarios, facilitar el acceso a los servicios de Salud Sexual y Salud Reproductiva (SSSR) a la población con mayor riesgo de exclusión y vulnerabilidad social.

Métodos: Para conseguir el objetivo, se han puesto en marcha, entre otras, acciones como: la creación de criterios técnicos específicos para la intervención en SSR con la población diana preferente (adolescentes y jóvenes, población extranjera, personas con discapacidad...), apertura de espacios de Asesoría Sexual (individual y grupal), establecimiento de sistemas de atención preferente a población en vulnerabilidad, Consultas de Consejo en ITS o disponibilidad de pruebas diagnósticas rápidas. Se priorizan las intervenciones en zonas con indicadores epidemiológicos más precarios. Se desarrollan acciones comunitarias de muy diversa índole. La Educación para la Sexualidad (ES) es una de las piedras angulares de las estrategias de promoción y prevención, trabajamos en espacios de educación formal y no formal, dando prioridad aquellas zonas y grupos con mayor vulnerabilidad. Se han creado materiales educativos de ES ad hoc, con y para los colectivos con necesidades específicas.

Resultados: En 2012, se atendieron en consulta individual 19.524 personas, de las que 4738 eran nuevas. Incremento el progresivo de población menor de 24 años (30,5% último cuatrimestre 2012 y un 34,2% en el primero de 2013) La población extranjera supone el 21,6% de las atenciones. Continúa la tendencia creciente en la actividad grupal: 675 personas en 2010, 980 en 2011 y 1082 en 2013. Conflicto de intereses: La presente comunicación muestra como programas de salud desde una perspectiva comunitaria y orientada a la población con mayor riesgo social, contribuye a paliar el impacto de la crisis en la salud de la población de Madrid.

Recomendaciones/Conclusiones: Cuando se trabaja con la comunidad y se prioriza a la población más vulnerable, disminuyendo las barreras de accesibilidad, aumenta la demanda y mejora la calidad de atención. La educación sexual específica diseñada y dirigida a colectivos en riesgo de exclusión social se ha mostrado como una herramienta altamente eficaz y eficiente.

15. UTILIZACIÓN DEL ETIQUETADO NUTRICIONAL POR LOS MADRILEÑOS

Leandro Prieto Castillo, Karimen León Flández, Ángeles Moya Geromini, Miguel Ángel Royo Bordonada.

Instituto de Salud Carlos III - Escuela Nacional de Sanidad, Hospital Clínico San Carlos-Madrid.

Antecedentes / Objetivos: Describir el interés, comprensión y utilización del etiquetado nutricional por los consumidores y su relación con las características sociodemográficas.

Métodos: Estudio transversal sobre una muestra de 299 consumidores madrileños (tasa de respuesta 80,6%) elegidos al azar en 5 supermercados de las principales cadenas de la ciudad. Los entrevistadores recogieron información sobre el interés, comprensión, utilización y actitudes frente al etiquetado nutricional mediante un cuestionario diseñado ad hoc. Se procedió al análisis de la distribución de frecuencias de las variables de interés, aplicando para la comparación de proporciones el test de la chi-cuadrado.

Resultados: El 38,8% de los consumidores consultan habitualmente el etiquetado nutricional antes de comprar (45% en mujeres vs. 30% en hombres; $p=0,029$), siendo la razón más frecuente seleccionar productos más saludables, con un 63,2%. La información que interesó a un mayor número de consumidores fueron los aditivos y la grasa (55% y 50% respectivamente). La falta de tiempo (31%) o interés (21,3%) y las dificultades de lectura (14%) fueron las razones más comunes para no consultar el etiquetado. El 52,4% de los consumidores refieren comprender totalmente el etiquetado nutricional, siendo el porcentaje superior en universitarios y jubilados. El 20,5% de los consumidores refieren utilizar habitualmente la información nutricional de la etiqueta para confeccionar su dieta.

Recomendaciones / Conclusiones: El interés, comprensión y utilización del etiquetado nutricional fueron relativamente elevados entre los consumidores madrileños, principalmente para seleccionar productos saludables. Sin embargo, hay dificultades para consultar la información y no siempre se consulta la que es más relevante, por lo que se requieren intervenciones para mejorar la comprensión y el uso del etiquetado nutricional, contribuyendo a facilitar elecciones más saludables.

16. PRIMEROS RESULTADOS DEL PROGRAMA DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA SALUD MENTAL (PSICOHIGIENE)

Esteban Carrasco Álvarez, Francisco Javier Segura del Pozo, Francisco José Cervilla Sánchez, Rosa María Simarro Villas, María Josefa Zomeño Schoendorff, María Dolores Claver Martín, Mercedes Campillos Alonso, Carmen María León Domínguez, María José González Ahedo, Juan Luis Esteban Paredes, Olga Borrego Hernando, Almudena Languin Rocha, Juan Fernández Alvarado, Sonsoles Martín Castilla, María del Mar Serrano Sánchez, Pedro Montejo Carrasco, Mercedes Montenegro, Rosa Terrón Marín, Emilia Isabel Torres Álvarez, Mercedes Velasco Irigoyen, María Pilar Baltasar Sánchez, Olga Villoria.

Madrid Salud, Ayuntamiento de Madrid.

Antecedentes / Objetivos: Los Programas Preventivos en Salud Mental disminuyen los suicidios, depresión, ansiedad y hospitalización. El Programa de Psicohigiene está en la “Estrategia Gente Saludable 2010-2015” de Madrid Salud. (Ayuntamiento de Madrid). Está en los 16 Centros Madrid Salud (CMS) y sus Centros de apoyo. Los profesionales de Salud Mental forman parte del resto del equipo de los CMS.

Objetivos: 1. Prevención primaria, secundaria y terciaria, actuando sobre los factores de riesgo y factores de protección adaptados a salud mental, con intervención individual, grupal y comunitaria, y estrategia poblacional y de riesgo. 2. Docencia universitaria en prácticas, convenios firmados con las Facultades de Psicología. Investigación en Prevención y Promoción de la Salud Mental. 3. Apoyo al resto de Programas de Prevención y Promoción de la Salud.

Métodos: 1. Diseño y gestión participativa del programa. 2. Formación en trabajo grupal. 3. Acuerdos con instituciones sanitarias, educativas, sociales y asociaciones (especialmente servicios sociales municipales). 4. Cambios en el sistema OMI y registro de actividades de salud mental. Se emplea metodología individual, grupal y comunitaria, empleando las siguientes técnicas de evaluación: Técnica de Observación Directa; Análisis Funcional de la Conducta; STAI; BECK; Cuestionarios de Evaluación, y Satisfacción; Comparación de Emergentes Iniciales y Finales del Proceso de Intervención. El sistema de evaluación único común con parte de escala CGI.GI.

Resultados: Datos del año 2012 (fuente: agenda, historia clínica de OMI y el registro de actividad grupal, y comunitaria): 1. Actividad individual: Número de usuarios que solicitan consulta en Salud Mental: 3.530. Número de citas solicitadas: 13.976. % de personas derivadas por los programas de los CMS: 43,6%. % de personas derivadas por los otros: 56,4%. El 80,2% de las personas atendidas que cumplimentaron el registro han mejorado en la adquisición de defensas frente a los trastornos mentales (ansiedad, depresión, etc.).

2. Actividad grupal: a) N° de grupos de prevención de la ansiedad, depresión y otros: 128, N° de participantes: 1.239. b) N° de grupos de Psicohigiene para mayores: 36, N° de participantes: 279. c) N° de grupos pertenecientes a los otros programas de promoción de la salud en los que participa salud mental: 209, N° de participantes: 2.441. 3. Actividad Comunitaria: N° de actividades comunitarias: 78. 4. Convenios y Acuerdos. Convenios firmados y acuerdos de colaboración con entidades universitarias e instituciones sociales, culturales y educativas.

17. INFORMACIÓN DE IVES EN CMS CIUDAD LINEAL

Gerechter Fernández S, Fernández López N, Pino Escudero M, Carrillo de la Cruz P, Beltrán Pita B, Granado Iglesias M, Álvarez Sánchez B.

Madrid Salud. Ayuntamiento de Madrid

Antecedentes / Objetivos: En los Centros Madrid Salud (CMS) hay un programa de Salud Sexual y Reproductiva que atiende planificación familiar. Históricamente se ha atendido a las usuarias que demandaban información sobre la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE). En la actualidad estos Centros están dotados de personal sanitario y una trabajadora social que asesora a las usuarias que han tenido un embarazo no deseado (en muchas ocasiones comprobado en el Centro). La historia se registra en un protocolo informatizado, si la usuaria quiere una IVE se le asesora de dónde puede ir e incluso se buscan los apoyos necesarios para la gestión de este proceso. **Objetivos:** Analizar la atención que prestamos a las usuarias que acuden a nuestro CMS, solicitando información sobre IVE. Otro objetivo tras la asesoría, es conseguir la adherencia a nuestro Centro de esta usuaria para que continúe con nosotros en Planificación Familiar. También se le brinda apoyo en el caso de que quiera seguir con el embarazo.

Métodos: Revisando el protocolo de IVE de nuestra base informatizada de usuarias atendidas por profesionales del CMS Ciudad Lineal, hemos recogido los datos que podrían servir de indicador de mejora en nuestra intervención. Para ello se ha diseñado una planilla de Excel en la que se recogen estas variables y hemos realizado un análisis con estadística básica.

Resultados: Desde diciembre de 2011 hasta la actualidad (agosto 2013), hemos atendido a 107 usuarias en el CMS de Ciudad Lineal, el 72,4% son extranjeras, de todas el 73 % solteras con una edad media de 24 años, siendo el 50% (52 usuarias) menores de 24 años. Han acudido en menos de 12 semanas de embarazo todas las usuarias, menos una. Los motivos registrados en el 99% de los casos, son económicos o personales. Habiendo registrado una violación y otros motivos en 6 usuarias. Del total de usuarias atendidas, el 27,1% se encuentran en paro, son estudiantes el 34,3% y el resto trabaja. El 45,8% tiene estudios hasta secundaria. Al analizar si tenían método anticonceptivo previo, detectamos que el 69,2% no utilizó ningún método, el 13,5% el preservativo y el 15,4% anticoncepción hormonal. Hemos atendido 69 postcoitales en estas usuarias, algunas en varias ocasiones, viniendo una usuaria once veces y 37 de ellas ninguna vez. El 8,7% (6 postcoitales) acudieron después del IVE. Volvieron al Centro para control post-ive 21,5%, pero utilizaron de nuevo nuestros servicios el 48,6%, de éstas, solicitaron Planificación Familiar el 41,12%, el resto solicitaron atención por nuestra trabajadora social.

Recomendaciones / Conclusiones: Aumentar la adherencia de usuarias a nuestro Centro después del IVE. Potenciar, más si cabe, la educación para la salud en nuestras jóvenes. Siendo un tema primordial, los métodos anticonceptivos y la sexualidad responsable, ya que casi el 70% no había utilizado ningún método anticonceptivo previamente. La edad media de usuarias atendidas que solicitan IVES es de 24 años, además, el 50% de estas usuarias son menores de esta edad. Por ambos motivos, consideramos que la intervención que realizamos en 3º y 4º ESO (15-16 años), es apropiada. En el caso de las personas extranjeras, que han acudido a nuestro centro solicitando esta información (el 72,4%), se debe hacer hincapié en el riesgo sociosanitario que supone un IVE.

18. FORMANDO AGENTES DE SALUD COMUNITARIA EN MADRID: EL CASO DE LA ENFERMEDAD DE CHAGAS

Miriam Navarro, Bárbara Navaza, Lucía García San Miguel, Teresa Blasco, Pilar Toribio, Ximena Gómez, Paloma Merino, Ana Pérez de Ayala, Anne Guionnet

Fundación Mundo, Centro Nacional de Medicina Tropical. Instituto de Salud Carlos III, Madrid. Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Madrid. Hospital Universitario Clínico San Carlos, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Antecedentes / Objetivos: España es el país europeo con mayor número de casos de enfermedad de Chagas. Un 80% de los diagnósticos se realiza en bolivianos. La enfermedad de Chagas puede transmitirse congénitamente y más del 60% de los casos estimados en España se dan en mujeres. Existe un infradiagnóstico del 90%. El objetivo es formar como agentes de salud en enfermedad de Chagas a madres afectadas de área endémica y residentes en Madrid para que ellas mismas desarrollen actividades comunitarias posteriormente.

Métodos: Un equipo multidisciplinar diseñó un programa formativo inicialmente de 12 sesiones sobre los temas: enfermedad de Chagas, otras enfermedades transmisibles, salud materno-infantil, funcionamiento del sistema sanitario, aspectos legales de la inmigración, comunicación y mediación intercultural, aspectos psicológicos de la enfermedad, asociacionismo. Las clases se impartieron en lugares de referencia que las alumnas debían conocer de primera mano: hospitales con consultas de Chagas, centros sanitarios con experiencia en la atención a inmigrantes, ONG, Centros de Participación e Integración de Madrid (CEPI), etc. Antes y después de la formación las alumnas cumplimentaron las escalas: BISS (aculturación), escala WHOQOL (calidad de vida) escala CAE (afrontamiento al estrés); y cuestionarios de conocimientos sobre enfermedad de Chagas y sobre salud materno-infantil.

Resultados: Entre abril y julio de 2013 se celebraron 19 sesiones de unas 2h de duración, incluyendo repasos y sesiones solicitadas por las alumnas. Cuatro mujeres de Bolivia (dos de Cochabamba, dos de Santa Cruz), media de edad 34,7 (rango 28-47 años) finalizaron el curso, con un aumento estadísticamente significativo de los conocimientos sobre enfermedad de Chagas y salud materno-infantil tras el curso. La evaluación de la formación por parte de las alumnas fue excelente.

Recomendaciones / Conclusiones: El curso concluyó satisfactoriamente para todos los implicados. En octubre comenzarán sus actividades comunitarias, inicialmente tuteladas, y se prevé que se forme una asociación de pacientes. La iniciativa será replicada en Barcelona en 2014. Consideramos que iniciativas de este tipo son fundamentales para desarrollar intervenciones de salud pública adaptadas y llegar de manera eficaz a determinados colectivos en riesgo.

19. EL CAMINO PARA GARANTIZAR EL ACCESO A LA SALUD DE LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE PROSTITUCIÓN DESPUÉS DEL RD 16/2012.

Pedro Campuzano Cuadrado, Irina Lenzi, David Montes Bentura, Silvia Zamorano Cubero, Sol Martínez Blanco, Laura López Cuevas

Médicos del Mundo.Madrid

Antecedentes / Objetivos: El proyecto de intervención social con personas que ejercen prostitución comenzó como un programa pionero en 1993 y se ha ido fortaleciendo y adaptando a la realidad social de cada momento desde entonces. Nuestra experiencia cotidiana, así como diversos informes internacionales, mostraban la dificultad del acceso normalizado al sistema público de salud de este colectivo y por ello se llevaba a cabo un intenso trabajo en este sentido. Sin embargo, esta situación ha empeorado dramáticamente desde la entrada en vigor del RD 16/2012.

Objetivo: Lograr el acceso normalizado al sistema sanitario público para las personas que ejercen la prostitución en el contexto del Real Decreto 16/2012.

Métodos: Esta actividad se realiza en el marco de un programa más amplio de intervención que incluye educación para la salud, empoderamiento social del colectivo y detección de víctimas de trata o de violencia de género.

La organización cuenta con una unidad móvil y un equipo formado por 20 voluntarios y 2 personas técnicas. Mediante el acercamiento directo en las zonas de ejercicio en calle, clubs y pisos se asesora a las personas que lo requieran sobre cómo tramitar su tarjeta sanitaria en los casos en los que esto sea posible.

Dentro de la organización también se dispone de un servicio especializado en el acceso al sistema sanitario en el nuevo contexto legal, el SIAD (Servicio de información, acompañamiento y denuncia), al que pueden derivarse casos de vulneración del derecho a la salud.

Resultados: Desde la entrada en vigor del nuevo Real Decreto se han atendido en nuestra intervención a 2417 personas en situación de prostitución, realizando 379 actuaciones en relación a la tramitación de tarjeta sanitaria y 157 respecto al uso del sistema público de salud. Se estima que cerca del 90% de las personas que ejercen prostitución son de origen extranjero. En nuestra muestra el 15% (363/2417) no tiene ninguna cobertura sanitaria. En un estudio cualitativo dentro del contexto de esta intervención se muestra cómo la nueva legislación aumenta la vulnerabilidad y las barreras para acceder a la salud de este colectivo.

Recomendaciones / Conclusiones: El nuevo marco legal a raíz del RD 16/2012 aumenta la vulnerabilidad y las dificultades para acceder de forma normalizada al sistema sanitario en un colectivo con problemáticas específicas de salud.

Deben continuarse las labores de denuncia de este marco legal que favorece la desigualdad. Esta comunicación tiene el interés de aportar una experiencia novedosa dado el reciente cambio legislativo y aunar la prevención y promoción de la salud con la intervención sobre desigualdades sociales en salud.

20. CENTRO JOVEN COMO MODELO DE INTERVENCIÓN EN LA PROMOCIÓN DE LA SALUD CON ADOLESCENTES

Juan Madrid Gutiérrez, María Dolores Hernández Martín, Carmen Merodio Cuadra, Inmaculada Segura López, Luis Álvarez Castel, M^a Soledad Carlavilla Sanz, Isabel Santamaría Sánchez, Estíbaliz Escarpa Besga, Pedro Zueco Pérez
CMS Joven (Madrid Salud-Ayto. Madrid)

Antecedentes / Objetivos: El Centro Madrid Salud Joven (CMSJ) se inaugura en noviembre de 2004 por el Ayuntamiento de Madrid. En 1995 se pone en marcha el Programa del Adolescente extendiéndose a los diferentes centros municipales. Después de diez años de experiencia se vio la necesidad de un centro monográfico como el que ahora os presentamos. La OMS establece la necesidad de crear servicios específicos de atención a jóvenes en salud sexual y salud reproductiva en una proporción de un servicio o centro por cada 100.000 jóvenes entre 15 y 24 años. La salud la abordamos de forma integral e interdisciplinaria y en el contexto de las interrelaciones dinámicas entre los tres sistemas básicos (biológico, psicosocial y ambiental) con el objetivo de dar respuesta a los problemas de salud de los adolescentes y jóvenes.

Métodos: El Centro Joven se configura como un espacio de información, asesoramiento, asistencia, educación para la salud, docencia, investigación y participación. Algunas de las características a tener en cuenta con respecto al tipo de servicio que vamos a dar son:

- Se atenderá a adolescentes y jóvenes hasta 20 años.
- Su ámbito de atención es todo el municipio de Madrid.
- Los profesionales estarán formados y con experiencia en trabajar con adolescentes cumpliendo los criterios del Programa.
- Se prestará especial atención a evitar las barreras que puedan dificultar su accesibilidad al centro: confidencialidad, ubicación, horario, gratuidad, atención de urgencias.
- Organización por áreas de trabajo del CMS Joven o Atención Salud sexual y reproductiva: Métodos anticonceptivos; Anticoncepción de urgencia; IVE; Consejo VIH; Sexualidad; Violencia de género; Educación maternal o Salud mental o Educación para la Salud o Participación comunitaria. Mesas de salud, prevención, coordinación movimiento asociativo o Formación e Investigación o Publicaciones. Documentación: Web, folletos POBLACION DIANA El CMS Joven va dirigido al conjunto de la población adolescente de 12 a 20 años, inclusive, del municipio de Madrid, 275.547 personas (8,8 % sobre el total de la población) y a los mediadores sociales (padres, profesores, animadores juveniles, etc.).

Resultados: Durante 2012 realizamos 10.126 atenciones. Acudieron 4.609 usuarios diferentes y 1972 adolescentes por primera vez. Más del 60% acuden a través de otros usuarios. De los jóvenes que acuden por primera vez el 38% demanda anticoncepción de urgencia; 21% anticonceptivos; 20% acuden por sospecha de gestación; 15,4% ITS; 3% salud mental y 2,4% IVE/postIVE. A nivel grupal realizamos 80 grupos, 170 sesiones en las que participaron 1607 adolescentes. El abordaje de situaciones sociales colectivas, ha favorecido el trabajo con los grupos de mayor vulnerabilidad a través de las ONG y entidades que trabajan directamente con adolescentes en el ámbito educativo no formal. Todo ello coordinado con las mesas de intervención social del distrito: salud, infancia y juventud, enredarse (género). Como programa de referencia en maternidad temprana hemos participado en las mesas de intervención familiar de Servicios sociales de los distritos de Villaverde; Centro; Moncloa-Aravaca; Tetuán y Chamberí; siendo miembros coyunturales de los equipos de Trabajo de Menores y Familia (ETMF) en la elaboración de Proyectos de Apoyo Familiar y la valoración- propuesta de Acogidas y Tutelas por parte de la C. de M.

Recomendaciones / Conclusiones: Nuestra experiencia recomienda la creación de estos centros para jóvenes y su coordinación con los recursos existentes tanto de atención primaria como comunitarios

21. TRABAJANDO LA EQUIDAD DESDE LA EXCLUSIÓN

*Beatriz Aragón Martín, Santiago Agudo Polo, Elena María Flores Preciado
Rosa María Calvo Fernández.
Servicio Madrileño de Salud.*

Antecedentes / Objetivos: Esta comunicación se basa en la experiencia de trabajo de una unidad de atención primaria concebida para aproximar los servicios sanitarios a población que vive en exclusión social y servir de puente entre esta población y la red normalizada de salud. Los objetivos de la comunicación son analizar los distintos niveles de cobertura de servicios de salud utilizando el modelo de Tanahashi (1978) y señalar estrategias de trabajo intersectorial en éste contexto de exclusión social.

Métodos: Basándonos en la experiencia de la unidad, identificamos las distintas coberturas específicas de servicios sanitarios en nuestro ámbito: la disponibilidad del servicio, accesibilidad, aceptabilidad y el contacto que finalmente genere una cobertura efectiva. Esto nos permite identificar las dificultades a distintos niveles y hacer propuestas específicas a cada uno de ellos. Asimismo presentaremos distintas estrategias de coordinación con las entidades e instituciones que trabajan en la zona para intentar abordar los determinantes sociales de la salud.

Resultados: La limitación del acceso al sistema de salud, universal y gratuito hasta septiembre 2012, estaba previamente limitada de facto para una gran parte de la población en situación de exclusión por distintos motivos, principalmente por no satisfacer los requisitos administrativos para obtener la tarjeta sanitaria individual (no tener empadronamiento, documentos identificativos, número de la seguridad social...) Desde 2007 hemos visto cómo aumentaban las dificultades para obtener TSI, al mismo tiempo que surgían distintas figuras administrativas que intentaban compensar esas dificultades (el documento de asistencia sanitaria o DAS, la tarjeta de embarazada, el menor titular...). La disponibilidad de servicios sanitarios también ha variado desde 2007, como se puede ver en el aumento de número de pacientes/médico de familia en el centro de salud de referencia. La accesibilidad sin embargo, ha sido similar a lo largo de este tiempo, sin modificarse las dificultades de acceso por ausencia de transporte público o la dificultad para obtener cita telefónica.

La aceptabilidad del servicio, es decir, que sea aceptable tanto por el coste como por el contenido, es muy variable y creemos que es crucial que los profesionales de atención primaria sean conscientes de la importancia de ofrecer una atención en función de y adaptada a las necesidades del paciente. En cuanto al trabajo intersectorial en salud en situaciones sociales tan precarias, surgen distintos niveles de coordinación: uno que llamaremos de "emergencia crónica" o informal entre las personas que trabajan directamente con la población y otro de coordinación institucional formal.

Recomendaciones / Conclusiones: La forma en la que organizamos nuestro trabajo y en la que hacemos trabajo en red puede facilitar el acceso a la atención sanitaria o dificultarlo. Reflexionar sobre estos aspectos desvelar ciertas trabas de acceso a una atención de calidad que pasaban desapercibidas y que podemos corregir simplemente reorientando nuestra forma de trabajar.

COMUNICACIONES EN FORMATO POSTER

15:00- 15:30. Exposición de póster con presencia de autor. Vestíbulo. Pl. baja

1. INFLUENCIA DEL FLUJO DE LA POBLACIÓN EN EUROPA EN LA EPIDEMIOLOGÍA DE LA RUBÉOLA EN ESPAÑA

*María de Viarce Torres de Mier, Noemí López-Perea, Josefa Masa Calles
Centro Nacional de Epidemiología-Instituto de Salud Carlos III. CIBERESP*

Antecedentes / Objetivos: En España se mantiene la situación de eliminación de rubéola gracias a buenas coberturas de vacunación (>95% con dos dosis desde 1999) y bajas tasas de incidencia, en consonancia con el objetivo fijado por OMS de eliminación del sarampión, la rubéola y prevención del Síndrome de Rubéola Congénita (SRC) en la Región Europea en 2015. Sin embargo, durante 2012 se ha observado un repunte de la enfermedad. **Objetivos:** Identificar las causas del aumento de casos de la rubéola en España en 2012.

Métodos: Se analizan los casos de rubéola y SRC notificados al plan de eliminación del sarampión y de la rubéola en 2012.

Resultados: En 2012 se confirmaron 64 casos de rubéola (TI: 0,14 casos/100000 hab), lo que supuso un repunte de la enfermedad respecto a los años previos (TI:0,02 casos/100000 hab. en 2011, 2010 y 2009).

Aunque la infección se adquirió mayoritariamente en España, afectó, sobre todo, a adolescentes y adultos extranjeros regularmente establecidos en nuestro país, que conviven en agrupaciones (lo que ha originado brotes) y mantienen una fluida comunicación con otros ciudadanos de su país de origen. Casi la mitad de los casos estaban estrechamente relacionados con Rumanía, país que en 2012 sufrió una epidemia de rubéola, y donde persiste una importante bolsa de susceptibles ya que, hasta 2004 no se introdujo la vacuna en calendario. Se notificaron 2 casos de rubéola en mujeres embarazadas (una ciudadana argelina y otra rumana) ambos casos se resolvieron mediante la interrupción voluntaria del embarazo.

Se declaró 1 SRC en un recién nacido de madre Pakistani que había viajado a su país durante el embarazo. En 2013 se ha notificado otro caso de SRC en un recién nacido de madre rumana sin antecedente de viaje previo, por lo que, se supone, adquirió la infección en 2012 en España.

Recomendaciones / Conclusiones: Aunque en España se mantiene la situación de eliminación de la rubéola, en 2012, el 58% de los casos notificados se produjo en ciudadanos extranjeros, sobre todo rumanos.

En España residen de manera habitual, más de 5 millones de extranjeros y, de ellos, casi un millón procedente de Rumanía, país que en 2012 sufrió una epidemia de rubéola, y donde persiste una importante bolsa de susceptibles ya que, hasta 2004 no se introdujo la vacuna en calendario.

Conocer los calendarios de vacunación de los países de procedencia de los inmigrantes ayuda a identificar grupos de población potencialmente susceptible frente a enfermedades prevenibles por vacunación y a establecer programas asistenciales específicos.

2. ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD DE DOS ZONAS LIMÍTROFES DE LA CIUDAD DE MADRID ENTRE LOS AÑOS 2002 A 2006

*Paloma González-Yuste, Teresa López-Cuadrado, Alicia Llácer
Diana Gómez-Barroso, Rafael Fernández-Cuenca.*

Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III. Complejo Hospitalario de Toledo.

Antecedentes / Objetivos: A principios del siglo XX se publican los primeros estudios sobre distribución espacial de la enfermedad, utilizando como indicador la mortalidad, en los distritos de la ciudad de Madrid; en ellos se describen distintos patrones de mortalidad que parecen estar asociados a distintos niveles socioeconómicos y, a su vez, al lugar de residencia de los difuntos en la ciudad. En los años 80 y 90 resurge la idea de la influencia que en la salud tiene el lugar de residencia y los atributos contextuales asociados a él, tomando fuerza el estudio de zonas intra-urbanas. Los objetivos de este trabajo son caracterizar los perfiles sociodemográficos y analizar la mortalidad de dos zonas de la ciudad de Madrid con distintas características socioeconómicas y de población, pertenecientes a dos distritos colindantes separados por una gran vía de circulación: Retiro (barrios de Pacífico y Adelfas) y Puente de Vallecas (barrios de Numancia y San Diego).

Métodos: Se utilizaron población e indicadores sociodemográficos del Ayuntamiento de Madrid, y microdatos de defunciones procedentes del Registro de Mortalidad de la Comunidad de Madrid. Se calcularon tasas de mortalidad global y por causa de muerte, ajustadas por edad, y tasas específicas para cada grupo de edad. Se estimó, mediante modelos de regresión de Poisson, el riesgo de muerte en ambas zonas por sexo, edad, y por las principales causas, clasificadas según los Capítulos de la 10ª Clasificación Internacional de Enfermedades, para el periodo 2002-2006.

Resultados: Hombres y mujeres presentaron una distribución inversa de la mortalidad global entre ambas zonas, siendo las tres primeras causas de muerte en ambos sexos las correspondientes a los capítulos de tumores, enfermedades del sistema circulatorio y respiratorio, presentando distinta proporción según el sexo y el barrio. No se encontró diferencia significativa en el riesgo de muerte entre las dos zonas para la población masculina; en cambio, entre las mujeres, se obtuvieron diferencias significativas en la mortalidad entre ambos barrios, tanto global como por dos de los principales grupos de causas.

Recomendaciones / Conclusiones: En nuestro área de estudio, en la que existen distintos perfiles de población medidos a través de indicadores demográficos y socioeconómicos, no existen diferencias significativas en salud medida a través de la mortalidad para los hombres, mientras que en el caso de las mujeres, en la zona que presenta mejores indicadores socioeconómicos existe mayor riesgo de muerte por todas las causas y también por algunas de las que causan mayor mortalidad en nuestra región: tumores y enfermedades respiratorias. Interés/Recomendaciones: En poblaciones urbanas de gran tamaño y con variedad de características demográficas y socioeconómicas como lo es Madrid, parece conveniente explorar niveles geográficos y/o poblacionales pequeños a la hora de medir el nivel de salud y planificar intervenciones en Salud Pública.

4. ESTUDIO LONGITUDINAL DE OBESIDAD INFANTIL (ELOIN) A TRAVÉS DE LA RED DE MÉDICOS CENTINELA DE LA COMUNIDAD DE MADRID. DISEÑO Y RESULTADOS PRELIMINARES

*Honorato Ortiz, José Ignacio Cuadrado, Beatriz Becerro de Bengoa, Francisca Menchero Pablo Gómez, Marta González Alcón.
Servicio de Epidemiología. Consejería Sanidad. Madrid.
Centro Salud Padre Llanos. Madrid. CS Villaamil. Madrid. CS Lavapiés. Madrid*

Antecedentes / Objetivos: La obesidad infantil representa uno de los problemas y retos más importantes de salud pública. El estudio ELOIN pretende medir la frecuencia y distribución del sobrepeso y obesidad en población infantil y determinar su asociación con factores de riesgo, (incluyendo dieta, actividad física y sedentarismo) y estimar sus efectos en salud.

Métodos: Estudio longitudinal prospectivo poblacional, iniciado en 2012, en una muestra representativa de la población de 4 años de la Comunidad de Madrid, correspondiente a los cupos de los 31 pediatras de la red centinela. La población diana, procedente de tarjeta sanitaria, es de 4.200 niños. Se realizarán mediciones de seguimiento cada dos años, hasta los 14 años de edad. Se tomarán muestras biológicas (sangre y saliva) a los 6, 9 y 14 años. En esta fase de constitución de la cohorte (2012-2013) la recogida de datos tiene dos etapas secuenciales: a) entrevista y exploración clínica pediátrica en el centro de salud: antecedentes de enfermedades, antropometría y medición de TA, y b) entrevista telefónica asistida por ordenador sobre frecuencia de consumo de alimentos, lactancia materna, estilos de vida. Se realizó previamente un estudio piloto y un taller de entrenamiento sobre estandarización de medidas; todos los aparatos son iguales y homologados. El análisis estadístico incluirá el efecto del diseño muestral; se realizarán análisis descriptivos y elaborarán modelos de regresión logística binaria, multinomial y lineal. Los padres dan consentimiento informado por escrito. El protocolo fue aprobado por el Comité Ético del Hospital Ramón y Cajal.

Resultados: En el primer año del estudio fueron explorados 1.790 niños, de 4 años de edad con una tasa de respuesta del 73 %. El 92% de las familias, realizaron la entrevista telefónica. Las razones más frecuentes de no participación fueron dificultades idiomáticas (35%), falta de interés (30%) y falta de tiempo (18,6%). La prevalencia de sobrepeso y obesidad, según los criterios internacionales de la OMS, fue del 16,7% y 6,8% respectivamente. Tanto el sobrepeso como la obesidad fueron superiores en niñas que en niños. La prevalencia de obesidad en niñas fue del 8,7% y 4,8% en niños.

Recomendaciones / Conclusiones: El ELOIN está mostrando su factibilidad con alto porcentaje de participación con entrevista larga (45 minutos). Es un proyecto novedoso y eficiente con recursos de la red pública de atención primaria que va a proporcionar información relevante para orientar y evaluar estrategias regionales contra la obesidad infantil y sus factores determinantes.

5. ANÁLISIS DE SALUD Y DE FACTORES DETERMINANTES EN LA CIUDAD DE MADRID 2013 (FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y ECONÓMICOS)

Esteban y Peña MM, Puerto Sala ML, Arribas de la Vieja A, Rodríguez Pérez MM, Montoliu Martínez E, Bermejo Aguña A.

Unidad de Formación e Investigación Madrid Salud. Ayto. de Madrid

Antecedentes / Objetivos: Describir y analizar el estado de salud de la ciudad de Madrid, sus factores determinantes: individuales biológicos, medioambientales, psicosociales y culturales o de asistencia sanitaria, en 2013, comparando y analizando con el último estudio realizado de similares características para en el año 2006.

Métodos: Diseños cualitativos y cuantitativos (descriptivos, ecológicos y analíticos).

Información recogida de fuentes primarias y secundarias [INE, Padrón Municipal, Encuesta Europea de Salud 2009 (EES'09) e Informes Anuales- Madrid Salud]. Técnica Delphi, para información cualitativa (grupos nominales e informadores clave). Variables elaboradas con los ciudadanos de Madrid: socioeconómicas, demográficas, mortalidad, morbilidad, medioambientales, autopercepción del estado de salud y hábitos-estilos de vida. Elaboración y/o análisis de las variables más relevantes, en las áreas: socioeconómicas (Renta Bruta Disponible per cápita (RBDpc), tasa de riesgo de pobreza, índice de Gini, nivel de estudios, tasas de paro, nº de desahucios, esperanzas medias de vida al nacer (EMVN)), o sociodemográficas (pirámides poblacionales, índice de envejecimiento, índice de dependencia, población extranjera, tasa de crecimiento vegetativo, tasa de crecimiento migratorio, tasa de fecundidad general y adolescentes etc.

Estadísticos: descriptivos, analíticos (medias, IC al 95%, análisis bivariantes, multivariantes) o epidemiológicos (Tasas ajustadas, tablas de mortalidad). Procesamiento con programas SPSS 17, Excel y Stata 11 y Epidat.

Resultados. Índice de envejecimiento 2002, 147,70; 2011, 134,44. Índice de dependencia 2002, 0.46; 2011, 0.50. Población extranjera 2002, 9.25%; 2007, 17.04%; Crecimiento vegetativo. 2002, 1.72; 2011, 1.94. Crecimiento migratorio 2002, 8,15; 2012, 7.55. TGF 2002, 39.02; 2011, 39.28. Fecundidades adolescentes 2011, 11,90; 2002, 13,18. EMNV 2012. 83,89 años, 80,63 hombres, 86,58 mujeres. Rango interdistritos 2,97años; en 2002 3,89.

RBDpc 2009 22.279 euros. Desde 2002 distritos en tramo último: Usera, Villaverde, Puente de Vallecas. Riesgo de pobreza. 2010, 15.6%; 2002, 4.2 Índice de Gini 2010, 38.2%; 2002, 16.5%. Paro 2013, 19%. (Puente de Vallecas, Villaverde, Villa de Vallecas y Usera entre 22-25%). Desahucios 2012, 8.580 en la ciudad Madrid.

Hábitos y estilos de vida. ESCM 06: sedentarios 35,0% IC 95% 33,9-36,1; buena autopercepción del estado de salud 77,0%; sobrepeso 33,7% IC 95% 32,7-34,8. EES'09: sedentarios 40,7% IC 95% 35,7-45,8; buena autopercepción del estado de salud 74,7 %; sobrepeso 36,1% IC 95% 32,5-39,8

Recomendaciones / Conclusiones: Se verifican cambios en principales aspectos demográficos y socioeconómicos de la ciudad de Madrid. Las modificaciones demográficas de disminución del rejuvenecimiento, de la población, el aumento de la desigualdad, del paro y la tasa de pobreza, son aportaciones para poder intervenir adecuadamente en Salud Pública en la ciudad.

6. INFECCIONES POR VIH EN LA COMUNIDAD DE MADRID Y COMORBILIDADES ASOCIADAS

*María Gálvez Fernández, Carlos Cevallos García, Susana Martínez Rodríguez, José Verdejo Ortés, Cristina Fernández Bargeño
Concepción Izarra Pérez. Unidad Docente Sureste. Servicio Madrileño de Salud. Servicio de Epidemiología. Subdirección Promoción de la salud y prevención. Servicio Madrileño de Salud.*

Antecedentes / Objetivos: La infección VIH comparte mecanismo de transmisión (MT) con infecciones de transmisión sexual (ITS) y hepatitis B (VHB) y C (VHC). En la Comunidad de Madrid (CM) se vigila la infección VIH desde 2007 al igual que se recogen comorbilidades asociadas (ITS, hepatitis).

Objetivos: describir las características de los nuevos diagnósticos y las comorbilidades asociadas.

Métodos: Análisis descriptivo de los datos demográficos, MT y retraso en el diagnóstico (RD) en infecciones VIH diagnosticadas desde 2007 hasta septiembre de 2013; y estudio de las comorbilidades (ITS y hepatitis) según sexo, MT y lugar de nacimiento. El RD definido como: presentación con enfermedad avanzada (PEA) $CD4+ < 200/\mu l$; diagnóstico tardío (DT) $CD4+ < 350/\mu l$.

Resultados: Se recogió información sobre 6392 nuevos diagnósticos de infección VIH. El 83,6% son hombres, la media de edad es 35,4 años (DE:10,6). Han fallecido 3,2%. El 46,8% ha nacido fuera de España. Incidencia x100000 habitantes: en autóctonos 20,1 en hombres, 1,9 en mujeres; en foráneos 62,5 en hombres, 19,5 en mujeres. MT: Hombres autóctonos: 77% hombres que tienen sexo con hombres (HSH), 9,6% heterosexual (HTX), 4,9% uso de drogas inyectadas (UDI); mujeres autóctonas: 77,7% HTX, 12,6% UDI; hombres foráneos: 68% HSH, 22,2% HTX, 3,1% UDI; mujeres foráneas: 96,6% HTX, 0,9% UDI. Se diagnosticaron 87 primoinfecciones. Se dispuso de cifra de linfocitos $CD4+$ al diagnóstico en el 85,2%. Mediana de $CD4+$: 374 (RI:175-580). Porcentaje de PEA: en hombres autóctonos 17,2% en HSH, 45,8% en HTX, 45,2% en UDI; en mujeres autóctonas 38,1% en HTX, 30% en UDI; en hombres foráneos 22,6% en HSH, 46,3% en HTX, 47,3% en UDI; en mujeres foráneas 41,2% en HTX. Porcentaje de DT: en hombres autóctonos 33,5% en HSH, 60,4% en HTX, 64,5% en UDI; en mujeres autóctonas 56% en HTX, 53,3% en UDI; en hombres foráneos 42,8% en HSH, 66,5% en HTX, 63,6% en UDI; en mujeres foráneas 62,4% en HTX. Los $CD4+$ al diagnóstico disminuyen según aumenta la edad y son menores en foráneos. Al menos el 57,4% presentó ITS en el momento del diagnóstico o posteriormente. Tuvieron ITS: 62,6% de hombres y 30,6% de mujeres ($p < 0,01$); 72,8% de HSH, 31,3% de HTX y 20,2% de UDI ($p < 0,01$); 58,1% de autóctonos y 56,6% de foráneos ($p = 0,4$). Al menos el 10,6% presentaban VHC y 36,9% VHB. Porcentaje de VHC: mayor en UDI (85%) y autóctonos (12,8%) ($p < 0,01$); VHB: mayor en UDI (65,1%) y foráneos (39,4%) ($p < 0,01$).

Recomendaciones / Conclusiones: El principal mecanismo de transmisión es sexual, destaca la transmisión HSH como la más frecuente y ha disminuido en UDI. Más de una cuarta parte presentaba inmunosupresión severa, y casi la mitad necesitaba tratamiento antirretroviral en el momento del diagnóstico.

El RD es mayor en HTX y UDI y bastante menor en HSH. Más frecuente en inmigrantes y aumenta con la edad diagnóstica.

Más de la mitad presentó ITS, más frecuentes en HSH. En UDI es mayor la presencia de VHB y VHC.

7. MORBILIDAD, UTILIZACIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS Y PERCEPCIÓN DE SALUD EN POBLACIÓN CON QUEJAS DE MEMORIA

*Montejo Carrasco, Pedro; Montenegro Peña, Mercedes.
Centro de prevención del deterioro cognitivo. Ayuntamiento de Madrid*

Antecedentes / Objetivos: Las quejas de memoria (QM) son un síntoma frecuente entre los mayores. La prevalencia oscila entre el 25 y el 50%. Se asocian al menor rendimiento de memoria, la depresión, la ansiedad, factores de personalidad y variables de salud, aunque hay pocos estudios sobre estas variables de salud.

Objetivos: 1. Estudiar la asociación de las QM con variables de salud, tales como percepción subjetiva de salud, morbilidad general, ciertas enfermedades y alteraciones en la visión y la audición. 2. Estudiar la asociación de las QM con el uso de servicios de salud y la toma de medicinas.

Métodos: Muestra: 1342 sujetos (rango de edad: 65-102). Se utilizó el Estudio Madrid Salud, estudio epidemiológico transversal descriptivo realizado mediante censo municipal. Para la valoración se utilizó un cuestionario estructurado. Las QM se valoraron con una pregunta dicotómica: ¿Tiene usted problemas de memoria? Se preguntó a los sujetos sobre la percepción del estado de salud, frecuencia de utilización de servicios sanitarios, enfermedades que padecían y tratamientos que estaban tomando.

Resultados: El porcentaje de QM aumenta al incrementarse el nº de enfermedades padecidas, el nº de fármacos tomados y la peor autopercepción del estado de salud. Igualmente hay asociación entre alteraciones de la visión y audición y QM. En cuanto a medicamentos tomados, sólo la toma de medicinas para el dolor y de vitaminas-reconstituyentes se asocia de modo estadísticamente significativo a las QM. Hay asociación entre el uso de servicios sanitarios, excepto uso de urgencias, y las QM. El estudio multivariable se realizó mediante regresión logística. El mayor tamaño de efecto lo tiene la percepción del estado de salud, seguido de las alteraciones en la audición, las visitas al médico general y las alteraciones en la visión.

Los problemas de memoria pueden ir desde problemas de memoria asociados a la edad hasta deterioro cognitivo leve e incluso demencia. Esta población se constituye como un grupo de especial vulnerabilidad con mayor aislamiento y soledad, accidentes y otros riesgos. La respuesta que da la red sanitaria pública a este problema es muy limitada actualmente: se reduce a diagnosticar demencia cuando el deterioro es ya avanzado. Apenas hay actuaciones de Prevención y de Promoción de la Salud.

Recomendaciones / Conclusiones: Las personas se quejan de problemas de memoria fundamentalmente porque tienen alteraciones reales de la memoria o estado de ánimo bajo, pero también por otras causas que no tienen que ver directamente con estas alteraciones. Los sujetos que tienen una peor percepción de su estado de salud, los que tienen más enfermedades y los que toman más medicamentos presentan más QM. Las dificultades en la visión y en la audición son alteraciones de especial relevancia asociadas a las QM. Hay asociación entre quejas de memoria y visitar más al médico.

8. EVOLUCIÓN DE LA ESPERANZA DE VIDA AL NACER EN LA CIUDAD DE MADRID EN EL ÚLTIMO SEPTENIO EN COMPARACIÓN CON LA NACIONAL

*Gema Blasco Novalbos, José Manuel Díaz Olalla, Hortensia Rayón López
Consuelo de Garrastazu Díaz. Instituto de Salud Pública. Madrid Salud (Ayto. Madrid).
Departamento de Salud Ambiental. Instituto de Salud Pública. Madrid Salud (Ayto. Madrid).
Dirección General.*

Antecedentes / Objetivos: La esperanza de vida se define como el número de años que se espera vivan de media los individuos de una generación, siempre y cuando se mantuvieran a lo largo de toda su vida las mismas tasas específicas de mortalidad por edad que se registran en el año de su nacimiento. Madrid Salud, al configurar su Sistema de Vigilancia Sanitaria de Riesgos Ambientales (VISRAM) selecciona la Esperanza de Vida al Nacer (EVN) de la ciudad de Madrid como uno de los indicadores de seguimiento de la situación de salud, tomando como referencia la EVN de España. Se calculan anualmente para cada sexo. Se presentan los resultados de los últimos 7 años disponibles.

Métodos: Las EVN a nivel nacional para estos años seleccionados se han tomado directamente del INE. Se han confeccionado las tablas de la ciudad de Madrid con la misma metodología usada por el INE para el cálculo nacional, de tal forma que se permita la comparación de los indicadores. Para ello se han creado las tablas de mortalidad de los años 2005 a 2011 utilizando el programa EPIDAT 4.0, tomando tanto las defunciones como la población en edades simples, siendo el último grupo de análisis el de 100 y más años. Las fuentes de los datos son el propio INE para las EVN nacionales y la Dirección General de Estadística del Ayuntamiento de Madrid para los datos de población y defunciones del municipio de Madrid, quien obtiene los datos de defunciones del Movimiento Natural de Población (INE), mientras que los de población proceden del Padrón de Habitantes revisado a uno de enero de cada año.

Resultados: En 2005 la EVN de los hombres de la ciudad de Madrid era de 77,89 años mientras que la de los de España se situaba en 77,03. En las mujeres era en aquel momento de 84,88 años y las de las del conjunto nacional de 83,55. En 2011 se mantienen los 1,3 años de ventaja de las mujeres de la capital (86,27 años sobre 84,97) mientras que la de los hombres de la ciudad se ha incrementado respecto a la de sus pares en el conjunto del Estado a 1,11 años (80,27 vs. 79,16 años). Para el conjunto de la población, en estos 7 años la ventaja en EVN de Madrid respecto a la nacional se ha incrementado en 0,1 años (80,29 vs. 81,64 en 2005 frente a 82,10 vs. 83,55 en 2011).

Recomendaciones / Conclusiones: La EVN para el conjunto de la población de la ciudad de Madrid es superior en más de un año durante todo el periodo analizado a la registrada para la totalidad de población española. Aunque la tendencia en el periodo de análisis sea de incremento de las esperanzas de vida, tanto en la población nacional como en la de la ciudad de Madrid, en los últimos años se aprecia que las cifras se han estabilizado. Las diferencias existentes en este indicador entre hombres y mujeres de la ciudad de Madrid han ido disminuyendo a lo largo de todo el periodo hasta reducirse en un año. Esta disminución se debe al enlentecimiento del crecimiento del indicador en las mujeres, fenómeno que no se registra en los varones.

9. INDICADOR DE RENTA MÍNIMA DE INSERCIÓN EN ÁREA PEQUEÑA (SECCIÓN CENSAL) DE LA CIUDAD DE MADRID

*Alfonso Antona Rodríguez, Manuel García Howlett, José Manuel Díaz Olalla
Instituto de Salud Pública. Madrid Salud. Dirección General. Departamento de Salud Ambiental.*

Antecedentes / Objetivos: Posiblemente una de las mejores fuentes de información que exprese vulnerabilidad y precariedad en un territorio sea la Renta Mínima de Inserción (RMI) social. Ésta es una prestación económica integrada por la suma de una aportación mensual ajustada a los demás ingresos, si existen, y un complemento variable, en función de los miembros que forman parte de la unidad de convivencia, con objeto de satisfacer las necesidades básicas de la misma. De esta forma podemos concluir que el volumen total de esta prestación en un territorio es directamente proporcional a las necesidades sociales que existen en el mismo. Para el diseño de políticas públicas es fundamental encontrar indicadores de vulnerabilidad social que permitan identificar las áreas territoriales pequeñas (sección censal: SSCC). Como es sabido, las mayores necesidades y problemas de salud se corresponden con zonas de mayor precariedad y privación social. Madrid Salud (Ayuntamiento de Madrid), con el objetivo de reorientar los servicios hacia aquellas zonas y grupos de población con indicadores sociales y de salud más desfavorables y, a partir de los datos disponibles, ha elaborado algunos indicadores de privación social por SSCC. Entre estos se ha construido un indicador económico relativo a la distribución de la RMI en la ciudad de Madrid.

Métodos: Los datos individuales de la RMI se han asociado a una dirección del callejero normalizado del Ayuntamiento de Madrid, aproximación postal primera (NDP), para georeferenciarlos. A continuación se incorpora a un Sistema de Información Geográfico, donde se cuentan los registros RMI de cada sección, se suman las cuantías correspondientes y se dividen por la población. Con ello se consigue calcular el monto económico total que se percibe de la RMI (?) en cada sección censal de la ciudad de Madrid corregido por habitante, para cada mes de 2013. Esta información a nivel SSCC se incluye en un mapa donde se representa por tramos en colores.

Resultados: De las 2.412 SSCC de la ciudad de Madrid, en un 70% existe al menos un receptor de RMI. Hay 884 SSCC que reciben menos de 1 por habitante al mes (m/h), mientras que tan sólo 39 perciben más de 10 m/h. A más del 90% de las SSCC con RMI les corresponde menos de 3,5 m/h.

Recomendaciones / Conclusiones: La población receptora de la RMI se dispersa por toda la ciudad con una mayor concentración en secciones censales que, además, presentan otros datos de precariedad y vulnerabilidad. Lo que resulta dispar en la ciudad es la proporción de SSCC con beneficiarios en los barrios y distritos. Así mismo es muy diferente el volumen económico corregido por habitante que se recibe en cada SSCC por este concepto. La RMI agrupada en área pequeña es un gran indicador de precariedad social. Su representación cartográfica es de gran utilidad para el trabajo comunitario de los Centros Madrid Salud (CMS).

10. GESTIÓN DE INFORMACIÓN PARA EL PILOTO DE ESTUDIO DE COSTE-EFECTIVIDAD DE LA OFERTA SISTEMÁTICA Y VOLUNTARIA DE LA PRUEBA DE VIH

Yaiza Rivero-Montesdeoca, Juan González García, Mercedes Álvarez Bartolomé, Alberto Martín Vega, Isabel Mateo Cano, Pilar Bravo Fernández, Yazdan Yazdanpanah, Julia del Amo

Instituto de Salud Carlos III, Hospital Universitario La Paz, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Hôpital Bichat Claude-Bernard, Paris.

Antecedentes / Objetivos: Describir el estudio piloto realizado en el Hospital Universitario La Paz (HULP) y en el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI) dirigido a caracterizar las fuentes de información necesarias para la recogida de datos del estudio coste-efectividad de la oferta sistemática y voluntaria de la prueba de VIH en Atención Primaria en España e identificar posibles dificultades y lagunas en la obtención de información.

Métodos: Se seleccionó una muestra de 30 pacientes de la Cohorte de la Red de Investigación sobre el SIDA (CoRIS), reclutados desde el HULP y seleccionados aleatoriamente, del periodo 2007-2011. Los datos clínicos se extrajeron de CoRIS, los de utilización de servicios del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) y los costes de los Grupos Relacionados por Diagnósticos (GRDs). Los costes de otras prestaciones como las consultas externas y hospital de día fueron recogidos de la contabilidad analítica hospitalaria y comunitaria. Se realizaron reuniones presenciales con los representantes de los diferentes servicios hospitalarios y se documentaron las diferentes fuentes. Se solicitó formalmente al MSSSI que elabora la base de datos central a través de los responsables del CMBD de las Comunidades Autónomas el CMBD de los pacientes de 15 hospitales españoles a través del Número de Historia Clínica (NHC). La transferencia electrónica de la información codificada se realizó encriptando las bases de datos.

Resultados: El Comité Ético (CE) del Instituto de Salud Carlos III aprobó el estudio, al igual que el CE del HULP. El servicio de Codificación aportó los GRDs mientras que Control de Gestión facilitó las demás prestaciones. Los costes de estas prestaciones complementarias a los GRDs fueron discutidos con la responsable de Gestión Económica y completados con otras fuentes. La persona responsable del CMBD en el MSSSI proporcionó los datos de todos los pacientes identificando problemas de coincidencia de los NHC entre CoRIS y el CMBD, problemas de encriptamiento de las historias clínicas y necesidad de verificación de la aceptación ética por parte de los responsables de las CCAA.

Recomendaciones / Conclusiones: La información no centralizada y el tipo de contabilidad tienen un impacto en la facilidad para obtener los datos. Los GRDs son útiles para conocer los costes que corresponden a las hospitalizaciones pero deben ser completados con los costes de las demás prestaciones. Destaca la importancia de tener un NHC común a todas las bases de datos y un proceso de encriptamiento común en todas las CCAA.

11. CINCO AÑOS EVALUANDO LA EFECTIVIDAD DE LA VACUNA ANTIGRIPIAL EN EL MARCO DEL SISTEMA DE VIGILANCIA DE LA GRIPE EN ESPAÑA

*Silvia Jiménez Jorge, Camelia Savulescu, Concepción Delgado-Sanz, Salvador de Mateo, Amparo Larrauri, Grupo de trabajo cycEVA.
Centro Nacional de Epidemiología, Ciber Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP),
Ministerio de Economía y Competitividad, ISCIII*

Antecedentes / Objetivos: Desde la temporada 2008-9 la efectividad de la vacuna antigripal (EV) se estima en España en el marco del Sistema de Vigilancia de gripe en España (SVGE) mediante el estudio de casos y controles cycEVA, componente español del estudio europeo I-MOVE (Influenza - Monitoring Vaccine Effectiveness) financiado por el Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades (ECDC), el Programa de investigación de la gripe A(H1N1)pdm09 del ISCIII y la Oficina Europea de la OMS. El objetivo del trabajo ha sido describir la evolución del estudio cycEVA en sus cinco ediciones 2008/9-2012/13.

Métodos: La evolución del estudio cycEVA se analizó en términos de mejoras llevadas a cabo utilizando los siguientes indicadores: participación de los médicos/pediatras centinela (MPs), calidad de los datos recogidos (% de cumplimentación de las variables del cuestionario e incorporación de variables de ajuste para controlar por posibles factores de confusión relacionados con la EV) y difusión de los resultados obtenidos (número de informes difundidos y publicaciones en revistas indexadas así como su oportunidad y utilidad de los mismos (número/fuente de veces citado)

Resultados: La participación de los MPs aumentó desde 164 MPs, en la primera edición (2008-9) hasta alrededor de 240 MPs en ediciones posteriores. La información obtenida de los pacientes mejoró por: 1) La incorporación de nuevas variables al cuestionario como enfermedades crónicas/factores de riesgo relacionados con gripe, frecuentación al médico del paciente en el año anterior y pertenecer a un grupo recomendado para vacunación antigripal; 2) La disminución en el porcentaje de datos incompletos en las variables de estudio, lo que se tradujo en un aumento en el porcentaje de pacientes reclutados incluidos en el análisis, del 77% en 2008-9 al 99% en las dos últimas ediciones; 3) El aumento en el porcentaje de MPs que reclutaron al menos 1 paciente, que se incrementó desde un 41% en 2008-9 a más del 80% en las siguientes ediciones. Las estimaciones finales de EV se publicaron en las 4 primeras ediciones, la quinta está en proceso de revisión, en revistas revisadas por pares, todas del primer o segundo cuartil. Además, en las dos temporadas post-pandémicas también se publicaron estimaciones de EV a mitad de temporada. Las publicaciones cycEVA se citaron 63 veces de las que el 66% proceden de una autoría internacional y el 57% de revistas del primer cuartil

Recomendaciones / Conclusiones: La experiencia en estos cinco años de estudio cycEVA se reflejó en una mayor participación de los médicos centinela y una mayor calidad en la información recogida. Esto se tradujo en un aumento del tamaño muestral y en la oportunidad en la difusión de los resultados. Se recomienda la continuación del estudio cycEVA ya que es capaz de ofrecer estimaciones oportunas y de calidad de la EV antigripal en España, esenciales para orientar a las autoridades sanitarias en las recomendaciones anuales de vacunación antigripal.

12. TENDENCIA DE LA MORTALIDAD POR ENFERMEDADES INFECCIOSAS EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE MADRID: 1980-2011

Teresa López-Cuadrado, Alicia Llácer, Paloma González-Yuste, Diana Gómez-Barroso, Rafael Fernández-Cuenca

Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III; y CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP). Complejo Hospitalario de Toledo.

Antecedentes / Objetivos: A pesar de la reducción de la mortalidad por enfermedades infecciosas con la que se ha iniciado el presente siglo, sobre todo a partir de la contención del SIDA, los factores de emergencia y reemergencia microbiana en nuestra sociedad globalizada y en crisis, aconsejan seguir extremando los sistemas de vigilancia de esta patología. El objetivo de este estudio es analizar la tendencia de la mortalidad por enfermedades infecciosas (MEI) en la Comunidad autónoma de Madrid (CAM), como una contribución a la vigilancia y al control de estas enfermedades.

Métodos: Se utilizaron datos de mortalidad según causa de muerte obtenidos del Instituto Nacional de Estadística. Se seleccionaron todas las defunciones del capítulo I, y las defunciones por causas infecciosas del resto de capítulos, según los códigos de la Clasificación Internacional de Enfermedad (CIE) de la 9ª y 10ª revisión. Se calcularon las tasas de mortalidad por sexo, edad y principales causas infecciosas. Mediante modelos de Joinpoint se obtuvieron los cambios de tendencia y el porcentaje anual de cambio (PAC).

Resultados: En 2011 la tasa ajustada de MEI en la CAM fue de 67,90 por cien mil. Desde 1980 se han producido 84.830 muertes por estas causas con un PAC de -0.92%. La aparición del VIH/SIDA ocasionó una sobremortalidad en edades jóvenes y maduras para ya en este siglo, recuperar la tendencia decreciente de la MEI en ambos sexos. Durante el periodo de estudio el mayor descenso se dio en los menores de 5 años. La neumonía es la primera causa infecciosa de muerte y supone en 2011 el 41% de todas las causas infecciosas

Recomendaciones / Conclusiones: Aunque se observa una disminución en su conjunto de la mortalidad por causas infecciosas en la CAM, parece aconsejable seguir con mayor detalle la evolución de la misma en los mayores de 65 años que presentan una relativa estabilidad por lo que pueden considerarse como población más vulnerable.

13. #SALUDPUBLICA EN TWITTER

Maria Jesús Pascual Segovia, Maria Espinosa Pascual, Ricardo Espinosa Pascual, Ricardo Jose Espinosa Chicote. Madrid salud. Ayto. de Madrid

Antecedentes / Objetivos: Las redes sociales están cambiando la forma de informarnos y comunicarnos. A pesar de la enorme variedad de páginas web que existen en Internet, hay algunas páginas que visitamos con mayor frecuencia y son numerosos los perfiles de redes sociales que aparecen en este medio. España es el noveno país del mundo en número de cuentas abiertas en Twitter (Semiocast.2012) y en el TOP 20 de gráficas de audiencias, que nos muestran quién domina el panorama Web, Twitter ocupa el puesto número trece (comScore 2013). Los investigadores en Salud Pública están ya reconociendo su potencial y valorando lo positivo que ofrecen las redes. Diversos estudios están demostrando que las redes sociales promueven conductas saludables y ayudan a prevenir enfermedades (Thomas W. Valente 2012).

Hoy nadie discute que Internet permite obtener información sobre salud, lo que constituye un factor muy positivo. Pero la información que se puede encontrar en la red es muy variada y en ocasiones al ser poco fiable y poco rigurosa puede ser un problema. En este contexto, el objetivo del presente trabajo es conocer quiénes son los autores que tuitean sobre salud pública y por tanto se pueden convertir en referentes en este campo

Métodos: Para la obtención de los resultados se realiza, en septiembre de 2013, una búsqueda desde la página de inicio de Twitter con el Hashtag #saludpublica. Se revisan los perfiles encontrados y se decide reducir la búsqueda a aquellos escritos en idioma español. Tras una segunda revisión, se aplica como criterios de inclusión que la autoría sea de procedencia española o de ámbito Internacional y se excluyen los perfiles cuyo avatar es un huevo.

Resultados: Con el Hashtag #saludpublica se han encontrado 922 perfiles. De estos, el 55.53% (512 perfiles) están escritos en español.

Los 222 perfiles que pasan definitivamente al estudio se clasifican en cinco grupos de acuerdo a la autoría: Organismos Internacionales (6), Instituciones y Organismos de ámbito nacional (31), ONG (7), Medios de Comunicación (24) Asociaciones- Fundaciones - Redes pacientes (58), Entidades privadas (17) y perfiles personales (79)

Recomendaciones / Conclusiones: Las redes sociales además de permitir reunir datos muy valiosos son herramientas perfectas para difundir información y en cierta manera persuadir hacia conductas más saludables.

Conocer las pautas de comportamiento de la audiencia respecto a la preferencia de elección es muy importante para cualquier estrategia.

En este momento, las investigaciones deben ir encaminadas a comparar diferentes intervenciones y determinar que es mejor y en qué circunstancias. Es un buen momento para reflexionar sobre el modo en que los profesionales vinculados a la Salud Pública tenemos que utilizar las redes sociales para que en los próximos años puedan contribuir a promover la salud.

14. PLAN DE PREVENCIÓN DE LA LEGIONELOSIS EN LOS EDIFICIOS E INSTALACIONES DEL AYUNTAMIENTO DE MÓSTOLES

*M^a Luz López García, M^a Jesús Serrano Moreno, José de Juan Ancos
Isabel Abando Varela.*

Área de Sanidad, Concejalía de Bienestar Social y Familia, Ayuntamiento de Móstoles

Antecedentes / Objetivos: La necesidad de crear un programa de control de legionelosis, surge a raíz de la publicación y posterior aplicación del Real Decreto 865/ 2003, de 4 de julio, por el que se establecen los criterios higiénico-sanitarios para la prevención y control de la legionelosis.

La finalidad de este programa es la prevención y control de la legionelosis mediante la adopción de medidas higiénico-sanitarias en aquellas instalaciones en las que la Legionella es capaz de proliferar y diseminarse.

El objetivo del Plan es prevenir y controlar la infección por Legionella del Municipio en los centros públicos, dependencias municipales, fuentes ornamentales y sistemas de riego durante todo el año y especialmente, en los meses de primavera y verano.

Métodos: 1. IDENTIFICAR: Se identificaron todas aquellas instalaciones dependientes de Ayuntamiento susceptibles de estar afectadas por el RD 865/2003. Determinándose que habían: 1 Edificio con torre de refrigeración, 37 Colegios municipales, 11 Centros culturales, bibliotecas y teatros, 13 Centros sociales: Atención a mayores, personas dependientes, etc.; Centros oficiales, administrativos y juntas de distrito, etc. 7 Polideportivos y piscinas; 11 Casas de niños y escuelas infantiles; 28 Fuentes municipales; 25 Parques con riego por aspersión

2. ESTABLECER UN PROTOCOLO DE ACTUACION ESPECIFICO PARA CADA CENTRO: Las técnicos de sanidad del Ayuntamiento en coordinación con la dirección técnica de TM Hermo han establecieron planes de actuación para el tratamiento preventivo adecuado a cada tipo de instalación de acuerdo a los anexos del RD 865/2003 y las guías técnicas del Ministerio de Sanidad.

Torres de Refrigeración. Anexo. 4. Redes de AFCH/ACS: Anexo 3. Fuentes Ornamentales: Anexo específico. Riegos por aspersión en parques. Anexo específico. 3. REALIZACIÓN DE LOS TRATAMIENTOS DE CHOQUE:

Una vez establecido el protocolo de actuación se han llevado a cabo los tratamientos de choque en cada una de las instalaciones.

Para la realización de los tratamientos se han coordinado las distintas aéreas municipales de las que depende cada instalación en concreto: Parques y fuentes, Colegios. Dependencias municipales, etc. 4. SEGUIMIENTO Y EVALUACION: Se han establecido revisiones mensuales sobre las instalaciones tratadas.

- Se han realizado más de 100 analíticas anuales de legionella.

-Se ha establecido una coordinación mensual entre los técnicos del departamento de sanidad municipal con la empresa concesionaria a través de reuniones presenciales.

Resultados: Desde el inicio de programa no ha existido ninguna incidencia en cuanto a proliferación de Legionella se refiere.

Recomendaciones / Conclusiones: Se han establecido una sistemática en la prevención de la legionella que permite su prevención de una manera ordenada y planificada. Se les ha hecho partícipes a los trabajadores y colaboradores municipales del esfuerzo llevado a cabo por el Ayuntamiento para prevenir la legionelosis en sus dependencias de esta manera se ha acercado la cultura de la prevención de la legionelosis hasta su puesto de trabajo o la instalación de la que dependen familiarizándoles con los procedimientos de desinfección y revisión.

15. PROGRAMA DE VIGILANCIA DE LA CALIDAD DEL AGUA POTABLE Y DE SENSIBILIZACIÓN Y TRANSPARENCIA CON EL USUARIO

Isabel Abando, M^a Luz López, M^a Jesús Serrano, Lourdes Díez-Antoñanzas, Charo Romero.

*Área de Sanidad, Concejalía de Bienestar Social y Familia, Ayuntamiento de Móstoles.
Laboratorio de Aguas CICAP, S.L*

Antecedentes / Objetivos: Con 206.031 habitantes (INE-2012), Móstoles es el 28º municipio de España. El Sº de Sanidad municipal asume el aseguramiento de calidad del agua de consumo suministradas al usuario, garantizando así el cumplimiento del R.D.140/03. Desde el año 2004 el Ayuntamiento de Móstoles tiene establecido un programa de control de agua potable, contando para ello con un equipo multidisciplinar de especialistas tanto municipales como del laboratorio contratado (Aerobia medioambiental hasta 2011 y actualmente CICAP).

Objetivos: Control del agua de consumo humano en el grifo del consumidor, para garantizar la inocuidad del agua potable para los habitantes de Móstoles"

Métodos: El programa de control de grifo del consumidor en el Ayuntamiento de Móstoles consta de una serie de etapas y actividades:

Planificación del las muestras anuales a determinar en función de la susceptibilidad de la población expuesta y la antigüedad de los edificios.

Puntos fijos: Escuelas infantiles municipales, colegios públicos, polideportivos y centros municipales de mayor riesgo sanitario.

En domicilios particulares, establecimientos comerciales, se realizará de forma rotatoria según las zonas de manera que exista una cantidad de muestras representativas en todo el municipio.

Avisos por comunicación vecinal o institucional

Recogida de muestras por el laboratorio para determinar los parámetros fisicoquímicos y microbiológicos; a continuación se valora el metal o metales a determinar, previo estudio del historial de cada instalación.

Recepción de boletín de análisis validados por el director técnico del laboratorio y emisión de informes y contestación a las denuncias.

Envío de cartas de agradecimiento a los ciudadanos que han permitido una toma de muestra en sus domicilios y/o establecimientos por la colaboración prestada.

Seguimiento de las alteraciones en el suministro que afectan a la potabilidad e intensificación de la vigilancia de las actuaciones y medidas tomadas hasta la recuperación de la calidad del agua.

Envío periódico de información a Sistema Nacional de Aguas de Consumo (SINAC).

Comunicación a los habitantes de Móstoles; folletos informativos, programas de radio en el espacio ganando Salud a través de la Escuela municipal de salud en la cadena Ser de Móstoles.

Comunicación del estado del agua en las dependencias municipales a las distintas Concejalías

Resultados: Se han realizado un mínimo de 100 muestras anuales. Como novedad en el año 2012 se han muestreado nuevas instalaciones municipales y se ha continuado muestreando las guarderías y/o centros de ocio privados que existen en el municipio por tratarse de un colectivo especialmente sensible y se han incorporado Institutos y polideportivos municipales de gestión privada y privados

Las muestras de agua analizadas en la ciudad de Móstoles permiten que, en todos los casos, pueda ser clasificada como APTA PARA EL CONSUMO HUMANO, en términos del RD 140/2003, de 7 de febrero, por el que se establecen los criterios de calidad del agua de consumo humano.

El estudio de los parámetros de forma individual referentes al año 2012 nos permite asegurar que la calidad del agua ha sido idónea y con tendencia a mejorar. Destacamos los siguientes parámetros

-Cloro: se ha mantenido en niveles muy adecuados para controlar la microbiología dentro de la red.

-Turbidez: es un parámetro indicador de la eficacia del tratamiento de potabilización del agua.

-Conductividad: indica las sales disueltas que contiene el agua. A menor conductividad, menor cantidad de sales, mejor es la calidad del agua para su consumo (dentro de unos límites ya que las sales son necesarias) y mejor sus características para el uso doméstico.

Recomendaciones / Conclusiones: 1. El agua llega al consumidor con excelente calidad. 2. Las inevitables averías en la red, obras de mantenimiento y otras contingencias no afectan en gran medida a la calidad del agua, no se han obtenido resultados con una calificación del agua como No apta para el consumo. 3. La labor municipal de mantenimiento y saneamiento de la red en edificios municipales, se hace con más garantía y motivación, al conocer los resultados del trabajo y dando preferencia al cambio de tuberías en los edificios en los que se dio alguna incidencia en años anteriores.

16. ATENCIÓN A LA MATERNIDAD TEMPRANA

*Hernández Martín, MD, Martínez de Marañón Collado I, Segura López I, Romero Abellan I, Llerena Achutegui P, Díaz Fernández R, Serrano Lindes R. Hernández Martín MD.
Ayuntamiento de Madrid*

Antecedentes / Objetivos: Mejorar el nivel de salud y bienestar de las adolescentes embarazadas mediante la información, asesoramiento y apoyo sanitario, psicológico y social a lo largo del proceso de embarazo, parto y crianza. Fortalecer a la adolescente y personas significativas de su contexto social: Contener a nivel emocional. Favorecer la toma de conciencia del embarazo. Promover una respuesta adaptativa. Potenciar autocuidado. Métodos: Acogimiento y acompañamiento a lo largo de todo el proceso por parte de la auxiliar sanitaria. Intervención:

- individual, familiar y grupal.- sanitaria, psicológica y social-comunitaria. Atención inmediata ajustada a la biografía y contexto. Flexibilidad, prioridad y disponibilidad. Escucha y empatía-Respeto, acompañamiento y apoyo. Detección de situaciones de alto riesgo. Plan individualizado de atención. Cooperación intercentros. Trabajo en equipo Coordinación entre distintos recursos institucionales: Servicios Sociales, Hospitales, Centros educativos.

Resultados: Se han atendido a 30 mujeres (entre los 14 y 22 años) en seis meses: El 43,3% eran menores de 18 años. Sólo un 30% eran españolas. Un 26,7% no tenían pareja. Del 70% que conocemos la edad de sus parejas, 56.3% eran mayores de edad. El 40% la relación era menor a un año. El 66,7% eran Primigestas. El 43,2% no convivían con sus padres y madres. El 56,7% eran estudiantes. Acuden el 63,3% en el primer trimestre de embarazo. El 43,3% sin control gestacional.

Recomendaciones / Conclusiones: La maternidad temprana es un fenómeno multicausal. La ausencia de programas de prevención en salud sexual y reproductiva que tengan en cuenta las características propias de la adolescencia y el contexto sociocultural es un factor de desprotección añadido.

En las maternidades tempranas, además de las actuaciones más biologicistas, el foco se debería poner en la potenciación de los factores protectores que presenten las jóvenes y su entorno. Según nuestra experiencia, este fenómeno en nuestro entorno está presente en las jóvenes donde las vulnerabilidades son mayores ya sea por procesos migratorios, pérdidas significativas en su entorno, pobreza o exclusión, que a su vez favorecen que se pueda cronificar las vulnerabilidades en su trayectoria vital.

18. LA FORTALEZA DE LA INTERVENCIÓN COMUNITARIA PARA EL CAMBIO DE ACTITUDES: PROMOCIÓN DE LA SALUD SEXUAL Y PREVENCIÓN DEL EMBARAZO

M^a Cristina Urzaiz Paccaud, María Dolores Cebolla Toledano, Alfonso Antona Rodríguez, María Almudena de Andrés Domingo, María Dolores Hernández Martín Madrid Salud. Ayuntamiento de Madrid

Antecedentes / Objetivos: En algunos grupos de población, con un efecto multiplicatorio, pueden confluír diferentes variables que generan e incrementan desigualdad social en salud: procesos migratorios, etnia, dificultades idiomáticas, inequidad de género, económicas, sociales y culturales. Cuando esto sucede, sitúa a ésta población en mayor riesgo de exclusión social. La intervención comunitaria facilita el acceso a los recursos públicos a quienes más dificultades tienen para desarrollar una salud sexual y una salud reproductiva justa y adecuada.

Métodos: Desde el Programa de Salud Sexual y Reproductiva del Ayuntamiento de Madrid, se desarrollan acciones comunitarias dirigidas a personas y territorios con mayor riesgo de exclusión social. La experiencia que se presenta, parte de la realización de un taller de Educación para la Sexualidad (participativo y adaptado) con 8 mujeres rumanas de etnia gitana en un asentamiento chabolista. Como consecuencia de la intervención, con la que se contó con mediación sociocultural, en los seis meses siguientes se incorporaron a las consultas de planificación familiar, numerosas mujeres. Setenta y nueve (79) han accedido a métodos anticonceptivos seguros que les permiten decidir sobre su vida sexual y reproductiva.

Resultados: Una única intervención comunitaria, compleja, pero exitosa, posibilitó la instauración de 14 DIUs de cobre de alta carga, 18 DIUs medicados, 23 Implantes subdérmicos y 24 inyectables de anticoncepción; que permiten disminuir el número de embarazos no planificados, el número de IVEs y vivenciar la sexualidad de forma más saludable, en una comunidad con alta tasa de fertilidad.

Recomendaciones / Conclusiones: En el diseño de cualquier acción comunitaria, la participación activa de las personas que componen una comunidad tiene un efecto multiplicador sobre salud del grupo de pertenencia. Identificar las redes de apoyo no formal entre las mujeres fortalece las intervenciones, facilita la desaparición de barreras y mejora el acceso a la red sanitaria pública; hasta ahora, la única capaz de disminuir las desigualdades sociales en salud. Es un reto para los Servicios Públicos dar respuestas adecuadas.

19. EDUCACIÓN EN PRIMEROS AUXILIOS, ¿ÚTIL EN LA POBLACIÓN INFANTIL?

*Ana María Osuna Fernández-Baillo, María del Carmen Cánovas Lago
C.S. Jaime Vera, Madrid*

Antecedentes / Objetivos: Los accidentes son la primera causa de morbi-mortalidad en niños menores de 15 años y por tanto es un problema de salud pública de vital importancia. Aunque muchos de estos accidentes se producen por causas ajenas al niño, se pueden llevar a cabo una serie de actuaciones para evitarlos. Por otra parte, se ha demostrado científicamente que una atención temprana en los accidentes, sean de la naturaleza que sean, mejora las tasas de supervivencia y reduce las secuelas posteriores en la víctima. Por ello, destacamos la importancia de las medidas de prevención y consideramos oportuna la realización de una actividad comunitaria con los niños de un colegio de la zona, planteándonos los siguientes objetivos:

Objetivo general: Familiarizar a los alumnos con el mundo de los primeros auxilios básicos e inculcar conceptos relacionados con la prestación de los mismos.

Objetivos específicos:

- Dotar a los alumnos de una formación en primeros auxilios que les permita socorrer a un accidentado hasta la llegada de los servicios sanitarios.
- Interiorizar de forma práctica el protocolo de actuación de primeros auxilios, de manera que puedan actuar con serenidad frente a situaciones de urgencia.

Métodos: El curso se dividió en tres sesiones de 90 minutos de duración cada una. Las actividades consistieron en charlas participativas, un taller de RCP básica y otro de vendajes. Los temas sobre los que versaron las sesiones fueron los siguientes:

- Prevención de accidentes
- RCP básica
- Atragantamientos y mareos
- Intoxicaciones
- Lesiones y fracturas
- Heridas y hemorragias
- Quemaduras
- Taller de vendajes

Se realizó una encuesta previa a la actividad y la misma de forma posterior para evaluar los conocimientos adquiridos por los alumnos.

Resultados: Los resultados promedios de la prueba objetiva previa a la actividad fueron de 4,68 puntos (siendo la máxima puntuación de 10). Los resultados posteriores fueron de 7,16 puntos. Los alumnos aumentaron el número de respuestas correctas en un 24,8%.

Recomendaciones / Conclusiones: Se objetivó un aumento significativo de los conocimientos por parte del alumnado.

La asistencia a la actividad fue plena y muy participativa. Tanto alumnos como profesores y tutores colaboradores en la actividad quedaron muy contentos con el taller y solicitaron su realización en ediciones posteriores.

A la vista de los resultados y de las opiniones recibidas, consideramos que estas actividades son muy valoradas por parte de la población y que en ellas se adquieren conocimientos que pueden resultar muy útiles para la salud comunitaria. Por tanto, se debería promocionar este tipo de actividades desde la AP y la salud pública.

20. COMEDORES ESCOLARES, ¿DIETA EQUILIBRADA?

Ana María Osuna Fernández-Baillo, María Alonso Carrasco, Carmen María Berdún González, Cristina López Sánchez
C.S. Jaime Vera. C.S. San Fernando I.

Antecedentes / Objetivos: La obesidad infantil es el principal factor de riesgo para el desarrollo de obesidad en el adulto u otras causas de riesgo cardiovascular con sus complicaciones asociadas. La escuela y el comedor escolar son lugares privilegiados para que los niños adquieran conocimientos relacionados con la salud y la nutrición. Desde el Ministerio de Sanidad y la AESAN se impulsó en 2005 la estrategia NAOS, con el fin de prevenir la obesidad infantil en España. Ante esto surgieron algunas preguntas:

- ¿Los menús escolares siguen las recomendaciones de la AEP y la estrategia NAOS?
- ¿Existen diferencias en los hábitos saludables en función de dónde realicen la comida principal?

Dada la prevalencia de la obesidad infantil y la importancia de una dieta equilibrada se planteó este estudio con los siguientes objetivos:

- Describir la relación entre el IMC y el lugar dónde habitualmente comen los niños: casa o comedor escolar.

- Describir el tipo de dieta en ambos grupos.

- Describir el número de horas de ejercicio.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo transversal entre los niños de 8 años que acudieron en los últimos dos años a la revisión del niño sano de los Centros de Salud Jaime Vera y San Fernando I.

Se tuvieron en cuenta como variables: sexo, IMC, nº de horas de ejercicio a la semana, lugar donde se realiza la comida principal, tipo de dieta.

Con una población de 525 niños se obtuvo una muestra de 290, excluyendo las revisiones normalizadas o incompletas. Se llamó por teléfono a los padres para invitarles a participar. Los datos se recogieron de la historia clínica excepto el lugar donde se realizaba la comida principal. En el proceso se perdieron 39 niños con los que no se consiguieron contactar. Se describen datos cualitativos como frecuencias absolutas y relativas y cuantitativas, con media y D.E., ambos con un IC del 95%. Se analizaron con el programa estadístico SPSS.

Resultados: La muestra estaba compuesta por 119 niñas (47.4%) y 132 niños (52.6%). El 55,4% del total, realizaba su comida principal en el comedor mientras que el 44,6% en su domicilio o el de un familiar.

El IMC de los niños que comían en el comedor era de 17.96 (D.E. 3,05) mientras que el de los que comían en casa era de 17.54 (D.E. 2,84). La diferencia entre los grupos es de 0,4 con un IC del 95% (-1,1-0,3).

En los hábitos alimenticios no hay diferencias entre grupos.

Recomendaciones / Conclusiones:

- No existe relación estadísticamente significativa entre el IMC y el lugar de la comida principal.

- Distribución del IMC en la población: Por debajo del p10 (bajo peso): 13,5%; Entre el p10 y el p90 (normopeso): 62,2%; Por encima del p90 (peso excesivo): 24,3%.

- Hábitos alimentarios: Consumo de lácteos: se cumplen las recomendaciones de la AEP; consumo de verduras: gran parte de la población no cumple las recomendaciones; se recomienda incidir en su consumo; consumo de frutas: aproximadamente el 50% cumple las recomendaciones. Se recomienda fomentar el consumo de fruta; dulces y grasas: se debe limitar su consumo.

- Ejercicio físico: destacable escasez de actividad física. Se recomienda al menos una hora de ejercicio diaria.

Es necesario destacar que tan solo 6 individuos de la muestra sometida a este estudio cumplían todas las recomendaciones de la AEP.

21. VILLA DE VALLECAS CAMINA

*Rosario Gavira Izquierdo, Fátima Cortés Fernández, Pilar Fanjul García
Mercedes Ceinos Arcones. CMS Villa de Vallecas*

Antecedentes / Objetivos: Madrid Salud en colaboración con la Dirección General de deportes comenzó la actividad “Caminar por Madrid” consistente en realizar una actividad física a través de una marcha por las zonas verdes del distrito. El objetivo era la promoción de ejercicio físico como un hábito que mejora la salud. Durante 3 meses se contó con la colaboración de un monitor de la Dirección general de deportes y, una vez finalizada dicha colaboración, el Centro Madrid Salud (CMS) de Villa de Vallecas consideró que era importante continuar con esta actividad puesto que en el programa ALAS (Alimentación y actividad física) y en otros programas y talleres se hace hincapié en la necesidad de incorporar la actividad física en nuestra vida cotidiana, como hábito importante para la salud y que además favorece las relaciones sociales.

En el CMS de Villa de Vallecas el programa se lleva realizando desde octubre del 2012 parando los 3 meses de verano y comenzaremos nuevamente en octubre.

Métodos: Todos los miércoles de 9:30 a 11 horas el grupo se reúne en el punto de encuentro fijado cerca del CMS y comienza la actividad con ejercicios de calentamiento durante 10 minutos, dirigidos por personal sanitario del centro. A continuación comenzamos la marcha lentamente y vamos aumentando el ritmo progresivamente hasta llegar a la mitad del recorrido, donde realizamos ejercicios de elasticidad, resistencia, coordinación. Volvemos a comenzar la marcha y nos dirigimos al punto de encuentro donde realizamos ejercicios de estiramientos y vuelta a la calma.

Resultados: En los 9 meses de desarrollo de la actividad han caminado 33 grupos, un total de 83 personas adultas (14 hombres y 69 mujeres), con una media de participantes por grupo de 27,72 usuarios. Debido a la buena aceptación de la actividad, algunas personas solicitaron que se realizara la actividad por la tarde, se amplió la misma y también se realiza los lunes en horario de 16:30 a 18 horas (aunque no podemos presentar datos de esta actividad). Algunos de los participantes han organizado grupos más reducidos y también salen a caminar otros días de la semana.

Recomendaciones / Conclusiones: - Se ha conseguido que un grupo más o menos constante de personas del distrito participe en una actividad física semanal de forma regular, favoreciéndose las relaciones sociales entre ellas.

- La difusión de la actividad ha sido, fundamentalmente, a través del boca a boca debido al buen desarrollo de la misma. Creemos que el hecho de que sea una actividad gratuita ha contribuido a la participación y difusión de la misma.

- Este conocimiento de la actividad en el distrito ha propiciado que algunas instituciones que trabajan con personas con discapacidad hayan solicitado participar, habiéndose convertido así en un instrumento que favorece la integración de personas con discapacidad y el trabajo contra las desigualdades en salud.

22. CAMINAR ES SALUD

M^a Remedios López Marín, Marta María de Jaime Ruiz, Marta Sastre Paz, Carmen Ramos Martín, Reyes García Martín, Juan José Palomares Ruiz.
CMS Villaverde – Madrid Salud

Antecedentes / Objetivos: desde la apertura de un Centro dedicado a la Promoción de la Salud y Prevención, hace poco más de dos años, y en el marco del Programa de “ALAS: Alimentación, Actividad Física y Salud” comenzamos a impartir talleres grupales de educación para la salud sobre esta materia. De manera casi simultánea se llevaron a cabo dos paseos saludables en sábados con una afluencia de 25 personas en cada uno. Desde ese momento han sido l@s usuari@s l@s que han demandado la continuidad de esta actividad de ejercicio físico de manera semanal (y hasta 2 veces a la semana), pues tanto el taller de Educación para la salud como los dos paseos habían contribuido a que se encontraran mejor de salud y a relacionarse entre ell@s.

Métodos: Los paseos tienen una duración de una hora. Se realizan ejercicios de calentamiento previamente al paseo y de estiramientos después del mismo. En parte por cuestiones meteorológicas un día al mes se realiza en ese mismo horario, baile, en vez de paseo. El baile es una forma diferente y divertida de hacer ejercicio físico. Más recientemente hemos incorporado la zumba a ese día de baile, y el éxito ha superado las expectativas. Algunas personas que acuden al centro desde que se inauguró siguen acudiendo y colaboran de manera más activa y directiva en esta actividad (organizan al grupo, dirigen la tabla de ejercicios de calentamiento y estiramiento, y acompañan a algún@s miembr@s del grupo que tienen dificultad por seguir el ritmo de la mayoría durante el paseo).

Con el acuerdo con la Dirección General de Deportes y Madrid Salud tuvimos la suerte de contar con dos licenciados en Educación Física durante 6 meses para realizar otras actividades de ejercicio físico dos veces en semana más.

Resultados: El número de participantes en esta actividad ha ido aumentando, hasta los 25, en algunos días; siendo la media de 15. La duración de los paseos es de dos horas en la actualidad.

Esta actividad favorece la adquisición de hábitos de vida saludables, como es el ejercicio físico regular; además genera un espacio agradable de relación con vecin@s. Los mensajes que durante el taller se trabajan, se practican en esta actividad en la misma semana, por lo que contribuye a que el mensaje sea más potente y facilitador del cambio de hábitos que buscamos.

Recomendaciones / Conclusiones: Consideramos que poner en marcha actividades grupales que refuercen los mensajes que se imparten en los talleres de Educación para la Salud tiene gran impacto en la población y son relativamente sencillas. La relación social mejora la salud de las personas y si ésta se logra a través de la práctica de un ejercicio físico regular son dos objetivos en salud los que conseguimos. Sirva de ejemplo esta experiencia para otr@s compañer@s que trabajan en promoción de la salud, para que a simultáneamente a un taller grupal de Educación para la Salud de Alimentación y Actividad Física, inicien una actividad física regular grupal en el territorio.

23. DETECCIÓN PRECOZ: PACIENTES CON PENSAMIENTO Y EMOCIONES NEGATIVAS, PREVENCIÓN Y MANEJO DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN

Esther Murillo Muñoz. Enfermera. Actualmente: Residente de Enfermería familiar y comunitaria segundo año

Antecedentes / Objetivos: La enfermería familiar y comunitaria, ve al paciente de manera holística, biopsicosocialmente. Estamos ante un periodo crítico (crisis económica), muchas personas sufren malestar por la aparición de pensamientos negativos, emociones negativas y alteraciones conductuales. Las dificultades económicas, recortes en políticas: sanitaria y social, pérdida de empleo, desahucios..., son algunas de las causas. Generando descompensación en el estado de salud (aumento de su TA, glucemia) en pacientes con patologías previas, somatizaciones, aparición de nueva sintomatología: nerviosismo, taquicardia, palpitaciones, baja autoestima, ánimo bajo y distorsiones cognitivas entre otras. Así, como la aparición de estrés, ansiedad y depresión, trastornos psicológicos más frecuentes del siglo XXI. Nuestro papel, es muy importante, el uso de la enfermería psicosocial en consulta, es fundamental.

Objetivos: Comprobar la efectividad de las intervenciones:

1-Detección precoz de pensamientos, emociones negativas y distorsiones cognitivas, para restablecer cuanto antes, el bienestar del paciente.

2-Identificar el tipo de personalidad del paciente y si interfiere en su salud.

3-Aumentar el bienestar de pacientes con pensamientos y emociones negativas, distorsiones cognitivas, ansiedad y depresión en consulta de enfermería, aplicando terapia cognitivo conductual, técnicas de relajación, meditación y utilización de psicología positiva.

Métodos: Estudio cuasi-experimental. Variables Principales: -Puntuación en cuestionario elaborado para: detección del tipo de personalidad (A, B, C), pensamientos y emociones negativas, distorsiones cognitivas. Pre-post intervención.

Variables secundarias:

-Puntuación en Golberg test ansiedad-depresión, pre-post intervención.

-Puntuación en test de bienestar (Cuestionario de salud F12), pre-post intervención.

Otras variables: edad, sexo, hábitos tóxicos (fumador, bebedor alcohol) enfermedades crónicas (HTA, DM, obesidad, dislipemias), estado civil (casado o emparejado, soltero, viudo), N° de hijos, situación laboral (empleado, desempleado, contratación: eventual, interino, fijo).

Resultados: En el momento actual, nos encontramos en el periodo de pre-intervención, esperando datos cuantitativos. Tenemos datos cualitativos (verbalizaciones de pacientes, refieren salir de la consulta de enfermería más optimistas).

Recomendaciones / Conclusiones: Animar a los profesionales enfermeros, a dar respuesta a las necesidades de salud (psicosocial y biológicas relacionadas con alteraciones del estado de ánimo) de los pacientes que acuden a consulta en su centro de salud, mediante la identificación de estos problemas utilizando los diagnósticos NANDA II, estableciendo los criterios de resultados (NOC) y planificando las intervenciones enfermeras (NIC) reconocidas internacionalmente, que existen a tal efecto.

24. SERVICIO DE PRUEBAS RÁPIDAS DE VIH CON MEDIACIÓN SOCIOCULTURAL UBICADO EN CENTROS DE SALUD DE MADRID. ¿SE ALCANZA A LA POBLACIÓN?

Morán-Arribas M, Esteban-Vasallo MD, García-Riolobos C, Rico J, Ultra J, Pizarro B, Domínguez-Berjón F, Quevedo JA, Herrero J et al.
Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención, Comunidad de Madrid (CM). *Salud entre Culturas, CS Justicia, CM, CS Lavapiés*

Antecedentes / Objetivos: Los Servicios de Prevención y Diagnóstico Precoz de VIH (SPDP) con pruebas rápidas se implantaron progresivamente en la CM desde el 1 de diciembre de 2009. Dirigidos principalmente a población vulnerable al VIH, se basan en la mediación sociocultural y se ubican en 8 centros de salud (CS) seleccionados por criterios epidemiológicos. Describir la población atendida en el SPDP, los resultados del test y conocer el grado de satisfacción con la atención recibida.

Métodos: Estudio descriptivo transversal. Se analizaron las consultas entre el 29-04-2010 y 31-05-2012. Se describió la población atendida estratificada en tres grupos: hombres que tienen sexo con hombres (HSH), hombres heterosexuales (HH) y mujeres, y se comparó la distribución de las variables estudiadas (edad, origen, nivel educativo, historia sexual y prácticas de riesgo), valorando las diferencias entre grupos mediante t de student y ji-cuadrado.

A su vez, se llevó a cabo una encuesta anónima a una muestra oportunistas de usuarios entre enero de 2011 y enero de 2012 en 4 CS. Se empleó un cuestionario autoadministrado, creado ad hoc y pilotado, disponible en cinco idiomas.

Resultados: De un total de 1940 consultas, el 25,4% correspondían a HSH, 45,1% a HH y 29,5% a mujeres. La media de edad fue mayor en HH (34.4 ± 10.8 , $p < 0.001$). El 35,4% eran inmigrantes (18,3% de Latino América), un 2,5% eran o habían sido trabajadores/as del sexo y el 15,4% clientes de prostitución. El nivel educativo era elevado (62,9% universitarios). Las parejas esporádicas eran más frecuentes entre los HSH (85,2%, media de 12,8 parejas en el año previo). El 24,1% de mujeres no utilizaban preservativo regularmente, frente al 14,9% de HH y el 11,4% de HSH. Se realizó el test en el 94,1% de las consultas, resultando reactivo en el 2,1%. Mayor % de reactivos entre HSH (6,3% frente al 0,7% en HH y mujeres), inmigrantes (2,5%) y en los de menor nivel de estudios. Un 44,2% no se habían realizado nunca una prueba de detección de VIH. La valoración global del servicio en una escala de 1 a 10 fue de $9,56 (\pm 0,79)$, sin diferencias por sexo, edad, origen o nivel de estudios. Se valoró como muy importante la rapidez del test (87,5%), el respeto a la identidad y la diversidad sexual y la garantía de privacidad de los datos e información (76,4% y 75,4% respectivamente). El 71,3% consideraron bastante o muy importante ser atendido sin Tarjeta, el 95,4% muy satisfactoria la atención del mediador y el 82,7% la de enfermería.

Recomendaciones / Conclusiones: Se captó una alta proporción de población vulnerable (HSH e inmigrantes). El % de población que se realizaba el test por 1ª vez y la tasa de detección de VIH fueron elevados con respecto a otros dispositivos de test rápidos. La encuesta reveló muy alto grado de satisfacción con el SPDP y la atención recibida, destacando especialmente la figura del mediador. Puede concluirse que los SPDP de CS cuentan con la aceptación por parte de la población y se adaptan a sus necesidades. Interés Difundir una experiencia novedosa en Atención Primaria de servicios de pruebas rápidas adaptados culturalmente.

25. VIVIR COMPARTIENDO

*Laura Guarddon Bermejo,
Asociación Centro Trama Asociación Centro Trama.*

Antecedentes / Objetivos: Tras una situación de crisis económica como la que está sufriendo el país, existen múltiples familias que están viviendo diversos cambios a nivel laboral, viendo como merma su economía familiar, hasta llegar a tener grandes dificultades para cubrir las necesidades básicas de sus menores. El objetivo de este proyecto es cubrir las necesidades básicas de familias que se encuentran en situaciones de exclusión social mediante ayudas puntuales o continuadas. Intentando reducir los efectos de la pobreza en los menores de dichas familias. Para ello contamos con la colaboración de familias que desean “vivir compartiendo”.

Métodos: Nuestra función es informar de las necesidades de las familias beneficiarias, a las familias que quieren vivir compartiendo, con el objetivo de cubrir las necesidades de sus hijos. Tendríamos un listado de mails de las familias colaboradora (ley de protección de datos), una vez al mes nos pondríamos en contacto con ellas para transmitirles las necesidades concretas que tengan las familias con las que vivan compartiendo. Las familias portadoras traerían al centro, un día establecido con anterioridad, el pedido de ayuda y ese mismo día nosotros lo entregaríamos a sus beneficiarios. Se mantendría el anonimato por ambas partes, estableciendo previamente un compromiso (se firmara un Contrato de Compromiso). Puede existir una familia con alto riesgo que obtengan ayudas de varias familias aportadoras. También puede existir la necesidad de cubrir una ayuda puntualmente, por ello van a existir un par de familias colaboradora que sean familias de imprevistos. Todas las decisiones las tomaran los profesionales técnicos del Centro de día, con la mayor rigurosidad y objetividad posible; siempre en beneficio de los menores.

Resultados: El proyecto empezó en abril del 2013 y continúa con mucho éxito, ya se cuenta con quince familias colaboradoras con sus respectivas familias beneficiarias. Siendo un proyecto con poca publicidad es todo un éxito.

Recomendaciones / Conclusiones: Se ha considerado un proyecto asistencial que proporciona una pequeña ayuda pero que aporta un gran apoyo a las familias en situación de pobreza.

26. INTERVENCIÓN EDUCATIVA DE PREVENCIÓN DE CONSUMO DE TABACO EN ALUMNOS DE 1º Y 2º DE ESO EN LA COMUNIDAD DE MADRID (C.M.)

C. Febrel, B. Zorrilla.

Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención.

Antecedentes / Objetivos: Los datos de estudios estiman descenso de consumo de tabaco en adolescentes en la C.M. Se realizó intervención educativa en 2012 a escolares de 1º-2º ESO para prevenir inicio de consumo de tabaco y evaluar antes-después prevalencia, determinantes y actitudes del consumo.

Métodos: Intervención educativa a una muestra de alumnos de 1º y 2º de ESO de centros públicos y privados de la CM. Se realizan 3 talleres en 1º de ESO y 2 en 2º ESO por equipo extra-escolar. Participaron 1051 alumnos de 1º y 935 de 2º. Se realiza evaluación con cuestionario auto-administrado antes-después. Se describen y comparan variables (Prueba no paramétrica de Wicolson). Existe limitación de interpretación de resultados por falta de grupo control.

Resultados: El % total alumnos con respuesta pretest y post-test fue 85,2%. La media de edad 12,7 y 13,6 años y 51,4% varones. Consumo de tabaco. 1º ESO pre-intervención; Diario-Semanal 1,6% (0,87-2,62) ocasional 2,2% (1,15-3) experimentación 11,4% (8,6-12,59). Post-test, diario-semanal 1,49% (0,6-2,3) ocasional 2,1% y experimentación 12,4%. En 2º de ESO el % aumentó. Pre-test: Diario-Semanal 4,84% (3,2-6,3) Ocasional 6,08% (4,3-7,8) y experimentación 20,1%. En post-test los datos fueron semejantes: 4,32%, 5,59% y 20,5%. No se halló diferencia significativa. Opinión tabaco. 11% de 1º ESO y 12% de 2º dice que fumar implica más éxito entre compañeros. 70% de 1º y 65,9 de 2º que es bastante o muy difícil dejarlo. Además, 41,8% de los alumnos afirma que siempre o algunas veces fuman en su presencia. Sobrestiman el consumo 31% de 1º y 51,8% de 2º, responden que fuman casi todos o más de la mitad de los chicos de su edad. Presión social; 2,4% de 1º y 4,1% de 2º creen que fumarían seguro, si sus amigos fumaran. Consumo futuro. En 1º ESO pre-test, 4% fumarán seguro en 5 años y creen que lo harán 7,8%. En pos-test se reducen las cifras a 2,5% y 7,5%. En 2º de ESO pre-test afirman que fumarán seguro 8,4% y pos-test 5,6% encontrando diferencias significativas. También un total de 46,3 % responden en pretest seguro que no fumarán y en postest aumenta hasta 51,8%, hallando diferencia significativa ($p < 0,04$).

Recomendaciones / Conclusiones: La prevalencia de consumo de tabaco diario y la experimentación aumenta con la edad pero se hallan breves cambios en la actitud de consumo futuro y conductas de consumo después de las intervenciones escolares que conlleva continuar con sesiones de refuerzo en próximos años. Además 3 de cada 4 alumnos que recibieron la intervención opina que es útil se vuelva a impartir este taller a los chicos y chicas de su edad.

27. ACTUACIÓN ANTE CASOS DE VIOLENCIA DE GÉNERO DETECTADOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO

*Carmen Gómez Velasco, Natalia Villalba Guijorro, Carmen del Arco Galán, Esther Gallego Cánovas, Myriam Pichiule Castañeda, Carmen de Castro Abad
Hospital Universitario de La Princesa. Instituto de Investigación.*

Antecedentes / Objetivos: El Servicio de Urgencias (SU) es un punto estratégico para la atención y detección de la Violencia de Género (VG). En nuestro hospital existe un protocolo de actuación específico: los profesionales identifican el caso, realizan el parte de lesiones, el protocolo de violencia doméstica y lo comunican a Trabajo Social (TS), quien realiza intervención, registro y seguimiento posterior.

Objetivo: Describir las actuaciones realizadas en los casos de VG detectados en el SU de un Hospital Universitario.

Métodos: Análisis descriptivo, retrospectivo de las actuaciones en los casos de VG. La fuente de información fue el registro de la gestora de casos y la historia clínica informatizada. El Hospital es Universitario, urbano, con casi 500 camas, con Urgencias Generales y sin Servicios de Ginecología ni Pediatría. A finales del 2010 se realizó una intervención de sensibilización dirigida a los profesionales del SU mediante sesiones formativas.

Resultados: Se identificaron 174 casos en 3 años. Edad media 36,6 años, con rango de 18 a 78. El 66% fueron extranjeras (74% latinoamericanas), un 36% con hijos menores y un 30% en paro. El 79,3% refirió violencia física y psicológica, 13,8% sólo violencia física y 6,9% sólo violencia psicológica. El agresor fue la pareja (82%) y la expareja (18%). En el 70% de los casos las mujeres convivían con el agresor. Dentro del SU las mujeres fueron atendidas en Cirugía (50%), Traumatología (35%), Urgencias Médicas (9%) y en Psiquiatría (6%). Los diagnósticos fueron: contusiones múltiples (34,1%), contusiones únicas (26,5%), TCE leve (16,5%), patologías psiquiátricas (10%), traumatismos con consecuencias graves (3,5%), erosiones/ excoriaciones (3,5%), otros diagnósticos (5,9%). El pronóstico según el parte de lesiones fue leve (95,7%) y reservado (4,3%). El destino al alta del SU fue domicilio (91,3%), centros de emergencia (4,7%) y hospitalización (4%). En el 85% se realizó el parte de lesiones, en un 9% fue necesario activar el protocolo de protección en el hospital. El 25% fueron atendidos por la TS de forma inmediata. En el resto, la intervención social se realizó tras el alta, a través de la información que los profesionales sanitarios dejaron en los buzones dispuestos a tal efecto en el SU. En 22 casos no se pudo contactar con la mujer. En el 32% se coordinó con AP para asegurar la continuidad asistencial. Tras la intervención de sensibilización, el número de casos notificados se duplicó.

Recomendaciones / Conclusiones: Llama la atención la ausencia del parte de lesiones en el 15% de los casos. Se ha constatado que la actuación de sensibilización ha sido efectiva. Gran parte de los casos fueron notificados a través de los buzones. Se han activado los protocolos existentes, posibilitando la continuidad asistencial.

28. ESCUELA DE ABUELAS Y ABUELOS

Rosa M^a Romero del Pozo, José Aurelio Fuentes Navarrete, M^a Luisa Relaño Estapé, Isabel Abando Varela, Ascensión Salazar Urtasun.

Ayuntamiento de Móstoles. Equipo de Atención Temprana de la Comunidad de Madrid.

Antecedentes /Objetivos

Un estudio de 1999 muestra el valor de las abuelas/os en la atención de la infancia y su participación en Escuelas Infantiles y evidencia la diversidad de circunstancias familiares que hace necesario que personas mayores se ocupen de nietos/as.

En 2001 se inicia la primera “Escuela de abuelas/os con nietos/as de 0 a 6 años” que pretende promover el bienestar familiar, reconocer el rol de abuelas/os y mejorar las relaciones intergeneracionales.

Objetivos:

- Reconocer el papel transmisor de cultura, costumbres y raíces.
- Valorar la relación afectiva con los y las menores.
- Entrenar en pautas educativas, emocionales y de salud.
- Compartir experiencias.
- Implicarse con las escuelas.
- Dar a conocer recursos para mayores e infancia.

Coordinación: EAT y Escuela Municipal Salud

Participan: Educación, Mayores, Socioculturales, Biblioteca y Centros de Salud.

Método:

Activo y participativo, equipo docente multidisciplinar e interinstitucional.

Se complementa con una minibiblioteca y guía de libros.

Resultados

En los 10 últimos años se han realizado 10 cursos, suponen 146 horas lectivas y una asistencia acumulada de 222 personas, hombres 50 y mujeres 172 (parejas 31).

Se evalúa cuantitativa y cualitativamente, en los cuestionarios de evaluación (71.7% de participantes) todas las personas manifiestan satisfacción por el curso, por el trato recibido, la atención y dedicación de profesionales y recomendarían la actividad.

Las personas mayores destacan que se reflexiona y se da importancia a su rol en la familia y su responsabilidad en la transmisión de tradiciones y cultura, se sienten valoradas y comprendidas. El equipo profesional pone el énfasis en la riqueza de las aportaciones del alumnado y la participación.

Ha sido difundido en diferentes medios (prensa, radio y televisión).

Conclusiones:

Esta actividad formativa destaca por:

- La participación y sinergia entre recursos comunitarios y por ser multidisciplinar.
- Mantenerse en el tiempo desde hace 13 años.
- Descentralizar el lugar de realización en diversos emplazamientos del municipio (escuela infantil, centro de salud, colegio, centro de mayores), para facilitar el acceso y la participación.
- Crear un espacio donde compartir experiencias y conocer otras personas con la misma realidad y las condiciones adecuadas para aclarar dudas y aprender.
- Facilitar estrategias y herramientas para auto-cuidarse, atender a la infancia en sus necesidades básicas, solucionar conflictos familiares y aprender a mejorar las relaciones intergeneracionales.
- Aprender a valorarse y a cuidarse las abuelas y abuelos para poder cuidar.
- Mantener una minibiblioteca con préstamo de libros y cuentos de interés.

29. PAPEL DE LA PREVENCIÓN EN EL DETERIORO COGNITIVO LEVE: CENTRO DE PREVENCIÓN DE DETERIORO COGNITIVO DEL AYUNTAMIENTO DE MADRID

Montenegro Peña M, Mejuto Vázquez G, de Andrés Montes ME, Aragón Cancela MC, García Marín A, García Mulero E, Gómez Sánchez-Garnica JM, Llanero Luque M, Lozano Ibáñez M.
Centro de prevención del deterioro cognitivo. Ayuntamiento de Madrid

Antecedentes / Objetivos: Desde el año 1994 el Ayuntamiento de Madrid ha trabajado en la detección y prevención de los problemas de memoria relacionados con la edad desarrollando en su ámbito un Programa de Evaluación y Entrenamiento denominado Método UMAM. En Mayo de 2006 se inauguró el Centro de Prevención del Deterioro Cognitivo (CPDC) que pertenece al Servicio de Prevención y Promoción de la Salud y Salud Ambiental del Instituto de Salud Pública de Madrid Salud. Se presentan los objetivos del centro y las actividades de estos siete años por su valor preventivo en el deterioro cognitivo leve, colectivo de especial vulnerabilidad tanto social como sanitaria.

Métodos: Población diana: personas mayores con problemas de memoria y sospecha de deterioro cognitivo y sus familiares. Captación: Programa de Envejecimiento saludable de los Centros Madrid Salud, Servicios Sociales, Atención Primaria y Especializada, asociaciones, etc. Los objetivos generales del CPDC son dar años de calidad de vida a estos pacientes. Entre los objetivos específicos se encuentran: diagnosticar de forma precoz el deterioro y realizar actividades preventivas. El CPDC tiene 17 profesionales: médicos, enfermeros, psicólogos, trabajadores sociales, auxiliares, etc. La cartera de servicios abarca: 1) Evaluación clínica, neuropsicológica, psiquiátrica y neurológica; 2) Intervención mediante grupos de estimulación, grupos de ordenador, cuadernos en el domicilio, orientación terapéutica y social; 3) Seguimiento de casos y apoyo a la familia; 4) Relaciones con asociaciones de mayores o con población discapacitada: ONCE.

Resultados: Los datos del CPDC en los años 2006 - 2012 son de 37.571 atenciones con 9.367 pacientes nuevos. Se han realizado un total de 445 grupos: 249 grupos que acuden a 24 sesiones de estimulación por ordenador; 97 grupos de estimulación cognitiva para deterioro cognitivo leve que acuden 18 o 30 sesiones; 99 grupos de entrenamiento de memoria. En total las atenciones grupales han sido de 79.735.

Se ha atendido a más de 2.000 familiares al año tanto en consulta individual como en charlas informativas. Se realizan también actividades de docencia tanto para profesionales del Ayuntamiento como para profesionales externos. Otra línea de actividad es la investigación con varios proyectos en colaboración con Universidades y Hospitales. El CPDC proporciona una serie de beneficios: Para el paciente: detección de casos patológicos y comienzo precoz del tratamiento, implicación en la prevención. Para la familia: aporta respuestas sobre el declive cognitivo y funcional del paciente, reduce el estrés y la carga familiar. Para el profesional médico: evita pruebas innecesarias, ayuda al diseño de un plan de actuación individualizado. Para la sociedad: ahorro de costes, avances en la investigación.

Recomendaciones / Conclusiones: El CPDC contribuye a potenciar el trabajo que el Ayuntamiento de Madrid viene realizando en el campo de las alteraciones de memoria y la estimulación cognitiva en los mayores. Es también un exponente de las actuaciones preventivas que se pueden realizar en la Comunidad.

30. EXPERIENCIA EN EL CMS SAN BLAS: INTERVENCIÓN COMUNITARIA EN UN INSTITUTO DE MADRID TRAS LA DETECCIÓN DE DOS CASOS DE COERCIÓN SEXUAL

*D.Sojó, B.Jambers, M.Herrera, C.Dueso, R. Fernández Menes, L.Yeves, B.I.Indave
CMS San Blas. Hospital Universitario de Móstoles*

Antecedentes / Objetivos: Existe evidencia de que la coerción sexual (CS), conducta sexual abusiva, definida como: situación en la que se emplean métodos verbales y físicos para conseguir una relación sexual no consentida libremente, es frecuente entre adolescentes. Estudios españoles han reportado prevalencias de CS entre estudiantes de 5.3 a 72,3%(Y-SAV, 2012) y han señalado la necesidad de programas educativos que aborden el cambio de actitudes en jóvenes (Hernández-González, 2009). Tras identificar dos casos de CS entre menores de edad atendidos en el Programa de Salud Sexual y Reproductiva (PSSR) del Centro Municipal de Salud de San Blas (CMS SB) en 2013, se detectó la necesidad de una respuesta comunitaria. Nuestro objetivo es presentar la intervención comunitaria (IC) desarrollada e implementada por nuestro equipo en un Instituto de Educación Superior (IES), así como describir las dudas y percepciones detectadas entre los alumnos durante la IC.

Métodos: En una sesión clínica multidisciplinar del CMS SB, tras detectar factores en común (alumnas del mismo IES, 13años, referencias a la presión grupal, etc.) de dos casos atendidos con una semana de diferencia (abril 2013), se decide realizar una intervención comunitaria en el 1º curso de ESO del IES en cuestión.

En colaboración con la Profesora Técnica de Servicios a la Comunidad (PTSC) del IES, se desarrolla una intervención de 50min de duración, programada en horario lectivo, con el objetivo de hacer reflexionar a los jóvenes sobre la sexualidad y favorecer una sexualidad sana y responsable, así como prevenir abusos. Se plantea 1 sesión por clase de 1ºESO, con 2 dinamizadores y 1 observador. Se trabaja en grupos de 4-5 alumnos, recogiendo preguntas anónimas y realizando debates, así como una evaluación final con las percepciones de los participantes. En el contenido de la sesión se abordan diferentes temática relacionadas con la sexualidad (buen trato, comunicación, sexo agradable/desagradable, respeto al otro, libre decisión).

Resultados: Se realizaron 4 talleres en el IES Carlos III de San Blas entre abril y junio de 2013 para alumnos de 1º curso de ESO. Participaron 84 alumnos (media: 21rango:20-22), 42 (50%) mujeres, con un rango de Edad de 12-16años. Se abordaron 50 preguntas anónimas, entre otras relacionadas con la masturbación (28%), la primera vez (10%), el orgasmo (8%) y el uso de preservativo (8%). La mayoría de las asociaciones realizadas por los alumnos con sexualidad que aporta placer se relacionaban con la masturbación, afectividad y respeto y el erotismo, mientras que las realizadas con sexualidad que aporta dolor/sufrimiento se asocian con: violencia/abuso, desconocimiento y sexo oral o anal.

Recomendaciones / Conclusiones: Ante la importancia documentada de la CS en las relaciones de los y las adolescentes (Y-SAV, 2012) y la detección de casos en nuestro medio, recomendamos implementar IC específicas para la detección y la prevención de violencia sexual en el ámbito educativo. Aspiramos a que nuestra experiencia facilite la reflexión colectiva y el debate de equipos que trabajan con jóvenes y ayude a diseñar programas para la detección y prevención de la CS en el ámbito de trabajo del PSSR.

31. ESTRATEGIA GLOBAL DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DEL VIH EN UN CENTRO JOVEN

*Madrid Gutiérrez J, Álvarez Castell L, Carlavilla Sanz S, Santamaría Sánchez I, Escarpa Besga E, Hernández Martín MD, Zueco Pérez P.
CMS Joven (Madrid Salud-Ayto. Madrid)*

Antecedentes / Objetivos: Presentamos nuestro programa de intervención integral de educación, prevención y atención al VIH en el Centro Madrid Salud Joven del Ayuntamiento de Madrid. Somos un recurso público, gratuito que atiende población joven desde los 13 a los 24 años del municipio de Madrid.

Métodos: Presentamos un esquema en red en el que reflejamos las diversas áreas de actuación y las principales actividades en relación con el VIH. A través de un programa de mapas mentales se visualiza gráficamente el conjunto de acciones realizadas.

Resultados: Tenemos establecido un programa de actividades que cubren los siguientes ámbitos de actuación:

- Atención en Consulta de Consejo de ITS y VIH y Test rápidos: Ofertamos consulta programada y a demanda de 9h a 20h. En el año 2011 hemos atendido a 603 personas (203 Test Rápido y 400 Serología). Realizamos test rápidos de VIH, counselling y extracciones.
- Educación para la Salud: Talleres de educación sexual en los institutos de la zona a través del Proyecto Sabintre, Madrid Libro abierto, Intervenciones con Asociaciones y visitas al Centro Joven de los institutos.
- Programa Comunitario: Coordinación con asociaciones de Distrito; Mesas comunitarias: Salud, infancia, género; Colaboración en programas de mediación intercultural del Hospital Ramón y Cajal: celebración del Día de la Prueba, Día del SIDA; Colaboración con asociaciones para la atención a mujeres que trabajan en prostitución; Proyecto Sabintre: programa sociocomunitario con intervención en medio educativo.
- Difusión. Comunicación: Colaboración en DVD. Yo también soy positivo de la Liga de Educación Popular; Colaboración con el Ministerio de Sanidad para la supervisión de guía género y VIH dirigida a Asociaciones Sociales; Distribución de folletos; Participación en congresos y foros de comunicación; Web y consultas On-Line. Es la consulta más frecuente en la red; Termómetro SIDA en Web www.madridsalud.es (Autocuestionario para medir el riesgo de infección por VIH); Distribución de preservativos: Se distribuyen 100.000 al año
- Formación: Tutorías alumnado de escuelas de enfermería; Master de Mujer y Salud; Máster en Sexología. Universidad Camilo José Cela.
- Investigación: Proyecto Eurosupport6. Proyecto europeo para validar un modelo de counselling utilizando medios audiovisuales; Universidad Complutense: Departamento antropología. Estudio etnográfico sobre las entrevistas de counselling; Cualitativo sobre anticoncepción de urgencia; Universidad Granada. Percepción del VIH en adolescentes. Cerca de 3000 cuestionarios en Madrid y Andalucía. Numerosas publicaciones en revistas y congresos.

Recomendaciones / Conclusiones: Presentamos un modelo de intervención en la promoción y prevención del VIH que abarca un gran número de áreas de intervención y actividades que se complementan y contribuyen a una mayor eficiencia de la intervención con adolescentes y jóvenes.

32. ENFOQUE INTEGRAL EN LA ACTUACIÓN CON LAS PERSONAS QUE ACUMULAN RESIDUOS Y ENSERES (SÍNDROME DE DIÓGENES) Y SU ENTORNO

Ortiz Fuillerat C, Sebastián Estebaranz P, Tena Dávila MC, Belmar Bueno JA, Serrano Suárez MC.

Departamento de Salud Ambiental. Madrid Salud; Departamento de Coordinación y Gestión de la Atención Social Primaria. Área de Gobierno de Familia y Servicios Sociales. Departamento de Programación, Evaluación y Desarrollo. Área de Gobierno de Familia y Servicios Sociales. Departamento del Samur Social y Atención a las Personas sin Hogar. Área de Gobierno de Familia y Servicios Sociales. Departamento de Coordinación y Gestión de la Atención Social. Área de Gobierno de Familia y Servicios Sociales.

Antecedentes / Objetivos: Las personas que padecen Síndrome de Diógenes sufren las consecuencias de la acumulación de basuras y enseres en su domicilio y las de exclusión social, uniéndose al problema de salud pública un grave problema sociosanitario que precisa de un abordaje integral desde múltiples disciplinas.

El presente trabajo recoge el Programa de Actuación Municipal coordinada para la prevención, intervención y seguimiento del Síndrome de Diógenes, con el fin de proteger la salud de las personas involucradas, sus derechos y el entorno ambiental, teniendo en cuenta tanto a los vecinos afectados como a los acumuladores y a quienes conviven con ellos.

Objetivo: Prevención y actuación ante los problemas en materia de salud pública y protección de las personas afectadas por Síndrome de Diógenes.

Métodos: Se han tenido en cuenta las características particulares de la población en riesgo o situación de exclusión y el documento recoge una metodología de intervención individualizada que será el mecanismo a través del cual se ofrezca una atención ajustada a las necesidades.

Otro de los aspectos que se recoge es la actuación coordinada de todas las entidades públicas municipales que trabajan en este campo y el refuerzo de las medidas preventivas para disminuir estas situaciones de exclusión de este colectivo vulnerable, así como la evaluación y seguimiento a través de la creación de una Comisión.

Por último, se amplía el plan de acción a toda la ciudadanía del municipio, al recoger estrategias de sensibilización y divulgación que incluyan conocimientos sobre factores de riesgo y cómo prevenirlos, y factores protectores y cómo obtenerlos.

Resultado: Creación de un documento marco de trabajo, para el abordaje de los casos de S. de Diógenes en la ciudad de Madrid, en la que existe una media de 299,5 denuncias /año, de las que se confirman como S. de Diógenes 73,75/año. El 44,7% de estas personas viven solas, y un 10,9% en aislamiento social. Se ha realizado el seguimiento de 254 casos (81,1%).

Recomendaciones / Conclusiones: La complejidad y envergadura del problema se añaden a la justificación anterior y hacen necesaria la implementación de este programa de actuación para el desempeño eficiente de la tarea.

33. WALKING PEOPLE (WAP) IT'S NEVER TO LATE TO START. LA EXPERIENCIA DE MADRID

M Martínez, P García, J Segura, M Mena, JL Sanz, C Fernández, R. Gracia, T Pucci, C Damiani.

Servicio de Prevención y Promoción de la Salud. Ayto. de Madrid.

Educación Ambiental y Agenda 21. Área de Gobierno de Medio Ambiente y Movilidad.

Subdirección General de Infraestructuras. Área de Gobierno de Medio Ambiente y Movilidad.

Servicio de Prevención y Promoción de la Salud. Ayuntamiento de Madrid. Coordinador

Deporte y Salud. Ayuntamiento de Leganés. Comune di Firenze.

Antecedentes / Objetivos: Participan 4 ciudades, Florencia (coordinadora), Madrid, Nova Gorica y Dresde, con el apoyo científico de la Universidad de Reims y la Università del Terzo Settore, de Pisa. El objetivo es promover la actividad física a través del desarrollo de rutas adaptadas para caminar

Métodos: Se realiza un catálogo de las rutas existentes en las ciudades participantes, utilizando una metodología común. Se diseña una señalización específica, que se difundirá a través de folletos, redes sociales, reuniones profesionales y ruedas de prensa. Se trabaja con una imagen común y las actividades se coordinan, a nivel local y a nivel europeo. En Madrid se ha definido un Comité Institucional del proyecto, en el que participan otras Áreas de Gobierno municipal (Medio Ambiente y Movilidad, Artes, Deportes y Turismo, Familia y Servicios Sociales) y un comité técnico con profesionales de todas las áreas participantes

Resultados: En Madrid, se realizara una señalización simple, las imágenes se realizaran en pintura o material adhesivo sobre mobiliario urbano ya existente (farolas, postes, etc.) complementada con información virtual sobre las rutas a través de códigos QR. Los 25Km de nuevas rutas se distribuirán en 9 circuitos, dos de ellos por zonas céntricas, con el objetivo de fomentar los desplazamientos a pie en la ciudad, incorporando la perspectiva de movilidad sostenible en la ciudad y el valor turístico (Ruta N-S Quevedo-Benavente y Ruta E-O Retiro-Palacio Real). Los siete restantes por zonas periféricas cercanas a los Centros Madrid Salud (CMS). Estas rutas están más orientadas al fomento de la actividad física de la población de Madrid y a servir de apoyo a los programas de fomento de la actividad física que se realizan en CMS, centros de salud, centros de mayores y centros deportivos, especialmente las del programa ALAS. Las rutas propuestas son las relacionadas con los CMS de Ciudad Lineal, Retiro, San Blas, Usera, Villa de Vallecas, Vicálvaro y Villaverde en los que en la actualidad se están realizando paseos saludables.

Recomendaciones / Conclusiones: Puede ser una oportunidad muy importante para la salud pública en la ciudad de Madrid, ya que el proyecto fomenta cambios que deben ser esencialmente ejecutados desde diferentes sectores de la gestión municipal, pero que tienen especial relevancia para la salud de los ciudadanos. La realización simultánea, tiene un efecto multiplicador ya que están previstas actividades de difusión tanto a nivel local como europeo. Está orientado a la sostenibilidad, tanto desde el punto de vista de la gestión de la ciudad, como del sistema sanitario, ya que el fomento de la actividad física tiene un enorme impacto sobre la incidencia de las enfermedades crónicas, que son responsables de la mayor parte de los costes sanitarios en los países desarrollados.

34. APROXIMACIÓN AL MANEJO Y ELIMINACIÓN DE CITOTÓXICOS EN ATENCIÓN PRIMARIA

*Alicia Negrón Fraga, Francisca Martín Llorente, Azucena Santillán García
CS Alameda de Osuna DA Este, Servicio Madrileño de Salud, Universidad de Burgos.*

Antecedentes / Objetivos: El aumento de prescripciones de citotóxicos complica su administración en hospital. Equidad y accesibilidad se valoran al decidir que personal de Atención Primaria (AP) sean los encargados de su manipulación, gestión y eliminación. Deben asegurarse los conocimientos y actitudes por la salud de los profesionales, la comunidad y el medio ambiente.

Métodos: Revisión bibliográfica de legislación y recomendaciones del manejo de citotóxicos en AP: -Yela Yela, C, Izquierdo García MA, de las Heras Merino, M y Luna Pérez I. Gestión de residuos biosanitarios y citostáticos. -Prevención de riesgos laborales, Departamento de Salud, Consumo y Servicios Sociales. Diputación General de Aragón -Página Web de la Sociedad Española de Reumatología.

-Tesis Doctoral de Mayo Ferreiro, Fernando. Riesgo laboral en atención primaria de salud. Universidad de Santiago de Compostela.

-Orden de 22 de abril de 1992, de la Consejería de Salud, por la que se regulan las normas de funcionamiento y requisitos de los Centros, Servicios y Establecimientos, que manejan medicamentos citotóxicos.

-DECRETO 83/1999, de 3 de junio, por el que se regulan las actividades de producción y de gestión de los residuos biosanitarios y citotóxicos en la Comunidad de Madrid. - Patricia Flores .Recomendaciones para mejorar la seguridad en la utilización de metotrexato con jeringas precargadas en atención primaria. 2 julio 2009.

Resultados: No pueden administrarlo: - Embarazadas, que planifiquen un embarazo, en puerperio o lactancia.

- Personal con abortos previos, malformaciones, tratado antes con citotóxicos o radiaciones ionizantes o del que se sospeche daño genético, RAM a citostáticos. Solo el 38,57% siempre usa guantes en la administración-manipulación. Lo administraron en estado de gestación un 11%. Existe un 3,7% de accidentes en la manipulación. Todo centro debe tener registro del profesional que lo administre. En AP solo deben administrarse precargadas con aguja, el 76% de presentaciones no lo cumple.

Material: jeringa, capucha, gasas, bata desechable, gafas, guantes sin polvo, deben desecharse en cubo de citotóxicos. Cuando dicho envase alcance 3/4 partes de su capacidad o bien a criterio del profesional lo cerrarán herméticamente y se trasladará directamente al cuarto de residuos. Los contenedores nunca deben permanecer en pasillos o lugares comunes.

Recomendaciones / Conclusiones: Que la Ley mencione $\frac{3}{4}$ partes hace que profesionales puedan olvidar la aclaración siguiente o a criterio del profesional a la hora de eliminar los residuos en AP. Siendo la primera un máximo sobre el uso del cubo en hospital y la segunda más dirigida a sitios de manejo de pequeño volumen. Los cubos con restos de jeringas de citotóxicos no deben permanecer abiertos ni semicerrados en consultas o zonas de paso o de estar personas, profesionales ni usuarios por la emanación constante de citotóxicos. Dada la importancia para la salud de los profesionales y usuarios, es recomendable dar difusión de esta información.

35 ¿ACASO ES EL ENVEJECIMIENTO POBLACIONAL LA CAUSA MÁS PROBABLE DEL INCREMENTO DE LA MORTALIDAD EN ESPAÑA?

José Manuel Díaz Olalla, Gema Blasco Novalbos.

Instituto de Salud Pública. Madrid Salud. Dirección General. Departamento de Salud Ambiental. Ayto. de Madrid

Antecedentes / Objetivos: La mortalidad ha crecido en España casi en 18.000 defunciones en 2012 respecto a 2011, es decir más de un 4,6%. Se trata del mayor incremento del decenio, a la vez que retrocede la esperanza de vida al nacer en las mujeres y se estanca en los hombres. Este aumento de la mortalidad venía precedido del que se produjo en 2011, año en que se inició esta tendencia. Algunos analistas califican el de 2012 como excepcional o como evento coyuntural que puede responder al envejecimiento de la población. Se pretende en este análisis estudiar si los cambios detectados en el riesgo de morir de la población española en los últimos años son debidos a los ocurridos en la estructura etaria de la población o pueden estar causados por otras circunstancias.

Métodos: Las tasas brutas de mortalidad para la población española en los años 2007 a 2012 se ajustan por edades simples (sin agregar) utilizando el método directo, empleando como población estándar la de España de 2007. Los datos de defunciones proceden del INE. La población nacional de referencia es la Estimación de la población a 1 de Julio de cada año. El cálculo epidemiológico lo realizamos con Epidat 4.0 obteniendo también los IC 95% en que se mueven las tasas ajustadas al someterlas a un modelo de regresión de Poisson.

Resultados: En 2012 y en relación con la media del trienio previo se ha incrementado entre un 15% y un 25% las tasas de mortalidad general por edad en menores de 15 años. Al ajustar por edades las tasas brutas de mortalidad observamos que, año a año, la tasa decrece respecto a la del año anterior, con excepción de lo que ocurre en 2012, en que aumenta en 11,14 por cien mil: 786,04 (IC95% 783,5-788,1) vs. 774,9 (IC95% 772,4-776,0). Lo consignado es lo mismo que se halla, separadamente, en hombres y mujeres. Curiosamente, en 2011 se incrementó la tasa bruta de mortalidad sobre la de 2010 en más de 10 por 100.000, mientras disminuía la tasa ajustada en unos 11 por cien mil. No se hubiera errado en justificar entonces el incremento de la mortalidad por un efecto de los cambios en la estructura de edad de la población. Se confirma en cada sexo lo comprobado para ambos conjuntamente: el ajuste por edad no explica las diferencias registradas entre 2011 y 2012 que son, además, de la suficiente categoría como para no encontrar justificación para este aumento en casualidad alguna.

Recomendaciones / Conclusiones: Se incrementa la mortalidad general en España sin que se demuestre que el envejecimiento poblacional esté en la causa de este fenómeno. Coincide este dato con una caída en la Esperanza de Vida al Nacer, pudiendo apuntarse que este fenómeno se sustenta en los mayores riesgos de morir de jóvenes y mayores, sobre todo de los primeros y en especial entre los hombres. Se deben estudiar las causas de esta circunstancia sin descartarse que las políticas de restricción del gasto social y sanitario pudieran justificar ese preocupante retroceso registrado en la salud de la población.