

#11JornadasSP

XI Jornadas de Salud Pública

Salud pública ante escenarios de futuro

Del 20 al 25 de noviembre / 2017

Libro de Comunicaciones



ORGANIZADAS POR
SECRETARÍA GENERAL DE SALUD PÚBLICA Y CONSUMO
ESCUELA ANDALUZA DE SALUD PÚBLICA



catálogo 2017

Autor: VVAA

Editor General: Jaime Jiménez-Pernett, Remedios Martel Gómez, Covadonga Monte Vázquez, Josefa Ruiz Fernández, Ainhoa Ruiz-Azarola y Silvia Toro-Cárdenas.

Editor del Volumen: Irene Agea Cano, Miriam Araujo Hernández, Pilar Barroso García, Clara Bermúdez-Tamayo, Naomi Cano Ibáñez, Paloma Comino Vázquez, José Antonio Contreras Autero, Juan Cristóbal Corral Báez, María José Escudero-Carretero, José Luis Gurucelain Raposo, Francisco Herrero Machancoses, José Manuel Jiménez Rodríguez, Marina Lacasaña-Navarro, Carmen María Lama Herrera, Begoña López Hernández, Juan Antonio López Ramos, Luis Andrés López-Fernández, Amparo Lupiáñez-Castillo, Remedios Martel Gómez, Jesús Martínez Tapias, María Juana Millán Reyes, María Consuelo Molina Titos, Sonia Morales Santana, M^a Natividad Moya-Garrido, Eva Páez-Muñoz, Manuel Peña Taveras, Olivia Pérez-Corral, María del Río-Lozano, Miguel Rodríguez-Barranco, Josefa Ruiz Fernández, Berta Ruiz-Benítez, Silvia Toro-Cárdenas, Manuel Vázquez Pérez y María Carmen Vivo Molina.

Editor Adjunto: Reyes Álvarez-Osorio García de Soria, Rufino Domínguez Morales, Gema García Megido, Jaime Jiménez-Pernett, Carmen María Lama Herrera, Eugenio Martínez Concepción, Covadonga Monte Vázquez, Ricardo Manuel Moreno Ramos, Jesús M^a Peinado Álvarez, Nicolás Rodríguez Vedia, Ainhoa Ruiz-Azarola, Antonio Sagués Amado, Miguel Sanz del Pozo y José Vela Ríos.

Edita: Escuela Andaluza de Salud Pública, 2018
www.easp.es

ISBN: 978-84-697-8079-4



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional.

Índice

Antecedentes.....	5
Epidemiología y vigilancia.....	7
Acciones poblaciones vulnerables.....	25
Cambio climático	35
Determinantes sociales	39
Genómica.....	55
Estudios de prospectiva.....	61
Evaluación del impacto en salud	65
TICs.....	69
Innovación en Salud Pública	89
Organización de los Servicios de salud	95
Participación ciudadana	123
Salud ambiental y entornos saludables.....	133
Seguridad alimentaria	137
Índices.....	145
Índice por Mesa	146
Índice por Títulos	161
Índice por Autora/Autor	176
Índice por Número de Comunicación.....	191



Antecedentes

El interés de la Ley de Salud Pública de Andalucía¹ es el “abordaje de las realidades legales e institucionales que permitan enfrentar los retos de salud pública y las nuevas demandas sociales de manera proactiva, flexible e innovadora, para conseguir la mayor efectividad de las acciones en la salud colectiva”. Las tendencias recientes (tecnológicas, sociales, ecológicas, etc.) están afectando la práctica y la visión de la salud pública actual y nos permiten prever futuros escenarios con importantes retos para la construcción de la salud pública del futuro.

Desde la década de los 90, los escenarios han sido muy utilizados en el ámbito de la gestión sanitaria, mediante la realización de diversos estudios de prospectiva por parte de organismos gubernamentales. Con una visión renovada, la planificación estratégica ya no es considerada como un asunto de expertos en planificación, sino un proceso interactivo que incluye la incertidumbre, la comunicación, el aprendizaje, la construcción de una visión común, de consenso y compromiso.

La definición de escenarios que utilizamos en estas Jornadas está inspirada en la metodología de Escenarios sociotécnicos (STSc)², desarrollada en la Universidad de Twente para explorar posibles rutas de transición tecnológica. Se define un escenario como “una historia que describe posibles desarrollos futuros, siguiendo patrones y mecanismos (*tendencias*) que han sido identificados empíricamente”. La metodología STSc ha sido aplicada para evaluar la

deseabilidad, por parte de la ciudadanía, de innovaciones tecnológicas en salud³. De esta manera, las principales recomendaciones para la explorar escenarios de futuro son:

1. Incluir más elementos cualitativos al describir las tendencias actuales, teniendo en cuenta diversos aspectos como la estrategia de los actores, las redes e intercambio entre actores y los procesos de aprendizaje.
2. Considerar la innovación desde un punto de vista más radical, explorando las posibilidades que pueden surgir frente a la discontinuidad en las tendencias y que suponen puntos de inflexión a tener en cuenta para las prácticas existentes.
3. Adoptar un punto de vista global, centrándose en las interacciones entre las diferentes tendencias y no solo describiendo las tendencias individuales.

Para las XI Jornadas de salud pública proponemos discutir alrededor de tendencias que afectan a nuestra salud pública y que configurarán los escenarios futuros en tres ámbitos: Genómica, Tecnologías de Información y Comunicación (TIC) y cambio climático. Estos tres ámbitos han sido identificados como macro tendencias prioritarias para la práctica de la salud pública en otros contextos⁴.

¹ Ley 16/2011, de 23 de diciembre, de Salud Pública de Andalucía. BOJA nº 255 de 31 diciembre 2011.

² Elzen, B., Geels, F. W., & Hofman, P. S. (2002). Sociotechnical Scenarios (STSc): Development and evaluation of a new methodology to explore transitions towards a sustainable energy supply.

³ Lehoux, Pascale, Gauthier, Philippe, Williams-Jones, Bryn, *et al.* Examining the ethical and social issues

of health technology design through the public appraisal of prospective scenarios: a study protocol describing a multimedia-based deliberative method. *Implementation Science*, 2014, vol. 9, no 1, p. 81.

⁴ Erwin, Paul Campbell et Brownson, Ross C. Macro trends and the future of public health practice. *Annual review of public health*, 2017, vol. 38, p. 393-412.



Epidemiología y vigilancia




MUTACIONES DE RESISTENCIAS A ANTIRETROVIRALES EN PACIENTES NAIVE CON INFECCION VIH

Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

AUTORES: MARIA ANTONIA CHAMORRO AREVALO como T.E.L. del CHJAEN y JOSE ALCALDE MARTINEZ


INTRODUCCION:
El objetivo del estudio es determinar la frecuencia de las mutaciones de resistencias a anti-retrovirales en las muestras de plasma en pacientes de VIH que no han tenido tratamiento antirretroviral previo (NAIVE).

METODOLOGIA:
Se analizaron 328 muestras de plasma remitidas a nuestro laboratorio de pacientes NAIVE durante el 2015. Las extracciones de ARN se realizaron con el sistema MagNa Pure LC (Roche) y los reactivos del "MagNa Pure LC total Nucleic acid Isolation kit (Roche)". La secuenciación de los genes de la transcriptasa inversa (TI) y de la proteasa (PR) del VIH 1 se realizó con el sistema TrueGene (Siemens) y el kit de genotipado de VIH 1 de Siemens.




MagNa Pure LC (Roche) Sistema Trugene y kit de genotipado VIH-1

RESULTADOS:
Las mutaciones más frecuentes en el gen de la PR fueron:
- 63P (52,4%), 361L (37,8%), 62V (26,2%), 77I (24,4%), 93L (20,7%), 20I/R/M/T (12,5%), 10I/F/V (11%) y 71I/T/V (9,1%).



Las mutaciones más frecuentes en el gen de la TI fueron:
- 69N (5,2%), 103N/S (4,3%), 118I (4%), 101E (2,7%), 215F/D/S/E (2,1%), 179D/E (1,8%), 219E/Q/N (1,5%), 106^a (1,5%), 108I (1,5%), E138 (1,2%), L74V (1,2%), 41L (0,9%), 67N (0,9%), 181C (0,9%) y 184V (0,9%).




Los porcentajes de resistencia fueron:
- Inhibidores de la TI análogos de nucleótidos el 5,5%.
- Inhibidores de la TI "no" análogos de nucleótidos el 3,7%.
- Inhibidores de la PR el 3%.



CONCLUSIONES:
Se observa una elevada prevalencia de mutaciones de resistencia a anti-retrovirales particularmente a los inhibidores de la transcriptasa inversa (TI) análogos de nucleósidos/nucleótidos que justificarían que en este grupo de pacientes se realizase la determinación de resistencias genotípicas VIH-1.

Comunicación Núm. 2. Mutaciones de Resistencias a antirretrovirales en pacientes naive con Infección VIH. Chamorro Arévalo MA, et al.

XI Jornadas de Salud Pública
Salud pública ante escenarios de futuro
Del 20 al 25 de noviembre / 2017 #11jornadasSP



¿INFLUYEN LAS PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO EN LA SUPERVIVENCIA DE LOS PACIENTES CON CÁNCER DE PULMÓN QUE UTILIZARON LOS SERVICIOS DE RADIODIAGNÓSTICO, MEDICINA NUCLEAR Y RADIOTERAPIA?

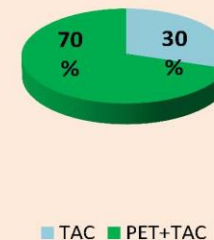
AUTORÍA: Manuel Borrego Reina, Leticia Delgado Arroniz, Sonia Pérez Luque, María del Valle Enguix Riego, María José Ortiz Gordillo, José Luis López Guerra.

MARCO CONCEPTUAL: Cáncer de pulmón. Oncología radioterápica.

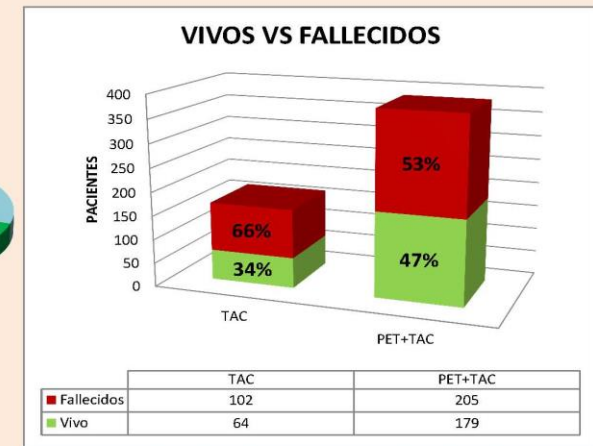
OBJETIVOS: Conocer la supervivencia de los pacientes con cáncer de pulmón diagnosticados por pruebas de TAC y PET, tratados con radioterapia en el hospital universitario Virgen del Rocío (Sevilla).

METODOLOGÍA: Se ha realizado un estudio en 550 pacientes con cáncer de pulmón tratados con radioterapia desde 01/2013 hasta 08/2017. Se recogieron los datos de edad, sexo, supervivencia y realización de las pruebas TAC Y PET. Para la recogida de estos datos se creó una plataforma virtual (S31- 32).

PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO



VIVOS VS FALLECIDOS



RESULTADOS: Los pacientes estudiados fueron 550 de los cuales el 86% (473/550) fueron hombres y el 14% (77/550) mujer. La edad mediana al diagnóstico fue de 65 años (rango 35-88). Del total de pacientes estudiados el 30% (166/550) realizaron solo TAC y el 70% (384/550) hizo PET+TAC. De los pacientes que realizó solo TAC el 66% (102/166) fallecieron y el 34% (64/166) están vivos. De los pacientes que realizó PET+TAC un 53% (205/384) falleció y el 47% (179/384) está vivo. A nivel general el 56% (307/550) ha fallecido y el 44% (243/550) está vivo.

CONCLUSIONES: Pudimos observar que aproximadamente 1 de cada 4 pacientes es mujer. Casi 2/3 de los pacientes realizaron PET+TAC. Parece que los pacientes que se diagnosticaron con PET+TAC obtuvieron una mayor supervivencia que los que realizaron solo la TAC. Creemos que la prueba PET+TAC se va consolidando como una de las mejores pruebas de diagnóstico para pacientes con cáncer.

Comunicación Núm. 3. ¿Influyen las pruebas de diagnóstico en la supervivencia de los pacientes con cáncer de pulmón que utilizaron los servicios de radiodiagnóstico, medicina nuclear y radioterapia? Borrego Reina M, et al.



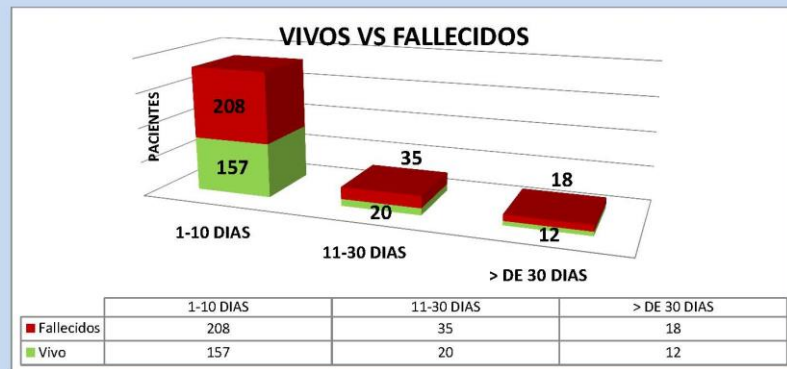
¿INFLUYE EL TIEMPO QUE TRANSCURRE EN PACIENTES CON CÁNCER DE PULMÓN QUE UTILIZARON LOS SERVICIOS DE RADIODIAGNÓSTICO MEDICINA NUCLEAR Y RADIOTERAPIA?

AUTORÍA: Manuel Borrego Reina, Leticia Delgado Arroniz, Sonia Pérez Luque, María del Valle Enguix Riego, María José Ortiz Gordillo, José Luis López Guerra.

MARCO CONCEPTUAL: Cáncer de pulmón. Oncología radioterápica.

OBJETIVOS: Conocer el tiempo que transcurre desde la anamnesis hasta la realización de la Tomografía Axial Computarizada (TAC) y la supervivencia de los pacientes con cáncer de pulmón tratados con radioterapia en el hospital universitario Virgen del Rocío de Sevilla.

METODOLOGÍA: Se ha realizado un estudio en 450 pacientes con cáncer de pulmón tratados con radioterapia desde 01/2013 hasta 09/2017. Se recogió para este estudio los datos de la edad, sexo, fecha de anamnesis, fecha realización TAC, Tiempo transcurrido entre anamnesis y realización del TAC e índice de supervivencia. Para la recogida de estos datos se utilizó una plataforma virtual (S31-32).



RESULTADOS: El total de pacientes estudiados fueron 450 de los cuales el 86% (389/450) fueron hombres y el 14% (61/450) mujer. La edad mediana al diagnóstico fue de 65 años (rango 35-88). Respecto al tiempo que transcurrió entre la anamnesis y la realización de la prueba obtuvimos que la mediana de días para realizar la prueba fueron 10 días (rango 1;110). El 81% (365/450) del total de pacientes estudiados realizó la prueba entre 1 y 10 días de los cuales el 43% (157/365) están vivos y el 57% (208/365) fallecieron. El 12% (55/450) del total de pacientes estudiados realizó la prueba entre 11 y 30 días de los cuales el 36% (20/55) están vivos y el 64% (35/55) fallecieron. El 7% (30/450) del total de pacientes estudiados realizó la prueba en un periodo mayor de 30 días de los cuales el 40% (12/30) están vivos y el 60% (18/30) fallecieron.

CONCLUSIONES: Hemos observado que en los tres periodos de tiempo estudiados el número de fallecidos es mayor que el de vivos. Parece que los pacientes que realizaron la Prueba de TAC en el periodo de 1 a 10 días tiene una mayor supervivencia que el resto. Confirmamos la importancia de la realización de esta prueba para los pacientes con cáncer de pulmón.

Comunicación Núm. 4. ¿Influye el tiempo de transcurrir en pacientes con cáncer de pulmón que utilizaron los servicios de radiodiagnóstico medicina nuclear y radioterapia? Borrego Reina M, et al.



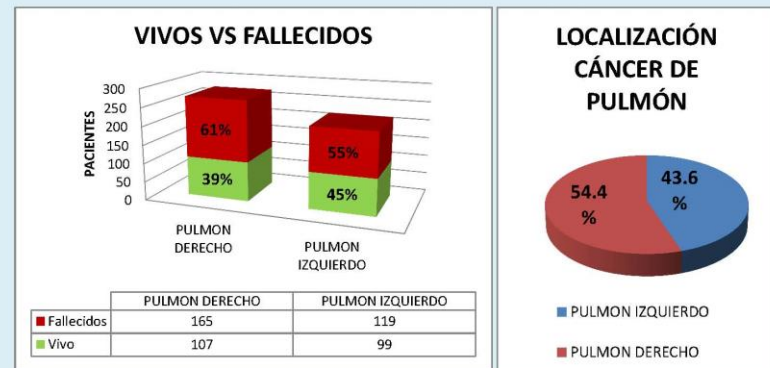
¿DEPENDEN EL ESTADIO Y LA LOCALIZACIÓN DEL TUMOR EN LA SUPERVIVENCIA DE LOS PACIENTES CON CÁNCER DE PULMÓN QUE UTILIZARON LOS SERVICIOS DE RADIODIAGNÓSTICO, MEDICINA NUCLEAR Y RADIOTERAPIA?

AUTORÍA: Manuel Borrego Reina, Leticia Delgado Arroniz, Sonia Pérez Luque, María del Valle Enguix Riego, María José Ortiz Gordillo, José Luis López Guerra.

MARCO CONCEPTUAL: Cáncer de pulmón. Oncología radioterápica.

OBJETIVOS: Conocer la localización, Estadio y supervivencia en los pacientes con cáncer de pulmón tratados con radioterapia.

METODOLOGÍA: Se ha realizado un estudio en 500 pacientes con cáncer de pulmón tratados con radioterapia desde 01/2013 hasta 01/2017. Se recogió para este estudio los datos de la edad, sexo, estadio, localización primaria del tumor y supervivencia del paciente. Para la recogida de estos datos se utilizó una plataforma virtual (S31-32).



RESULTADOS: La edad mediana al diagnóstico fue de 65 años (rango 31-88). En el Estadio de los pacientes un 1% (5/500) fue para Estadio IA, el 3,8% (19/500) Estadio IIA, el 37,2% (186/500) Estadio IIIA, el 5% (25/500) Estadio IB, el 39,8% (199/500) Estadio IIIB y el 13,2% (66/500) Estadio IV. En el 8% (40/500) de los pacientes el tumor se localizó en el Lóbulo Inferior Derecho, el 10% (50/500) en el Lóbulo Inferior izquierdo, el 3% (15/500) en el Lóbulo Medio derecho, el 43,4% (217/500) en el Lóbulo Superior derecho y el 33,6% (168/500) en el Lóbulo Superior izquierdo. Hubo un 2% (10/500) que el tumor apareció en ambos pulmones. Obtuvimos que el 54,4% (272/500) tuvo cáncer en el pulmón derecho de los cuales el 39% (107/272) están vivos y el 61% (165/272) están fallecidos. En el pulmón izquierdo se obtuvo un 43,6% (218/500) de los cuales el 45% (99/218) están vivos y el 55% (119/218) fallecieron.

CONCLUSIONES: Los estadios más comunes fueron Estadio IIIA y IIIB. El Lóbulo Superior derecho fue el más afectado en los pacientes con cáncer de pulmón. El índice de supervivencia parece ser mayor en los pacientes que tienen cáncer en el pulmón izquierdo.

Comunicación Núm. 5. ¿Depende el estadio y la localización del tumor en la supervivencia de los pacientes con cáncer de pulmón que utilizaron los servicios de radiodiagnóstico, medicina nuclear y radioterapia? Borrego Reina M, et al.

DERMATITIS ATÓPICA

Carmen Herrera Arquillo/ Luna Arévalo Guerrero/ María del Carmen Araque Peragón



INTRODUCCIÓN

La dermatitis atópica es una enfermedad dermatológica extremadamente común pero no contagiosa, es muy molesta y difícil de controlar sobre todo cuando el afectado es un niño pequeño. Se trata de un trastorno inflamatorio crónico, lo que significa que los síntomas pueden ser prolongados en el tiempo, hay casos en los que mejora en la infancia, mientras que otros casos persisten en la edad adulta. La dermatitis atópica se produce por la presencia de demasiadas células inflamatorias reactivas de la piel, no se sabe la razón por la cuál estas células reaccionan tan exageradamente. Existen diferentes factores desencadenantes: piel seca, irritantes, estrés, calor y sudoración, infecciones, alérgenos.

RESULTADOS

Este estudio ha proporcionado resultados muy reveladores desde el punto de vista estadístico, ha conseguido que los investigadores creen firmemente en la esperanza de que estén dando pasos firmes en el campo de la investigación. Los resultados obtenidos fueron los tenidos en cuenta en el último año y son los siguientes: un 90% de la población estudiada tuvo las típicas molestias de la enfermedad, un 40% afirmó que la dermatitis atópica había desaparecido, mientras que un 30% aseguró lo contrario, un 40% dijo que a causa de las molestias se despertaba de noche. En un 60% de los encuestados se encontró relación respecto a otros puntos estudiados y un 20% no supo que responder.

CONCLUSIONES

La dermatitis atópica es una enfermedad crónica que afecta al 20% de la población, cuenta con un gran componente hereditario, se caracteriza por piel seca y picor, mucho picor en algunos casos, hasta el punto de provocar que el paciente se despierte de noche. Este picor provoca un rascado que en ocasiones conlleva a lesiones que se pueden infectar, por lo tanto, se debe seguir una serie de pautas para reducir las molestias.

OBJETIVOS

Los principales objetivos a tener en cuenta son: reconocer cuales son los factores de riesgo que conllevan a la aparición de la enfermedad, identificar síntomas y signos que permitan establecer un diagnóstico clínico, estudiar cómo afecta la enfermedad a la vida del paciente, comprender la expectativas del paciente con respecto a su enfermedad, proponer intervenciones sociales concretas a desarrollar con el paciente.

MÉTODO

Para estudiar la prevalencia de la dermatitis atópica en la infancia y adolescencia se ha utilizado un diseño observacional descriptivo transversal. El estudio se realiza a niños en edades tempranas y adolescentes, colaboran en el estudio profesores y familiares de los menores, se pretende conocer la prevalencia de la dermatitis atópica en diferentes zonas geográficas y analizar diferencias en cuanto a la prevalencia obtenida en los niños que residen en zonas de montaña, zonas costeras y zonas de interior. El estudio fue realizado en base al total de niños y en diferentes rangos de edades, mediante un cuestionario concreto para este tipo de enfermedad, en el que se pregunta sobre antecedentes, hábitos diarios, alimentación, zonas corporales afectadas, tiempo de duración del brote, grado de molestia, exploraciones realizadas.

REFERENCIAS

ENFERMEDAD DERMATOLÓGICA, CÉLULAS INFLAMATORIAS, PREVALENCIA, GRADO DE MOLESTIA, PIEL SECA Y PICOR



EL CÁNCER DE PULMÓN: RELACIÓN DEL ESTADÍO Y LA APARICIÓN DEL PRIMER SÍNTOMA

Delgado-Arroniz L., Borrego-Reina M., Perez-Luque S.

OBJETIVOS

El cáncer de pulmón (CP) es la neoplasia con mayor incidencia junto con el de mama, colon y próstata aunque en comparación el CP es el que tiene mayor índice de mortalidad, teniendo una de supervivencia menor de 5 años. El inconveniente del CP es que se suele diagnosticar en estadios avanzados por la dificultad de un diagnóstico precoz del CP. Nuestro objetivo es analizar los diferentes síntomas y estadios de los pacientes que pasaron por el servicio de radioterapia del Hospital Virgen del Rocío

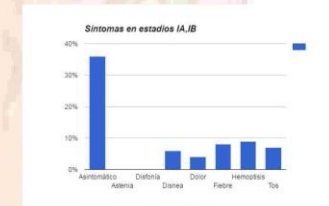
MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio en 350 pacientes con cáncer de pulmón tratados con radioterapia desde 01/2013 hasta 12/2016. Se recogieron los datos de edad, sexo, síntoma primario del paciente, y su estadio clínico. Para la recogida de estos datos se creó una plataforma virtual (S31-32).

RESULTADOS

El total de pacientes estudiados fueron 350. De los cuales el 87% (306/350) son hombres y el 13% (44/350) mujeres. La edad mediana del total de pacientes fue de 65 años (rango 35-88). De los 350 pacientes el 94% (330/350) son pacientes de estadios IIIA, IIIB, IV sólo un 6% de ellos se diagnosticaron con estadio precoz IA, IB, IIA. Respecto al primer síntoma primario se obtuvo que el 3,14% (11/350) fue asintomático, un 3,14% (11/350) asnea, un 5,14% (18/350) disfonía, un 17,42% (61/350) disnea, un 22% (76/350) dolor, un 3,71% (13/350) fiebre, un 22,57% (79/350) hemoptisis, y un 20% (69/350) tos.

En relación de los estadios primarios, IA, IB con los primeros síntomas se obtuvo que el 36% (4/11) fue asintomático, un 0% (0/11) asnea, un 0% (0/18) Disfonía, un 6% (4/61) Disnea, un 4% (3/83) Dolor, un 8% (1/13) fiebre, un 9% (7/79) hemoptisis y un 7% (5/74) tos.



CONCLUSIONES

El diagnóstico precoz en el cáncer de pulmón es muy importante para la supervivencia del paciente, aunque esto se dificulta por la ausencia de síntomas en dichos estadios.

INFORMACIÓN NOTIFICADA AL INTYCF RELATIVA A LA COMPOSICIÓN DE MEZCLAS PELIGROSAS

OBJETIVO: SEÑALAR QUÉ PRODUCTOS Y QUÉ INFORMACIÓN ES NECESARIA COMUNICAR PARA QUE ESTÉN DISPONIBLES PARA EL MEDIO EN CASO DE URGENCIA.

METODOLOGÍA: REVISIÓN DE LA NORMATIVA EUROPEA Y NACIONAL QUE LE ES DE APLICACIÓN.

RESULTADO:

LA LEGISLACIÓN RELATIVA A LOS PRODUCTOS QUÍMICOS EN EUROPA HA SUFRIDO NÚMEROSOS CAMBIOS EN LOS ÚLTIMOS AÑOS. SE HAN PUBLICADO REGLAMENTOS (ENTRE LOS QUE ESTÁN REACH Y CLP) CUYO OBJETIVO ES GARANTIZAR UNA MAYOR PROTECCIÓN PARA LA SALUD Y EL MEDIO AMBIENTE SIENDO PARA ELLO NECESARIO UNA ARMONIZACIÓN EN LAS CONDICIONES DE EVALUACIÓN, REGISTRO, AUTORIZACIÓN, RESTRICCIÓN, ETIQUETADO ENVASADO Y NOTIFICACIÓN DE LAS SUSTANCIAS Y MEZCLAS QUÍMICAS FABRICADAS, IMPORTADAS O COMERCIALIZADAS EN TERRITORIO EUROPEO.

EN ESPAÑA , ANTES DE QUE SE PRODUCIERAN ESTAS MODIFICACIONES, ÚNICAMENTE ESTABAN OBLIGADOS A COMUNICAR INFORMACIÓN RELATIVA A SU COMPOSICIÓN LOS FORMULADORES DE LAS MEZCLAS DERIVADAS EN LA RTS DE DETERGENTES (REAL DECRETO 770/1999). EL ORGANISMO AL QUE SE COMUNICABA ESTA INFORMACIÓN, SEGÚN ESTABLECÍA LA PROPIA NORMA, ES EL INSTITUTO NACIONAL DE TOXICOLOGÍA.

CON LA APLICACIÓN DE:

- **REGLAMENTO CLP**
- **LEY 8/2010** (COMO DESARROLLO DE ESTE REGLAMENTO)
- LAS ÓRDENES **JUS/836/2013**, (QUE REGULA EL PROCEDIMIENTO DE NOTIFICACIÓN DE LAS ALTAS, BAJAS Y MODIFICACIONES DE FICHAS TOXICOLÓGICAS) Y **JUS/992/2015** (QUE ESTABLECE UN RÉGIMEN TRANSITORIO DE COMUNICACIÓN, EN FUNCIÓN DEL TIPO Y USO DE LA MEZCLA .)

SE AMPLIA ESTA OBLIGACIÓN A TODOS LOS PRODUCTOS QUÍMICOS FORMULADOS CLASIFICADOS EN LAS CATEGORÍAS DE PELIGROSIDAD FÍSICAS O PELIGROS PARA LA SALUD.

- EL ÚLTIMO PASO PARA CONSEGUIR UNA ARMONIZACIÓN TOTAL SE HA PRODUCIDO CON LA PUBLICACIÓN DEL **REGLAMENTO 2017/542** QUE AÑADE UN ANEXO AL REGLAMENTO CLP, QUE ESTABLECE CUÁL ES LA INFORMACIÓN QUE OBLIGATORIAMENTE TIENEN QUE NOTIFICAR LOS FORMULADORES DE LOS TIPOS DE PRODUCTOS SEÑALADOS ANTERIORMENTE A LOS ORGANISMOS DESIGNADOS POR CADA ESTADO MIEMBRO COMO RESPONSABLES DE RECEPCIONAR ESTA INFORMACIÓN Y PONERLA A DISPOSICIÓN DE LOS SANITARIOS QUE ASÍ LO SOLICITEN EN CASO DE EMERGENCIA.

LA INFORMACIÓN QUE SE TIENE QUE COMUNICAR:

IDENTIFICACIÓN DE LA **MEZCLA** (IDENTIFICADOR DEL PRODUCTO, MARCA O MARCAS COMERCIALES, IUF) Y DEL **REMITENTE** (DIRECCIÓN COMPLETA, NOMBRE, TELÉFONO Y MAIL. ESTOS DATOS TIENEN QUE SER COHERENTES CON LA ETIQUETA)

IDENTIFICACIÓN DE LOS **PELIGROS** E INFORMACIÓN ADICIONAL :

1. **CLASIFICACIÓN DE LA MEZCLA EN RELACIÓN A LOS PELIGROS FÍSICOS Y PARA LA SALUD**
2. **ELEMENTOS DE LA ETIQUETA (CÓDIGOS DE PICTOGRAMA, PALABRA DE ADVERTENCIA, CÓDIGOS DE FRASES H, P Y EUH)**
3. **INFORMACIÓN TOXICOLÓGICA**
4. **INFORMACIÓN ADICIONAL: LOS TIPOS Y TAMAÑOS DE LOS ENVASES , LOS COLORES Y LOS ESTADOS FÍSICOS DE LA MEZCLA EL PH, CATEGORIZACIÓN Y USO.**

INFORMACIÓN SOBRE LOS **COMPONENTES** DE LA MEZCLA(DETALLADA INCLUYENDO CONCENTRACIONES EXACTAS O RANGOS DE CONCENTRACIÓN DE LOS MISMOS, PARA COMPONENTES PELIGROSOS DE MAYOR RELEVANCIA, PARA RESPUESTA SANITARIA EN CASO DE URGENCIA, FIJA UNA AMPLITUD MÁXIMA PARA ESTOS INTERVALOS)

CONCLUSIONES: LA SITUACIÓN EN LA QUE ACTUALMENTE NOS ENCONTRAMOS ES QUE EL REGLAMENTO QUE FIJA EL CONTENIDO ARMONIZADO DE LA INFORMACIÓN NO ENTRARÁ EN VIGOR HASTA EL 1 /1/ 2020. ACTUALMENTE TODAS LAS MEZCLAS PELIGROSAS DEBEN HABER NOTIFICADO LA INFORMACIÓN, QUE ESPAÑA HABÍA FIJADO COMO OBLIGATORIA.

AUTORAS:
 Maria del Mar Rivas Arquillo *Farmacéutica*
 Nieves Castro Jurado *Farmacéutica*
 Angeles Diaz Ráez *Farmacéutica*

Comunicación Núm. 67. Información notificada al INTYCF relativa a la composición de mezclas peligrosas. Rivas Arquillo MM, et al.

VIGILANCIA DE LA SALUD EN TRABAJADORES DE COMPACTOS DE CUARZO EXPUESTOS A LA SÍLICE CRISTALINA

Torregrosa Galera M^a Isabel, Alarcón Rodríguez Raquel, Parrón Carreño Tesifón, Requena Mullor M^a del Mar

Universidad de Almería

INTRODUCCIÓN:

Muchos trabajadores de diferentes sectores y actividades económicas están expuestos al polvo de sílice cristalina (SiO₂) que puede derivar en el padecimiento de un tipo de neumoconiosis llamada silicosis, siempre y cuando no se tomen las medidas preventivas oportunas. En el caso de los trabajadores de compactos de cuarzo, el riesgo de padecer esta enfermedad es aún mayor y más probable, ya que la concentración de SiO₂ de estos materiales normalmente alcanza hasta el 90%.

Para evitar que esto ocurra, una medida muy importante a llevar a cabo por parte de la empresa, de los trabajadores y de los agentes preventivos (mutuas, servicios de prevención...) es la Vigilancia de la Salud.

OBJETIVO:

El objetivo principal de este trabajo es comprobar el nivel de cumplimiento de la Vigilancia de la Salud en una población determinada de trabajadores de compactos de cuarzo.

METODOLOGÍA:

El ámbito de estudio son empresas de la Provincia de Almería catalogadas según la Clasificación Nacional de Actividades Económicas como "Corte, tallado y acabado de piedra" (CNAE-2009:2370), pero en este caso de piedra artificial (compactos de cuarzo). En cuanto a la población diana se trata de trabajadores de estas empresas que estén expuestos al polvo de SiO₂ durante su jornada laboral. Así la muestra está formada por 260 hombres, de entre 18 y 64 años, la mayoría de ellos con un régimen laboral por cuenta ajena. El muestreo consistió en una selección al azar de empresas dedicadas a esta actividad instauradas dentro de la Provincia de Almería.

Las variables estudiadas en relación con la vigilancia de la salud han sido: reconocimiento médico inicial, reconocimientos médicos periódicos, realización de radiografía de tórax en los reconocimientos médicos y renuncia al reconocimiento médico por parte del trabajador.

RESULTADOS:

Categoría	Si (Realizado/Realizado)	No (No realizado/No)
Reconocimiento médico inicial	55%	45%
Rx tórax	51.2%	48.8%
Reconocimiento médico periódico	88.8%	11.2%
Renuncia	99.6%	0.4%

CONCLUSIÓN:

Como se puede observar en los resultados, en cuanto al reconocimiento médico inicial solo un poco más de la mitad de la muestra, 55%, afirma que se le ha realizado un reconocimiento médico inicial. En cuanto a la realización de radiografía de tórax en los reconocimientos médicos tanto iniciales como periódicos, ocurre parecido a la anterior variable, solo un 51,2% de la muestra afirma que son realizadas dichas placas de control. No sucede lo mismo con la variable de reconocimiento médico periódico, donde la mayoría de la muestra, 88,8%, declara que la empresa realiza reconocimientos de salud de manera regular. Y por último está la variable sobre la renuncia al reconocimiento médico, donde el 99,6% reconoce no haber renunciado nunca al control médico de empresa.

Tras estos resultados, se podría afirmar que es necesario reforzar y mejorar la vigilancia de la salud en aquellas empresas que se dedican al corte, tallado y acabado de la piedra artificial, sobre todo lo referente al reconocimiento médico inicial y a la realización de radiografía de tórax, y más aún ante sustancias tan perjudiciales para la salud como es la sílice cristalina, presente en elevadas cantidades en los compactos de cuarzo, ya que además de ser ricos en SiO₂, presentan otras sustancias también muy nocivas, consideradas incluso cancerígenas por la IARC (International Agency for Research on Cancer).

Comunicación Núm. 106. Vigilancia de la salud en trabajadores de compacto de cuarzo expuestos a la sílice cristalina. Torregrosa Galera MI et al.

INHALACIÓN DE SÍLICE CRISTALINA (SiO₂) EN EL MECANIZADO DE COMPACTOS DE CUARZO: MEDIDAS PREVENTIVAS.

Torregrosa Galera M^a Isabel, Universidad de Almería

INTRODUCCIÓN:

En el corte, tallado y acabado de las piezas de conglomerado de cuarzo, la prevención primaria es la base para prevenir la aparición de enfermedades de origen laboral, esto es lo que se conoce como medidas preventivas en el lugar de trabajo.

La sílice cristalina, componente en hasta un 90% de los aglomerados de cuarzo, es considerada por la IARC (International Agency for Research on Cancer) como sustancia cancerígena incluida en el grupo I de esta clasificación; además estos productos contienen otras sustancias como los aglutinantes que hacen aún más peligrosa la inhalación del polvo que desprenden al ser trabajados.

OBJETIVO:

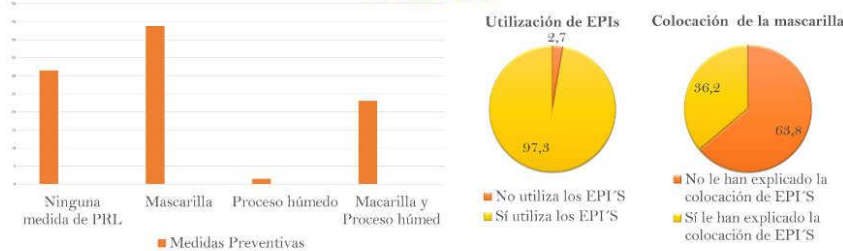
El objetivo principal de este estudio es conocer que medidas preventivas existen en empresas dedicadas al mecanizado de compactos de cuarzo y el nivel de utilización de estas por parte de sus trabajadores.

METODOLOGÍA:

El ámbito de estudio son empresas de la Provincia de Almería catalogadas según la Clasificación Nacional de Actividades Económicas como "Corte, tallado y acabado de piedra" (CNAE-2009:2370), pero en esta caso de piedra artificial (compactos de cuarzo). En cuanto a la población diana se trata de trabajadores de estas empresas que estén expuestos al polvo de SiO₂ durante su jornada laboral. Así la muestra está formada por 260 hombres, de entre 18 y 64 años, la mayoría de ellos con un régimen laboral por cuenta ajena. El muestreo consistió en una selección al azar de empresas dedicadas a esta actividad instauradas dentro de la Provincia de Almería.

Las variables incluidas en este estudio fueron: "tipos de medidas preventivas utilizadas para prevenir la inhalación de SiO₂", "facilitación de equipos de protección individual (EPI) por parte de la empresa a los trabajadores", "utilización de EPI por parte de los trabajadores" y "Conocimientos acerca de la colocación de la mascarilla"

RESULTADOS:



CONCLUSIÓN:

Atendiendo a la variable "tipos de medidas preventivas utilizadas para prevenir la inhalación de SiO₂" y según los resultados obtenidos, se pudo comprobar que el 31,5% de la muestra no utilizaba ninguna medida de prevención para la inhalación de SiO₂, el 43,8% utiliza mascarilla durante su jornada laboral, solamente el 1,5% de los trabajadores afirma la existencia de "proceso húmedo" en su lugar de trabajo y el 23,1% confirma la utilización de mascarilla además de existir "proceso húmedo" en su empresa. En cuanto a la "facilitación de EPIs por parte de la empresa a los trabajadores" el 100% de la muestra manifiesta que tienen a su disposición los equipos de protección individual necesarios. Además a la hora de la "utilización de los EPIs por parte de los trabajadores", los datos son también bastante alentadores, ya que el 97,3% declara que los utiliza durante su jornada laboral. Finalmente, a la pregunta sobre "conocimientos acerca de la colocación de la mascarilla" el 63,8% del total de trabajadores apunta que le han explicado la manipulación correcta de la mascarilla.

Tras estos resultados, es obvio que aún es necesario la mejora de las medidas preventivas para evitar la inhalación de SiO₂, lo cual se conseguiría invirtiendo más en recursos de prevención por parte de la empresa y en la información y formación de los trabajadores en materia preventiva.

Comunicación Núm. 108. Inhalación de sílice cristalina en el mecanizado de compactos de cuarzo: medidas preventivas. Torregrosa Galera MI, et al.

FORMACIÓN E INFORMACIÓN SOBRE LOS RIESGOS DE INHALACIÓN DE SÍLICE CRISTALINA (SiO₂) EN TRABAJADORES DE CONGLOMERADOS DE CUARZO.

Torregrosa Galera M^a Isabel, Universidad de Almería

INTRODUCCIÓN:

No solo son importantes las medidas preventivas y la vigilancia de la salud en los puestos de trabajo para prevenir la aparición de enfermedades y/o accidentes laborales, si no también la formación e información de los trabajadores.

Podría considerarse parte de la prevención primaria para la prevención de riesgos laborales, ya que con la información necesaria impartida a través de la formación, como son por ejemplo los cursos de prevención de riesgos laborales, pueden evitarse males mayores que suelen ser consecuencia de la desinformación y el no conocimiento por parte de los trabajadores, en cuanto a las normas y actuaciones que se deben llevar a cabo en el trabajo diario, e incluso cuando sucede un hecho negativo inesperado durante la jornada laboral.

OBJETIVO:

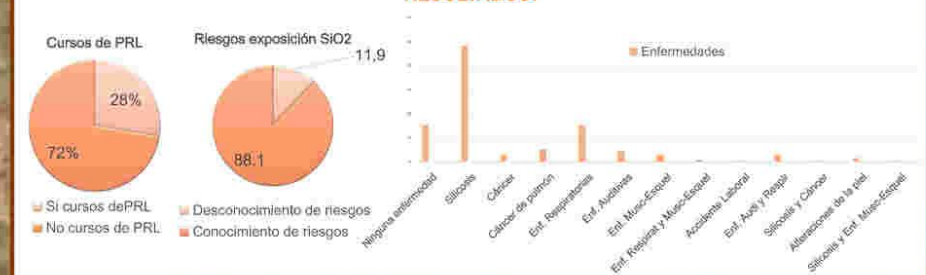
El objetivo principal del presente estudio es determinar la formación e información que poseen un grupo de trabajadores acerca de la prevención de riesgos laborales relacionados con la inhalación de SiO₂ procedente del mecanizado de piezas de compactos de cuarzo.

METODOLOGÍA:

El ámbito de estudio son empresas de la Provincia de Almería catalogadas según la Clasificación Nacional de Actividades Económicas como "Corte, tallado y acabado de piedra" (CNAE-2009:2370), pero en esta caso de piedra artificial (compactos de cuarzo). En cuanto a la población diana se trata de trabajadores de estas empresas que estén expuestos al polvo de SiO₂ durante su jornada laboral. Así la muestra está formada por 260 hombres, de entre 18 y 64 años, la mayoría de ellos con un régimen laboral por cuenta ajena. El muestreo consistió en una selección al azar de empresas dedicadas a esta actividad instauradas dentro de la Provincia de Almería.

Las variables que se introdujeron en el estudio fueron: "realización de cursos de prevención de riesgos laborales", "conocimientos acerca de los riesgos de exposición a la SiO₂", "conocimientos acerca de posibles enfermedades por inhalación de SiO₂" y "Tipos de enfermedades producidas por la inhalación de SiO₂".

RESULTADOS:



CONCLUSIÓN:

Como se pueden observar en los gráficos, el 72% de la muestra refiere no haber realizado cursos de prevención de riesgos laborales para el puesto de trabajo actual. En cuanto al conocimiento sobre los posibles riesgos por exposición a la SiO₂ el 88,1% asegura que conoce dichos riesgos. Y ante el conocimiento de enfermedades producidas por la inhalación de SiO₂ el 89,6% afirma que las conoce. Según los tipos de enfermedades que se pueden presentar por la inhalación de SiO₂, la más conocida es la silicosis con un 48,1% de respuestas por parte de los encuestados; le sigue enfermedades respiratorias con un 15,4%, lo cual empatas con la respuesta de "ninguna enfermedad", que se refiere al desconocimiento de enfermedades producidos por la SiO₂; seguido de cáncer de pulmón con un 5%.

Como se puede comprobar es necesario aumentar la impartición de cursos sobre prevención de riesgos laborales para reforzar la formación e información que poseen los trabajadores de este sector con un elevado riesgo de inhalación de SiO₂ y todas las consecuencias que ello conlleva.

Comunicación Núm. 109. Formación e información sobre los riesgos de inhalación de sílice cristalina en trabajadores de conglomerado de cuarzo. Torregrosa Galera MI, et al.

Vacunación infantil a través de APP de Salud Responde

Manuel Quero, M^a Belén Ramos, Eva Frías, Juan J. Cubillas

24 Horas
365
Días al año

Operación

Enfermería

- Medicación
- Gastroenteritis y estreñimiento
- Vacunas
- Alteración de constantes
- Fiebre
- Paliativos

SOSPECHA DE URGENCIA



Desde la aplicación de Salud Responde se publica información clave para los usuarios en materia de Salud, a:

- ✓ Salud Andancia 24 Horas.
- ✓ Información sanitaria. pueden acceder
- ✓ Voluntad vital anticipada.
- ✓ Garantía de plazo.
- ✓ Cirugía Mayor ambulatoria.





Desde la APP se facilita información específica sobre vacunación infantil, calendario vacunal, actualizaciones, VPH, neumococo. Se pueden realizar consultas personalizadas a enfermería a través del CHAT de la APP

RESULTADOS

Desde septiembre de 2014 se han resuelto más de 431.128 consultas sobre vacunación.

CONCLUSIONES



AUMENTO DE:

- Educación sanitaria.
- Información esta accesible para el ciudadano de forma sencilla.
- Siempre disponible en su dispositivo móvil.
- Facilita información a un gran número de usuarios de forma inmediata.
- Aumento cobertura de vacunación de la población infantil.
- Detección precoz de problemas graves para la salud.

DISMINUCIÓN DE:

- Desmentimos mitos.
- Informaciones erróneas
- Reduce el impacto de la enfermedad y sus complicaciones, tras la vacunación.
- Costes Económicos



Comunicación Núm. 112. Vacunación infantil a través de APP de Salud Responde. Quero M, et al.



Comunicación Núm. 144. Vacunación. Tu garantía en salud.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE ALTAS HOSPITALARIAS EN ESPAÑA POR EPOC EN 2015 SEGÚN CÓDIGO CIE 10 ES

AUTORES: ROSA MARÍA PINTOR LUNA, DOLORES MORENO LUCENA, RAFAEL ÁNGEL DELGADO NARANJO

INTRODUCCIÓN

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es un trastorno pulmonar que se caracteriza por la existencia de una obstrucción de las vías respiratorias. Suele ser más frecuente en personas expuestas al humo del tabaco y su síntoma principal una disminución de la capacidad respiratoria, que con el paso de los años avanza lentamente y ocasiona un deterioro considerable en la calidad de vida de las personas afectadas, pudiendo ocasionar una muerte prematura ya que generalmente es una enfermedad progresiva e irreversible. La principal causa de esta enfermedad es la exposición al humo del tabaco de forma activa o pasiva, así como otros factores de riesgo son la contaminación, la exposición laboral a polvos o productos químicos, etc.

MATERIAL Y MÉTODO

Vamos a valorar las altas hospitalarias por EPOC en España durante el año 2015 según los datos contenidos en la Encuesta de Morbilidad Hospitalaria 2015 registrados por el Instituto Nacional de Estadística (INE).

OBJETIVOS

Analizar las altas hospitalarias por EPOC por grupos de edad, para valorar el aumento del número de ingresos a medida que avanza la edad según la progresión de la misma, ya que se trata como hemos mencionado anteriormente de una enfermedad progresiva. Esta enfermedad se codifica como diagnóstico CIE 10 ES con el código J44.9

RESULTADOS

Ambos sexos				
de 45 a 54 años	de 55 a 64 años	de 65 a 74 años	de 75 a 84 años	de 85 a 89 años
3.317	10.406	22.188	31.953	11.449

Como podemos apreciar el número de altas por EPOC es mucho más elevado en personas de mayor rango de edad. Esto puede ser debido a la evolución de la enfermedad, la cual poco a poco va avanzando. Los síntomas empeoran gradualmente y la disnea, que es persistente y al principio se asocia al esfuerzo, aumenta con el tiempo hasta aparecer en reposo.

CONCLUSIÓN

La EPOC tiene una evolución lenta y generalmente se hace evidente a partir de los 40 o los 50 años de edad. Según la OMS se estima que en 2015 murieron por esta causa cerca de 3 millones de personas en todo el mundo, lo cual representa un 5% de todas las muertes registradas ese año. El Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (CMCT) es una respuesta a la mundialización de la epidemia de tabaquismo y tiene por objetivo proteger a miles de millones de personas de la exposición nociva al humo del tabaco. Siendo el tabaco la principal causa de esta enfermedad, debemos seguir poniendo barreras para evitar su consumo, impidiendo así el incremento de ésta y de otras enfermedades, ya que origina un gran problema de salud pública.

Palabras clave: PULMONAR, OBSTRUCTIVA, TABAQUISMO, SALUD



XI Jornadas de Salud Pública
salud pública ante escenarios de futuro
del 10 al 16 de noviembre 2017

LA FALTA DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO, OBSTÁCULO PARA MEJORAR LA SALUD

FACTORES ASOCIADOS CON LA NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Falta de Confianza en la Relación Sanitario/Paciente

Factores relacionados con el sistema o el equipo de asistencia sanitaria

Factores relacionados con la enfermedad

Possible Comorbilidad

A Mayor Nivel Socioeducativo, Más Implicación

Factores socioeconómicos

Factores relacionados con el tratamiento

Efectos Secundarios, Complejidad del Tratamiento, Interacción Con Otros Fármacos

Incapacidad para Implicarse en su Tratamiento

RESULTADOS Sólo el 50% de los pacientes crónicos cumplen con su tratamiento farmacológico, traduciéndose en falta de control de la enfermedad, empeoramiento de la salud, incremento de las visitas a urgencias y aumento del coste sanitario.

Bibliografía: Recomendaciones GESIDA/SEFH/PNS para mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral. Hernando knobel et al. Instrumentos de medida de adherencia al tratamiento. Nogués Solán et al. Adherencia tratamiento farmacológico en patologías crónicas. JR Aguirre

INTRODUCCIÓN La falta de adherencia al tratamiento farmacológico es un problema de salud pública. Supone un obstáculo para mejorar la salud y calidad de vida de los pacientes, además de tener un fuerte impacto económico por elevar el coste sociosanitario.

OBJETIVO Analizar la prevalencia de la no adherencia a los tratamientos farmacológicos y sus consecuencias en el sistema sociosanitario.

MÉTODO Búsqueda bibliográfica de estudios de prevalencia. Año 2010/16 Bases de datos: Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria Grupo de Adherencia Terapéutica-ADHEFAR de la SEFH, Bot Plus, Slideshare. Descriptores utilizados: Adherencia Tratamiento Abandono Coste Sanitario

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES La adherencia terapéutica, objetivo del sistema sanitario para mejorar la salud y optimizar el gasto farmacéutico. Importante identificar precozmente los factores. La elaboración de programas con métodos combinados, intervenciones adaptadas e individualizadas y un enfoque multidisciplinar han demostrado ser las estrategias de intervención más eficaces en la mejora de la adherencia.

Autoras: Carolina Navarro Martínez, Bienvenida Martínez Marín



EFICACIA Y VÍA DE ADMINISTRACIÓN EN LA VACUNA DE LA FIEBRE TIFOIDEA

Autoras: Juana Rodríguez Garvín¹, Lucía Fátima Lara Leiva², Alba Illana Álvarez³.
Hospital San Juan de la Cruz de Úbeda (Jaén)¹, Hospital Médico-Quirúrgico Jaén², Hospital Universitario Lozano Blesa³.

OBJETIVOS

- I. Determinar la eficacia de administrar la vacuna de la fiebre tifoidea vía oral y vía intramuscular.
- II. Evaluar qué vía de administración es más adecuada para la aplicación de esta vacuna.

METODOLOGÍA

Revisión narrativa en los meses de Junio y Julio de 2017 en las bases de datos: PUBMED, COCHRANE, CUIDEN y CINAHL. Pregunta de investigación: ¿Es igual de efectiva la administración de la vacuna de la fiebre tifoidea por vía oral que por vía intramuscular?. Se realizó la búsqueda mediante los siguientes descriptores MeSH: "Vaccination", "Typhoid fever", "Via administration", "Primary prevention". Criterios de inclusión: Se *incluyeron* los ensayos clínicos aleatorizados que evaluaban el efecto de la administración de la vacuna de la fiebre tifoidea *excluyendo* estudios que analizaban otro tipo de vacunas. La metodología empleada en la investigación ha sido de tipo cuantitativa. Idioma: estudios publicados en inglés o español. No se aplicó limitación temporal. De 625 referencias encontradas finalmente se seleccionaron 12 que cumplían con todos los criterios establecidos previamente.

RESULTADOS

- ❑ Para la vacuna oral en régimen de tres dosis se determina que previene alrededor de un tercio hasta la mitad de los casos de fiebre tifoidea en los dos primeros años después de la vacunación: Año 1: eficacia del 35%; Año 2: 58%. (ensayo con 20543 participantes). No se detectaron beneficios en el tercer año después de la vacunación. Comparada con placebo, esta vacuna no se asoció con más efectos secundarios, excepto la fiebre que fue más frecuente en el grupo de vacunación.
- ❑ La vacuna inactivada administrada en una sola dosis intramuscular evitó alrededor de dos tercios de los casos de fiebre tifoidea en el primer año después de la vacunación: Año 1: eficacia del 69%; Año 2: entre el 45% y el 69% de los casos (ensayo con 194.969 participantes). Comparada con placebo, esta vacuna no se asoció con más fiebre o eritema sin embargo el edema y el dolor en el sitio de inyección fueron más frecuentes en el grupo de la vacuna.
- ❑ Los autores determinan que ambas vacunas, la oral atenuada y la parenteral de polisacáridos eran similarmente efectivas y que sería necesario tener en cuenta el coste, la disponibilidad de la vacuna y las características de la persona para escoger una u otra vía.

CONCLUSIONES

Según los documentos revisados, la eficacia de ambas vacunas para la fiebre tifoidea, la oral y la intramuscular es similar y estaría en torno al 50% en personas en riesgo a los 2 años de su administración. La decisión sobre cual vacuna elegir habrá que tomarla en función de determinadas características como si la persona presenta alguna contraindicación para un tipo de vacuna u otra, la disponibilidad, y de la valoración del paciente sobre la vía de administración.

BIBLIOGRAFÍA

1. Typhoid Fever. Vaccination. Centers for Disease Control and prevention (CDC). May 2013.
2. Jackson BR, Iqbal S, Mahon B. Updated recommendations for the use of typhoid vaccine – advisory committee on immunization practices, United States, 2015. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2015;64(11):305-308.
3. Ryan ET, Andrews J. Treatment and prevention of typhoid fever. This topic last updated: Jul 07, 2017. In: *Uptodate*, Charles J Lockwood (Ed). UpToDate, Waltham, MA, 2017.
4. Anwar E, Goldberg E, Fraser A, Acosta C, Paul M, Leibovici L. Vacunas para la prevención de la fiebre tifoidea. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014 Issue 1. Art. No.: CD001261. DOI: 10.1002/14651858.CD001261.

Comunicación Núm. 212. Eficacia y vía de administración en la vacuna de la fiebre tifoidea. Rodríguez Garvín MJ, et al.

BROTOS DE ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN HÍDRICA EN ANDALUCÍA DURANTE LOS ÚLTIMOS 20 AÑOS.

AUTORES: María Francisca Ortega Ruiz. Inmaculada Olivares Carmona. M^o del Carmen Pérez Jiménez.

Introducción: Las enfermedades de transmisión hídrica suponen un importante problema de Salud Pública debido a su posible transmisión a través de redes de abastecimiento, aguas superficiales, etc., pudiendo producir brotes epidémicos con numerosos afectados. En el último informe elaborado en España (1998) por el Centro Nacional de Epidemiología (CNE) se declararon 96 brotes hídricos. En casi el 50% de ellos, el vehículo de transmisión fue el abastecimiento común, seguido de las fuentes (19,5%), agua potable sin especificar y el abastecimiento individual, en ambos casos con un 13,5%. Las Comunidades Autónomas con más brotes y casos declarados fueron Andalucía y Castilla-León.

Objetivos: Analizar la tendencia de brotes hídricos en Andalucía durante el periodo 1996-2002, describir las características epidemiológicas asociadas a este tipo de brotes y analizar la capacidad de respuesta del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Andalucía (SVEA).

Metodología: Estudio observacional y retrospectivo. Se utilizaron las bases de datos del SVEA de notificación y control. Se determinaron n^o de brotes (totales y por municipio), n^o de afectados, origen, factores contribuyentes y distribución temporal de los mismos.

Resultados: Durante el periodo de estudio se comunicaron un total de 119 brotes de origen hídrico, con un máximo de 23 brotes en 1997 y un mínimo de 11 en 1998. En los 3 últimos años el n^o de brotes detectados (12-16) permaneció estable. La provincia de Málaga resultó ser la más afectada (41,1%). Los municipios con población menor de 5000 habitantes son los que presentan mayor número de brotes (45,4%). El factor identificado más frecuente fue la utilización de agua no destinada al consumo humano (37,5%). El tiempo de respuesta del dispositivo de salud pública fue del 56,9% en las primeras 24 horas.

Conclusiones: Notable tendencia descendente en el número de brotes. Necesidad de aumentar la vigilancia y el control de fuentes públicas, especialmente durante la época estival. Dificultad en la determinación del agente causal. Mejora en la calidad de la intervención epidemiológica.

Comunicación Núm. 222. Brotes de enfermedades de transmisión hídrica en Andalucía durante los últimos 20 años. Ortega Ruiz MF, et al.

ESTUDIO SOBRE EL PALUDISMO (MALARIA) EN EL MUNDO, PERÍODO 2000-2015 SEGÚN LA OMS. CIE-10-ES.

Aurora Peña González, M^a Carmen Torres Calvo y Mercedes Almagro Calzada

INTRODUCCIÓN

El paludismo, o malaria, es una enfermedad potencialmente mortal causada por parásitos que se transmiten al ser humano por la picadura de mosquitos hembra infectados del género *Anopheles*. Hay cinco especies de parásitos causantes del paludismo en el ser humano, si bien dos de ellas:

- *Plasmodium falciparum* y *Plasmodium vivax* - son las más peligrosas.

El paludismo es una enfermedad febril aguda y los síntomas suelen aparecer entre 10 y 15 días después de la picadura del mosquito.

Si no se trata en las primeras 24 horas, el paludismo por *P. falciparum* puede agravarse, llevando a menudo a la muerte.

OBJETIVO

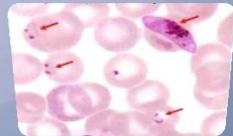
Analizar la incidencia del paludismo a nivel mundial y la tasa de mortalidad, así como el progreso hacia la eliminación de esta enfermedad.

MATERIAL Y MÉTODOS

- ❖ Datos extraídos de la OMS
- ❖ Período de estudio 2000-2015
- ❖ Paludismo código CIE-10-ES B54 paludismo (malaria) no especificado.
- ❖ Realización de tabla comparativa estimando el número de casos y de muertes por paludismo y región en el periodo 2000-2015.

RESULTADOS

REGIÓN DE LA OMS	NÚMERO ESTIMADO DE CASOS DE PALUDISMO (POR 1000)				CAMBIO 2000-2015	NÚMERO DE CASOS ESTIMADO DE MUERTES POR PALUDISMO				CAMBIO 2000-2015
	2000	2005	2010	2015		2000	2005	2010	2015	
África	214.000	217.000	209.000	188.000	-12%	764.000	670.000	499.000	395.000	-48%
Américas	2.500	1.800	1.100	680	-74%	1.600	1.200	1.100	500	-69%
Mediterráneo Oriental	9.100	8.600	4.000	3.900	-57%	15.000	15.000	7.000	7.000	-51%
Europea	36	5,6	0,2	0	100%	0	0	0	0	
Asia sudoriental	33.000	34.000	28.000	20.000	-39%	51.000	48.000	44.000	32.000	-37%
Pacífico Occidental	3.700	2.300	1.700	1.500	-59%	8.100	4.200	3.500	3.200	-60%
MUNDO	262.000	264.000	243.000	214.000	-18%	839.000	738.000	554.000	438.000	-48%



CONCLUSIONES

Como podemos observar en la tabla el número de casos de paludismo se redujo de un estimado de 262 millones a nivel mundial en el 2000 a 214 millones en el 2015, es decir, se ha producido un descenso del 18%.

El número de muertes por paludismo a nivel mundial cayó de un estimado de 839.000 en el 2000, a 438.000 en el 2015, es decir, se ha producido un descenso de la mortalidad del 48%.

Si analizamos el número de casos de paludismo por región observamos que la región más castigada con esta enfermedad es con diferencia África, donde el número de casos de paludismo se redujo de un estimado de 214 millones en el 2000 a 188 millones en el 2015, es decir, se produjo un descenso del 12%.

En cuanto al número de muertes por paludismo en África observamos un descenso del 764.000 en el 2000 a 395.000 en 2015, es decir ha habido una caída de la mortalidad del 48%.

Se estima que la mayoría de los casos y muertes reportados en 2015 ocurrieron en la Región Africana (88%), seguida por la Región de Asia Sudoriental.

En 2000, había 106 países y territorios con transmisión activa de la enfermedad y finales de 2015 había 95 territorios.

A pesar de este enorme progreso, todavía queda mucho por hacer para reducir aún más la carga del paludismo. La Estrategia Técnica Mundial contra la Malaria 2016-2030, aprobada por la Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2015, establece objetivos ambiciosos pero alcanzables para el año 2030, incluyendo una reducción de por lo menos el 90% en la incidencia y mortalidad por paludismo a nivel mundial.

DESCRIPCIÓN DE LOS CASOS DEL BROTE DE HEPATITIS A QUE HAN SIDO DIAGNOSTICADOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA VICTORIA

Calderón Cid, M. O'Donnell Cortés, B. Carnero Varo, M
Hospital Universitario Virgen de la Victoria

INTRODUCCIÓN

El virus de la hepatitis A (VHA) produce un cuadro de síntomas inespecíficos generalmente autolimitado. La mejora de las condiciones higiénicas-sanitarias en España ha contribuido a disminuir la transmisión del virus por vía fecal-oral. No obstante, hemos presenciado un gran brote que afecta a toda Europa y que se mantiene hasta la fecha dentro de un contexto epidemiológico de hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres (HSH). En 2016 se declararon 605 casos en Andalucía, lo que supone un 365% más de casos que en 2015. La provincia con mayor número de brotes en 2016 fue Málaga.

OBJETIVOS

Caracterizar los casos del VHA diagnosticados en nuestro centro durante el último año.

MÉTODO

Estudio descriptivo revisando muestras de suero con sospecha de infección por VHA durante el periodo comprendido entre 2016 y febrero de 2017. Se realizó una encuesta epidemiológica a 42 de los pacientes, recogiendo las variables edad, sexo, lugar de procedencia, fecha del diagnóstico, existencia de coinfecciones con VIH, VHB y T. pallidum, y factores de riesgo para la adquisición de la infección.

RESULTADOS

- Se obtuvieron 58 resultados positivos, 52(89,7%) hombres y 6 (10,3%) mujeres con una media de edad de 39,1 años.
- El 56,9% del total positivos se registró durante los meses de noviembre y diciembre. Esta tendencia se ha mantenido en enero de 2017 hasta la fecha.
- 29 (50%) pacientes requirieron ingreso hospitalario. Se detectaron coinfecciones, 11 (19,0%) con T. pallidum, 7 con VIH (12,1%) y 1 caso con hepatitis B crónica.
- De 42 pacientes entrevistados, 26 (61,9%) eran HSH, 19 (45,2%) de los cuales afirmaron haber tenido relaciones sexuales de riesgo con asiduidad.

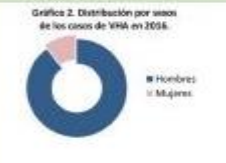
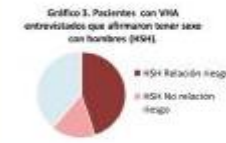


Tabla 1. Pacientes con VHA que presentaron coinfecciones con otras ITS.

VIH	7
Sífilis	11
Hepatitis B	1



CONCLUSIONES

Las relaciones sexuales de riesgo entre HSH constituyen el principal factor de riesgo para la transmisión del VHA. Se debe continuar la vigilancia de la enfermedad insistiendo en medidas preventivas que incluyen educación de conductas sexuales de riesgo, inmunización pasiva y vacunación.

Comunicación Núm. 230. Estudio sobre el paludismo en el mundo. Período 2000-2015 según la OMS. CIE-10-ES. Peña González A, et al.

Comunicación Núm. 244. Descripción de los casos del brote de Hepatitis A que han sido diagnosticados en el Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Calderón Cid M, et al.

XI Jornadas de Salud Pública
Salud pública ante escenarios de futuro
Del 20 al 25 de noviembre / 2017 #11jornadasSP

FACTORES DE RIESGO EN EL DESARROLLO DEL VAGINISMO: ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES

Fadul Calderón R.*, García Álvarez R.*, Zapata Boluda R.**, Aranda Torres C.**, Alarcón Rodríguez R.**

* Universidad Autónoma de Santo Domingo (República Dominicana).
**Universidad de Almería (España)

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La importancia de identificar los factores que pueden predecir el riesgo de desarrollar vaginismo es un hito clave en la prevención, identificación temprana y tratamiento de las mujeres en riesgo de padecer esta condición frustrante e incapacitante.

Identificar la influencia de los factores psicosociales relacionados con el abuso sexual, el abuso físico, el patrón reproductivo, la educación sexual recibida, los temores relacionados con el sexo y las experiencias negativas vividas en la infancia.

METODOLOGÍA

Se trata de un estudio de casos y controles, donde se reclutó a 40 mujeres con disfunción sexual (vaginismo) y 80 mujeres con función sexual saludable como grupo control, atendidas en el Instituto de Sexualidad Humana de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Santo Domingo. Ambos grupos, emparejados por edad, fecha de admisión, educación y ser sexualmente activos.

Palabras Clave

- Vaginismo
- Miedos
- Evitar el sexo
- Experiencia traumática
- Abuso sexual.

RESULTADOS

No hubo diferencias entre los dos grupos con respecto a sus características sociodemográficas. Las mujeres que tenían miedo a perder el control durante la penetración presentaban 29.57 veces más riesgo de desarrollar vaginismo ($p < 0.01$). Las mujeres con vaginismo que tenían miedo al sangrado durante la penetración presentaron una OR: 0.32 ($p < 0.05$) y las que tenían miedo a un embarazo no deseado mostraron una OR: 0.34 ($p < 0.05$). Las mujeres que tenían miedo a sufrir un desgarro por penetración mostraron mayor riesgo de desarrollar vaginismo (OR: 2.78, $p < 0.01$), al igual que las mujeres que mostraban miedos de tener coitos dolorosos (OR: 30.33, $p < 0.001$).

CONCLUSIONES

Este estudio proporcionó evidencia de que las mujeres tienen mayor riesgo de desarrollar vaginismo, si presentan miedos de dolor, de lesiones, sangrado y miedo a perder el control y tener un ataque de pánico si mantienen relaciones sexuales.

Epidemiología de las disfunciones gonadales en áreas de alta o baja exposición a plaguicidas

Nombres
Profesión/Correo electrónico

Introducción

Los plaguicidas son productos químicos intrínsecamente tóxicos diseñados para propagarse deliberadamente al medio ambiente para eliminar plagas, aunque también pueden dañar la salud humana. Los plaguicidas pueden imitar la actividad de los esteroides sexuales y producir una modulación del desarrollo y el crecimiento gonadal lo cual puede dar lugar a una disfunción ovárica o testicular.

Objetivos

Describir la distribución de pacientes con disfunción ovárica o testicular según si el distrito sanitario al que pertenecen se encuentra en un área de alta o baja exposición a plaguicidas.

Metodología

Medline, WOS, CMBD hospitalario
Sexual dysfunction, pesticide
Población andaluza diagnosticada con disfunción ovárica/testicular entre los años 2000-2010.

Resultados

Tasas de prevalencia de disfunción ovárica por 100.000 habitantes

■ Distrito de alta exposición
■ Distrito de baja exposición

Tasas de prevalencia de disfunción testicular por 100.000 habitantes

■ Distrito de alta exposición
■ Distrito de baja exposición

Frecuencias, tasas de prevalencia X 100.000 hab y tasas medias

Distritos Alta Exposición			
Patologías	Frecuencia	Tasas	Tasas medias
Disfunción Ovárica	176	43,38	43,4
Disfunción Testicular	12	2,94	2,8

Distritos Baja Exposición			
Patologías	Frecuencia	Tasas	Tasas medias
Disfunción Ovárica	185	35,33	33,2
Disfunción Testicular	14	2,7	3,3

OR, Intervalos de Confianza, P.

Exposición	Patologías	OR	IC	P
Alta exposición-Baja exposición	Disf. Ovárica	1,23	0,99-1,52	0,05
Alta exposición-Baja exposición	Disf. Testicular	1,09	0,47-2,49	0,82

Conclusiones

- En los distritos con ↑ exposición a plaguicidas, los varones tienen una tasa de prevalencia (por 100.000hab.) de disfunción testicular superior con respecto a los distritos de ↓ exposición.
- En los distritos con ↑ exposición a plaguicidas, las mujeres tienen una tasa de prevalencia (por 100.000hab.) de disfunción ovárica superior con respecto a los distritos de ↓ exposición.

Bibliografía

- Beltrán, L. (2014). Disfunción sexual de la pareja. *EMC-Ginecología-Obstetricia*, 50(3), 1-9. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S1283-081X\(14\)68442-3](http://dx.doi.org/10.1016/S1283-081X(14)68442-3).
- Cervantes-Morant, R. (2010). Plaguicidas en Bolivia: sus implicaciones en la salud, agricultura y medio ambiente. *Revista Virtual REDESMA*, 4(1), 27-38.
- Hernández, A., Parrón, T., Tsatsakis, A., Requena, M., Alarcón, R. & López-Guarnido, O. (2013). Toxic effects of pesticide mixtures at a molecular level: Their relevance to human health. *Toxicology*, 307, 136-145.
- Senthilkumaran, B. (2015). Pesticide- and sex steroid analogue-induced endocrine disruption differentially targets hypothalamo-hypophyseal-gonadal system during gametogenesis in teleosts – A review. *General and Comparative Endocrinology*. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ygcen.2015.01.010>.
- Fernández, M., López, M.J., Serrano, N., Ortiz, F., Alfonso, J.M., López, J., Martín, R.A. & Yruela, M.C. (2013). Aplicación de plaguicidas nivel cualificado. Recuperado de http://www.juntadeandalucia.es/export/drupal/ja/Plaguicidas%20cualificado_red_CONSEJERIA.pdf

Comunicación Núm. 285. Factores de riesgo en el desarrollo del vaginismo: Estudio de casos y controles. Fadul Calderón R, et al.

Comunicación Núm. 309. Epidemiología de las disfunciones gonadales en áreas de alta o baja exposición a plaguicidas.

ESTUDIO OBSERVACIONAL ANALÍTICO DEL NÚMERO DE INGRESOS CON ASMA, PRODUCIDOS EN ESPAÑA. AÑOS 2014 – 2015. CODIFICACIÓN CIE-10-ES

AUTORES: Segunda Pino Gallardo Juan M^a Marín Fernández Fca. Rocio Álvarez Sáez

INTRODUCCION:

El asma es una enfermedad crónica de los pulmones que inflama y estrecha las vías respiratorias.

Cuando se presenta un ataque de asma, los músculos que rodean las vías respiratorias se tensionan y el revestimiento de dichas vías aéreas se inflama. Esto reduce la cantidad de aire que puede pasar. No existe remedio para el asma, aunque los síntomas algunas veces disminuyen con el tiempo. En pacientes afectados desde edad joven conforme avanza la edad, puede remitir los casos de agudizaciones.

OBJETIVOS:

Pretendemos valorar comparativamente el número de ingresos hospitalarios de asma en España durante los años 2014-2015, tomando como referencia los diagnósticos CIE-10-ES y determinados por edades comprendidas entre 0 a 54 años.

MATERIAL:

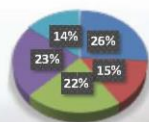
Analizaremos el número de casos de asma clasificándose esta enfermedad según CIE-10-ES con el código J45.909 , en un intervalo de edad de entre 0 a 54 años. Los datos son los ofrecidos por la Encuesta Nacional de Salud (ENSE) 2014-2015 a través del MSSI e INE, la cual proporciona la información necesaria sobre la salud de la población para poder planificar y evaluar las actuaciones en materia sanitaria.

CASOS DE ASMA EN ESPAÑA PERÍODO 2014-2015		
EDAD	MILES DE PERSONAS	PORCENTAJE
DE 0 A 14 AÑOS	365,9	26%
DE 15 A 24 AÑOS	210,3	15%
DE 25 A 34 AÑOS	306,7	22%
DE 35 A 44 AÑOS	322,8	23%
DE 45 A 54 AÑOS	206	15%

RESULTADOS:

Como podemos observar el número de casos de asma en edades comprendidas entre 0 a 14 años es más elevado al de la población de más edad, ya que supone un 26% de los españoles de esa edad padecen esta enfermedad, frente al 15% de personas de entre 45 a 54 años.

PORCENTAJE ASMA EN ESPAÑA 2014-2015



- DE 0 A 14 AÑOS
- DE 15 A 24 AÑOS
- DE 25 A 34 AÑOS
- DE 35 A 44 AÑOS
- DE 45 A 54 AÑOS

CONCLUSION:

Según estos resultados podemos determinar que esta enfermedad es más prevalente en la población infantil. Al ser esto así, en ámbitos asistenciales con la población más joven se podría dedicar más recursos a la prevención y asistencia de estas patologías.

Como dato adicional, las personas afectadas por esta enfermedad son en su mayoría residentes en núcleos urbanos y los niños; por lo que tendría más fácil acceso a la sanidad y tratamiento, facilitando así las gestiones emprendidas por la administración sanitaria.

Los pacientes con asma consumen el 2% de los recursos destinados a la salud pública, cifra importante a tener en cuenta por una sola patología. Los síntomas de asma se pueden reducir sustancialmente evitando los desencadenantes y las sustancias que irritan las vías respiratorias. Elimine de la casa el humo del tabaco. Las personas con asma también deben evitar en lo posible la contaminación atmosférica, los polvos industriales y otros vapores irritantes.

Siguiendo las medidas preventivas estas personas podrán disfrutar de una mejoría en su calidad de vida.

Comunicación Núm. 339. Estudio observacional analítico del número de ingresos con asma, producidos en España. Años 2014-2015. Codificación CIE 10-ES. Pino Gallardo, S.



#11jornadasSP

Muestreo antigeno virus Orthomyxoviridae: A(H1N1),A(H3N2) y B. VIGILANCIANCIA EPIEMIOLOGICA.REVISION BIBLIOGRAFICA

AGENTE: virus ARN de la familia Orthomyxoviridae: gripe A(H1N1), A(H3N2) y B

Criterio clínico: Persona que presenta aparición súbita de o al menos, uno de los cuatro síntomas: fiebre o febrícula, malestar general, cefalea, mialgia, Y o al menos, uno de estos tres síntomas respiratorios: tos, dolor de garganta, disnea, Y o ausencia de otra sospecha diagnóstica.

1 Criterio de laboratorio:

- Aislamiento del virus a partir de muestra clínica respiratoria.
- Detección ARN viral en un extracto de muestra clínica respiratoria.
- Detección antígenos por inmunofluorescencia directa.

TECNICA:

- Colocarse EPIs
- Abrir hisopo y el tubo del medio de transporte.
- Introducir hisopo en nariz a 2 a 3 cm y rotar.
- Introducir hisopo en tubo del medio de transporte sumergido.
- Cortar sobrante.
- Con otro hisopo repita el procedimiento en boca abierta sosteniendo con depresor realizar escobillado de faringe posterior (pilares y retrofaringe).
- Codificar el tubo.

Autores: Estefanía García Villegas, M^a José Torreblanca Lozano

VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

- Notificación individualizada casos a Sistema de Vigilancia Centinela de Gripe SVGE
- Notificación agregada casos a través del Sistema EDO por Diraya a Redalerta
- Notificación individualizada casos graves hospitalizados confirmados por Medicina Preventiva al RENAVE-CNE
- Notificación de casos de gripe por un nuevo subtipo de virus al Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias.
- Notificación de brotes a Epidemiología de Atención Primaria (EAP) del Distrito Sanitario o Área de Gestión Sanitaria, o realizará a Medicina Preventiva (MP) de medio hospitalario.

Medidas de control:

- Medidas de protección personal (lavado manos y EPIs)
- Vacunación antigripal anual
- Quimioprofilaxis con antivirales

Búsqueda sistemática bases de datos: SciflDO, OEBT, BVMS, Medline, cinahl, pubmed, CUIDEN. Y Protocolo de Vigilancia y Alerta de gripe SVEA de la Junta de Andalucía.

Comunicación Núm. 349. Muestreo antigeno virus Orthomyxoviridae: A(H1N1), A(H3N2) y B Vigilancia epidemiológica. Revisión Bibliográfica. García Villegas E, et al.

XI Jornadas de Salud Pública

Salud pública ante escenarios de futuro
Del 20 al 25 de noviembre / 2017 #11jornadasSP

IMPORTANCIA DE LA PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN NOSOCOMIAL POR EL PERSONAL SANITARIO

INTRODUCCIÓN

Las infecciones nosocomiales son las producidas dentro del hospital y que no estaban presentes en el momento del ingreso del paciente. Suponen una importante causa de morbilidad y mortalidad. Según el estudio EPINE 2016 sobre la prevalencia en España de las infecciones nosocomiales, el total de pacientes con infección nosocomial en España es de 7,92%.

OBJETIVOS

Analizar la importancia de la prevención por parte del personal sanitario en la infección nosocomial.

METODOLOGÍA

Se ha realizado una revisión bibliográfica mediante búsquedas en bases de datos como Google Scholar, Medline, Cochrane Library y Scielo, utilizando para ello los descriptores nosocomial, infección, personal sanitario, hospital, morbilidad. De los resultados obtenidos se eliminaron aquellos que se encontraban repetidos y se hizo una selección basada en su mayor relación con el tema a tratar. El total de textos incluidos después de la selección fue de 12. La búsqueda se limitó al intervalo 2010-2017.

RESULTADOS

Producida por microorganismos (virus, bacterias, hongos, parásitos)

Altamente contagiosa y resistente a antibióticos

Los pacientes son un reservorio de la enfermedad

INFECCIÓN NOSOCOMIAL

Inadecuada actuación del personal sanitario

Enfermos crónicos, ancianos y pacientes con el sistema inmunitario debilitado son especialmente vulnerables

Cuidado y traslado de pacientes importante causa de transmisión

CONCLUSIONES

Es necesario la vigilancia y estudio de la incidencia de la infección nosocomial para así poder conocer las principales causas de las mismas y métodos de prevención. Según diversos estudios uno de los métodos más eficaces en la lucha contra la infección nosocomial es el lavado de manos. También es importante una correcta higiene, esterilización y desinfección del entorno sanitario. La existencia de protocolos de actuación frente a la infección nosocomial, junto con su conocimiento y cumplimiento por parte del personal sanitario es un importante freno al contagio de la infección hospitalaria.

XI Jornadas de Salud Pública
Salud pública ante escenarios de futuro
Del 20 al 25 de noviembre / 2017

registro de cáncer de granada
ciberesp
ibs.GRANADA
FUNCA
Escuela Andaluza de Salud Pública
CONSEJERÍA DE SALUD

PROYECCIONES DE INCIDENCIA DE CÁNCER EN GRANADA PARA 2017

Daniel Redondo-Sánchez^{1,2,3}, Miguel Rodríguez-Barranco^{1,2,3}, Elena Molina-Portillo^{1,2,3}, Alberto Ameijide⁴, Yoe-Ling Chang-Chan^{1,2}, María José Sánchez-Pérez^{1,2,3}

1. Registro de Cáncer de Granada. Escuela Andaluza de Salud Pública.
2. Instituto de Investigación Biosanitaria de Granada (ibs.Granada).
3. CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), Madrid.
4. Registro de Cáncer de Tarragona, Fundació Lliga per a la Investigació i Prevenció del Càncer, Institut d'Investigació Sanitària Pere Virgili, Reus, España.

INTRODUCCIÓN

Conocer la carga de incidencia de cáncer en una población es un factor clave para la vigilancia y el control de la enfermedad. Sin embargo, disponer de datos actuales de incidencia de cáncer es una de las principales limitaciones de los registros de cáncer poblacionales, debido al tiempo transcurrido desde la recopilación de la información de las fuentes de las que se nutre el Registro hasta considerar el cierre de un año de incidencia en términos de exhaustividad. Este desfase temporal entre fecha de incidencia y fecha de registro es variable de unos registros a otros, aunque suele estar en torno a los 3-5 años, y depende del contexto legal y sanitario de la región, así como de los recursos del Registro. Podemos conocer cuál es el riesgo de presentar cáncer en el año en curso mediante las proyecciones de incidencia, un método que analiza el comportamiento pasado de la enfermedad para calcular su evolución hasta el presente.

OBJETIVO

Estimar la incidencia de cáncer en la provincia de Granada para el año 2017 en las principales localizaciones anatómicas por sexos.

METODOLOGÍA

Fuentes de información:
- Registro de Cáncer de Granada. Incidencia de cáncer en la provincia de Granada.
- Instituto Nacional de Estadística. Población de la provincia de Granada del periodo 2003-2016. Proyecciones de población en la provincia de Granada para el año 2017.

Sujetos de estudio: Personas residentes en Granada diagnosticados de cáncer, excepto piel no melanoma, en el periodo 2003-2013.

Variables de estudio: Se consideraron todos los casos incidentes en el periodo 2003-2013 de las siguientes localizaciones anatómicas, según CIE-10: en hombres colon-recto (C18-C20), próstata (C61), pulmón (C33-34), vejiga (C67, D09, D41) y estómago (C16), y en mujeres colon-recto (C18-C20), mama (C50), pulmón (C33-C34), ovario (C56), cuerpo uterino (C54) y melanoma de piel (C43). Para cada sexo se considera además el total del cáncer excepto piel no melanoma (C00-C96, excepto C44).

Análisis estadístico: El método de proyección de la incidencia utilizado se basa en un modelo lineal generalizado, en el que asume que el número de casos incidentes (término dependiente) sigue una distribución de Poisson, con edad y año de diagnóstico como términos independientes, y la población como offset. Para cada sexo y localización anatómica, se proyecta el número de casos nuevos, y las tasas brutas y estandarizadas por la población europea (ASR-E) por 100.000 habitantes.

RESULTADOS

Para el año 2017 se estima que se diagnosticarán 4.604 casos nuevos de cáncer (excepto piel no melanoma) en la provincia de Granada, el 58% en hombres. El número esperado de casos nuevos es de 590 por cada 100.000 hombres, y 415 por cada 100.000 mujeres, y las tasas estandarizadas por la población europea son 461 por 100.000 hombres y 303 por 100.000 mujeres.

Los cánceres con mayores tasas estandarizadas por la población europea son los de próstata (ASR-E: 99,7), colon-recto (ASR-E: 69,2), pulmón (ASR-E: 55,8) y vejiga urinaria (ASR-E: 48,9) en hombres, y los de mama (ASR-E: 93,1), colon-recto (ASR-E: 33,1), cuerpo uterino (ASR-E: 20,9) y melanoma cutáneo (ASR-E: 11,5) en mujeres. En las localizaciones analizadas, las tasas más bajas se observan en el cáncer de estómago en hombres (ASR-E: 12,1), y en los cánceres de pulmón (ASR-E: 10,5) y ovario (ASR-E: 8,6) en mujeres.

Tabla 1. Proyecciones de la incidencia en la provincia de Granada para 2017. Número de casos (N), tasa bruta (TB) y tasa estandarizada por la población europea (ASR-E) por 100.000 habitantes.

Sexo	Localización	N	TB	ASR-E
Hombres	Próstata	574	126,2	99,7
	Colon-recto	414	91,2	69,2
	Pulmón	333	73,2	55,8
	Vejiga	296	65,2	48,9
	Estómago	73	16,0	12,1
Total excepto piel no melanoma		2.682	589,9	461,2
Mujeres	Mama	544	117,6	93,1
	Colon-recto	240	52,0	33,1
	Cuerpo uterino	129	28,0	20,9
	Pulmón	68	14,8	10,5
	Melanoma de piel	66	14,3	11,5
	Ovario	51	11,0	8,6
Total excepto piel no melanoma		1.922	415,3	303,2

CONCLUSIONES

La incidencia de cáncer en la provincia de Granada sigue una tendencia ascendente tanto en hombres como en mujeres. Los aumentos de incidencia más notables se producen en cáncer de mama en mujeres, y cáncer de próstata en hombres, que son además los cánceres más frecuentes. Las tasas de incidencia proyectadas en Granada para 2017 son muy similares a las estimadas para el mismo año en el conjunto de Andalucía. Estas proyecciones de la incidencia de cáncer en la provincia de Granada contribuirán a mejorar la planificación de la asistencia oncológica.

Todos los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Comunicación Núm. 358. Importancia de la prevención de la infección nosocomial por el personal sanitario.

Comunicación Núm. 409. Proyecciones de incidencia de cáncer en Granada para 2017. Redondo Sánchez D., et al.

SUPERVIVENCIA DE LOS PACIENTES CON CÁNCER EN LA PROVINCIA DE GRANADA EN EL PERIODO 2010-2013

Maria José Sánchez-Pérez^{1,2,3}, Miguel Rodríguez Barranco^{1,2,3}, Elena Molina Portillo^{1,2,3}, Yoe Ling Chang Chan^{1,3}, Daniel Redondo Sánchez^{1,2,3}, Miguel Ángel Luque Fernández⁴

1. Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada
2. CIBER Epidemiología y Salud Pública, Madrid
3. Instituto de Investigación Biosanitaria de Granada (Ibs.Granada), Granada
4. Department of Non-Communicable Disease Epidemiology, Faculty of Epidemiology and Population Health, London School of Hygiene and Tropical Medicine, Cancer Survival Group, London



INTRODUCCIÓN

La supervivencia de los pacientes con cáncer a nivel poblacional es uno de los indicadores de mayor interés para la vigilancia y el control del cáncer. La observación directa del tiempo de supervivencia hasta el fallecimiento permite obtener la supervivencia observada de una población. Sin embargo, a no ser que se disponga de la causa específica de defunción, la supervivencia observada no refleja la probabilidad atribuible al cáncer en concreto, dado que los pacientes también fallecen por otras causas que actúan como riesgo competidores.

En por eso que resulta de mayor interés estimar la supervivencia neta (SN), que representa la probabilidad de sobrevivir al cáncer en estudio en el hipotético caso de que el cáncer fuera la única causa posible de defunción.

OBJETIVO

Estimar la supervivencia observada y neta a 1,3 y 5 años para los cánceres más frecuentes en hombres y mujeres residentes en la provincia de Granada diagnosticados en el periodo 2010-2013.

RESULTADOS

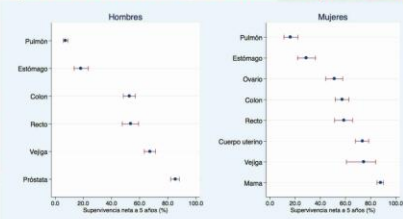
La supervivencia neta mayor entre los cánceres más frecuentes correspondió al cáncer de próstata en los hombres (85,4% a los 5 años) y al cáncer de mama en las mujeres (87,9%), seguido del cáncer de vejiga que alcanzó tasas del 67,5% y 74,5% en hombres y mujeres respectivamente.

En cáncer de colon y recto se alcanzaron tasas similares de supervivencia en ambos sexos (entre 50% y 60%), con valores ligeramente superiores en las mujeres respecto a los hombres, y en la localización de recto frente a colon.

En las mujeres, el cáncer de cuerpo de útero presentó una supervivencia del 73,6% a los 5 años, mientras que el cáncer de ovario alcanzó un 51,2%.

Los cánceres con peor pronóstico fueron en ambos sexos los de pulmón y estómago, aunque con mejores indicadores en las mujeres frente a los hombres. La supervivencia neta a 5 años para el cáncer de pulmón no llegó al 20% (7,3% en hombres y 16,2% en mujeres), mientras que en estómago estuvo por debajo del 30% (18,2% en hombres y 28,9% en mujeres).

Supervivencia neta a 5 años e IC 95% de los casos incidentes del periodo 2010-2013



Fuente: Registro de Cáncer de Granada, Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP)

CONCLUSIONES

La supervivencia de los pacientes con cáncer presenta notables diferencias en función de la localización anatómica dónde se desarrolla. Así, cánceres como el de próstata en el hombre o el de mama en la mujer tienen un buen pronóstico a los 5 años del seguimiento, con tasas de supervivencia superiores al 85%, mientras que otros tumores como el de pulmón o el de estómago alcanzan valores muy bajos en la supervivencia a largo plazo. Existen además otros factores que influyen de forma muy determinante en la supervivencia del cáncer, como son el sexo (en algunas localizaciones), la edad, la comorbilidad y el nivel socioeconómico de los pacientes, o el estado en que se diagnostica la enfermedad.

Comunicación Núm. 410. Supervivencia de los pacientes con cáncer en la Provincia de Granada en el periodo 2010-2013. Sánchez Pérez MJ, et al.

Evaluación del Impacto de la Comorbilidad en la Supervivencia del Cáncer: Un Estudio de Base Poblacional

Miguel Ángel Luque Fernández¹, Miguel Rodríguez Barranco^{2,3,4}, Elena Molina Portillo^{2,3,4}, Yoe Ling Chang-Chan^{2,4}, Rafael Marcos Gragera⁵, María José Sánchez^{2,3,4}

1. Department of Non-Communicable Disease Epidemiology, Faculty of Epidemiology and Population Health, London School of Hygiene and Tropical Medicine, Cancer Survival Group, London.
2. Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada
3. CIBER Epidemiología y Salud Pública, Madrid
4. Instituto de Investigación Biosanitaria de Granada (Ibs.Granada), Granada



INTRODUCCIÓN

La recurrencia y la supervivencia libre de enfermedad para pacientes diagnosticados con cáncer se analizan habitualmente con ensayos clínicos aleatorizados, reclutando pacientes que, por lo general, presentan mejor pronóstico de la enfermedad y son más jóvenes. Sin embargo, estos pacientes, por lo general, no son representativos de la población general.

Por lo tanto, la representatividad y la extrapolación de resultados es limitada, dado que en la población general los pacientes con edad avanzada y comorbilidad asociada son el grupo de edad con mayores tasas de incidencia de cáncer.

OBJETIVO

El principal objetivo de este proyecto de investigación llamado ECanCor (Evaluación del Impacto de la Comorbilidad en la Supervivencia del Cáncer) es investigar si las comorbilidades influyen en la supervivencia del cáncer y en el cumplimiento clínico de las directrices actuales del tratamiento del cáncer (directrices de ESMO: <http://www.esmo.org/Guidelines>).

METODOLOGÍA

ECanCor incluirá todos los casos de cáncer (mama, colorrectal y pulmón, melanoma cutáneo y linfoma no Hodgkin), diagnosticados entre el periodo 2010-2012, y con seguimiento hasta el 31 de diciembre de 2016 en las zona geográficas cubiertas por los registros del cáncer de Granada y Girona (aproximadamente 5.000 casos, **Tabla 1**).

Los datos de los registros del cáncer serán completados con datos clínicos provenientes de los hospitales, donde los pacientes hayan sido diagnosticados y/o tratados. La información a recopilar incluirá datos relacionados con las características clínicas patológicas del tumor, el estado funcional, las comorbilidades previas, las pruebas diagnósticas realizadas y los tratamientos recibidos por los pacientes.

Se analizará la supervivencia libre de progresión, y la supervivencia global a 1, 2, 3 y 5 años. Específicamente se investigará i) la respuesta al tratamiento de primera intención y la progresión libre de enfermedad después de al menos 5 años desde la fecha de diagnóstico; ii) la adherencia a las guías de práctica clínica en presencia de comorbilidad (**Tabla 2**); iii) la ocurrencia y el tipo de recidiva; iv) la asociación de la progresión del cáncer con las características de los pacientes y el tumor, el tipo de tratamiento y la comorbilidad.

RESULTADOS

La frecuencia de comorbilidad aumenta con la edad avanzada y la duración del seguimiento de los pacientes con cáncer.

Las comorbilidades pueden influir en la calidad de vida de los pacientes con cáncer y en los resultados, ya sea directamente, al empeorar el estado de salud general, o indirectamente, limitando la posibilidad de recibir tratamientos eficaces.

ECanCor servirá para probar el valor añadido de los estudios de alta resolución, basados en la combinación de datos poblacionales de los registros del cáncer con los datos clínicos y administrativos hospitalarios.

ECanCor demostrará que el enlace de los registros de cáncer de base poblacional con los datos clínicos y administrativos es una estrategia adecuada para evaluar la frecuencia e impacto de la comorbilidad en la supervivencia del cáncer, proporcionando información útil para posibles intervenciones destinadas a aumentar la calidad de vida de los pacientes de cáncer.

Tabla 1. Número de casos nuevos según localización anatómica y provincia de residencia.

Localización anatómica	Número de casos nuevos		
	Granada	Girona	Total
Mama	599	841	1.355
Colorrectal	543	573	1.065
Pulmón	766	550	1.269
Linfoma no-Hodgkin	291	135	389
Melanoma cutáneo	341	395	736
Total	2.385	2.294	4.679

CONCLUSIONES

Nuestros hallazgos, basados en los resultados de dos registros de cáncer de base poblacional ayudarán como prueba de concepto para implementar similares análisis usando datos de otros registros de cáncer en España. Esto podría representar una propuesta más amplia incluyendo un consorcio de estudios de alta resolución en territorio nacional con el objetivo de proporcionar guía y asesoramiento de base poblacional a la implementación de políticas para la evaluación y el control del cáncer en España.

Financiación: HIGHCARE (Exp. AC14/00036) y CP1700206.

Comunicación Núm. 411 Evaluación del impacto de la comorbilidad en la supervivencia del cáncer: un estudio de base poblacional. Luque Fernández MA, et al.

INCIDENCIA DE LA HIPERBILIRRUBINEMIA EN RECIÉN NACIDOS

Martos López, IM., Murillo de las Heras MM., Pérez Berenguel MC.

Introducción

Ictericia es un concepto clínico que se aplica a la coloración amarillenta de piel y mucosas ocasionada por el depósito de bilirrubina. Hiperbilirrubinemia es un concepto bioquímico que indica una cifra de bilirrubina plasmática superior a la normalidad. Clínicamente se observa en el recién nacido cuando la bilirrubinemia sobrepasa la cifra de 5 mg/dL.

Objetivo

Identificar la incidencia de hiperbilirrubinemia neonatal.

Método

Búsqueda bibliográfica de artículos en las bases de datos Cochrane, Pubmed, Medline y Scielo. Se limitó a artículos publicados entre 2006 y 2016 en inglés y castellano. Como palabras claves se emplearon "bilirrubina", "ictericia", "recién nacido", "neonato", "incidencia". Se analizaron 168 artículos, de los que 52 estaban relacionados con el tema de la búsqueda, utilizándose finalmente 16 en la redacción de este trabajo.

Resultados

El 60% de los recién nacidos a término y el 80% recién nacidos pretérmino presentan hiperbilirrubinemia durante la primera semana de vida. En Estados Unidos, aproximadamente el 60% de los recién nacidos desarrollan ictericia neonatal cada año, habiéndose documentado ictericia neonatal en un 15,6% de los recién nacidos. En un estudio realizado en Italia, el 28,5% de los prematuros tardíos (34-36+6 semanas de edad gestacional) presentaron ictericia que requirió tratamiento con fototerapia. Dicha ictericia apareció principalmente entre el 2º y 4º día de vida y se resolvió solo con fototerapia. En un estudio sueco, el 59% de la población estudiada presentaba hiperbilirrubinemia neonatal. En España, la incidencia de ictericia neonatal se sitúa en torno a 1.89 casos por cada 10.000 habitantes, siendo mayor en el sexo masculino. De todos los países analizados, la menor incidencia se ha establecido en Dinamarca mientras que la incidencia más elevada corresponde a Pakistán.

Conclusiones

Existe una elevada variabilidad en la incidencia de la hiperbilirrubinemia neonatal debido al origen multicausal de la enfermedad. En la actualidad España, que se caracteriza por su gran accesibilidad a los servicios sanitarios, presenta una baja incidencia de hiperbilirrubinemia neonatal. Para optimizar el manejo de la hiperbilirrubinemia neonatal, es necesaria una gestión del riesgo como herramienta para seleccionar, planificar y evaluar. Las estrategias adecuadas para el tratamiento de la enfermedad.

Bibliografía

Cohen RS, Ronald JW, Stevenson DK. Understanding Neonatal Jaundice: A Perspective on Causation. *Pediatr/Neonatal*. 2010; 51(3):143-48.
Altman M, Vainpée M, Chantingius S, Norman M. Neonatal morbidity in moderately preterm infants: a Swedish national population-based study. *J Pediatr*. 2011; 158(2):239-44.
Varvargou A, Fouzas S, Skylogianni E, Mantagou L, Bougioukou D, Mantagos S. Transcutaneous bilirubin nomogram for prediction of significant neonatal hyperbilirrubinemia. *Pediatrics*. 2009; 124:1052-59.

Comunicación Núm. 447. Incidencia de la bilirrubenia en recién nacidos. Martos López IM, et al.

XI Jornadas de Salud Pública

Salud pública ante escenarios de futuro

Del 20 al 25 de noviembre / 2017 #11jornadasSP



EL SÍNDROME METABÓLICO. ESTUDIO DE HOSPITALIZACIÓN EN ANDALUCÍA

Clara Isabel González Lozano, Eva Plata Luna, Dolores Gutiérrez Moreno

INTRODUCCIÓN

Existe un conjunto de alteraciones metabólicas y vasculares que agrupadas en un mismo individuo condicionan un aumento de riesgo de enfermedad cardiovascular y de desarrollo de diabetes. Es lo que se conoce como **Síndrome metabólico** (SM). Los factores de riesgo que componen este síndrome son obesidad central, hipertensión arterial, dislipemia, hiperglucemia, resistencia insulínica y estado protrombótico.

La resistencia insulínica es la hipótesis más aceptada para explicar la etiopatogenia del síndrome.

OBJETIVOS

Observar la prevalencia del síndrome metabólico en los ingresos hospitalarios registrados en Andalucía entre 2013 y 2015.

METODOLOGÍA

Dentro de los parámetros temporales mencionados se han establecido dos grupos para hacer el estudio comparativo: el primero comprende el conjunto de diagnósticos de todas las neoplasias y el segundo los diagnósticos de neoplasia de próstata, divididos ambos por tramos de edad.

Fuente: Portal Estadístico del Ministerio de Sanidad

RESULTADOS

En el grupo poblacional estudiado el resultado más significativo es la superior hospitalización por SM en Andalucía en varones que en mujeres, entre la población de 45 a 75 años, mientras que esa tendencia es inversa en la población superior a los 74 años. Analizando más pormenorizadamente estas cifras, en las hospitalizaciones por SM de 45 a 64 años la incidencia en varones es el doble que en mujeres, de 65 a 74 años las cifras se van igualando pero aún con una elevada tasa masculina. Esta tendencia a partir de los 74 años da un vuelco y se incrementan considerablemente los casos femeninos, entre las causas podríamos aventurarnos a indicar que lógicamente el colectivo femenino tiende a mantener estables aunque con una ligera subida de tendencia a lo largo de todo el periodo estudiado, mientras que los casos en varones van disminuyendo considerablemente a lo largo de los años. Hemos de observar también que en la edad de más de 74 años, que es la que afecta superiormente a las mujeres, éstas a su vez en la pirámide poblacional son muy superiores en número a los hombres.



CONCLUSIONES

El Síndrome Metabólico tiene una alta incidencia en el primer mundo rondando cifras del 25% en sus habitantes mayores de edad. *El SM se vincula con un alto riesgo de enfermedades cerebrovasculares, cardiovasculares e IAM, que pueden aumentar la tasa de mortalidad.*

Este problema plantea incrementar los tratamientos de prevención, enfocados a disminuir el peso con cambios en el estilo de vida, implantación de una dieta hipocalórica y el hábito de ejercicio físico, también a regular los niveles de glucosa, lípidos y tensión arterial, empleando, si fuera preciso, una medicación que aumente la sensibilidad de los tejidos a la acción de la insulina.

BIBLIOGRAFÍA


Álvarez Hernández, Julia. Síndrome metabólico. En: *Nutrición hospitalaria: Órgano oficial de la Sociedad Española de Nutrición Parenteral y Enteral*, vol. 3, nº Extra 1, 2010, pp. 3-13.
Camilo Botero, Juan; Salazar Delgado, Diana; Cortés Ramos, Omart. Síndrome metabólico y riesgo cardiovascular. En: *Revista CES Medicina*, vol. 20, nº 2, 2006, pp. 73-81.

Comunicación Núm. 449. El síndrome metabólico. Estudio de hospitalización en Andalucía. González Lozano CI, et al.

LA IMPORTANCIA DE LA VACUNACIÓN EN EL PERSONAL SANITARIO

Autores: Anabel López Millán ; Antonia Roa Almazán

Objetivos:




La vacunación del personal sanitario es muy importante ya que este se encuentra directa o indirectamente expuesto a distintos agentes biológicos por la propia actividad sanitaria y este debe protegerse a el mismo, a los pacientes, a los demás trabajadores y su entorno personal

Además:

- Previene la transmisión a los pacientes.
- Reduce el riesgo de infección de los propios profesionales.
- En época de epidemia, los profesionales sanitarios no vacunados tienen mayor probabilidad de enfermar y por lo tanto no poder desarrollar su trabajo asistencial en un momento en que la actividad es mucho mas alta que la habitual.
- Juega un rol ejemplar para los pacientes acerca de la importancia de la vacunación.

Métodos:



Para evitar el contagio y la propagación de enfermedades llevaremos a cabo una serie de medidas de seguridad : I) Las medidas de precaución estándar que adoptemos serán de contacto y de gotas como:

- Lavado de manos.
- Higiene respiratoria
- Utilización de equipos de protección individual

II) La vacunación es uno de los aspectos mas importantes para evitar el contagio por lo que el centro de trabajamos deberá de poner a disposición del personal una campaña de vacunación así como informar de los riesgos que conlleva la no vacunación.

A continuación podemos ver un estudio realizado sobre los motivos principales por los cuales el personal sanitario lleva o no a cabo la vacunación.

El principal motivo del rechazo a la vacunación es el miedo a los efectos adversos de la vacuna pero debemos de tener en cuenta que la vacunación minimiza los riesgos de padecer la enfermedad y lo que ello conlleva como puede ser el absentismo laboral por incapacidad temporal.

Motivos a la NO vacunación	Motivos a la SI vacunación
	

Resultados:

Un ejemplo de la importancia de la vacunación en el personal sanitario que podemos encontrar s la campaña antigripal ya que en invierno, la gripe es la responsable de casi la mitad de las bajas laborales debidas a enfermedad, con un promedio de 2.25 a 4 días por trabajador afectado. El impacto económico por la gripe es considerable, y los costos pueden clasificarse en dos tipos.

- Directos: Gastos de atención médica, cuidados y medicamentos
- Indirectos: Las bajas mismas o la disminución en la productividad por la enfermedad en los trabajadores.


Conclusiones:

1- la vacunación antigripal en el profesional sanitario Clínic Barcelona Hospital Universitari.

Referencias:

Comunicación Núm. 460. La importancia de la vacunación en el proceso sanitario. López Millán A, et al.

XI Jornadas de Salud Pública
Salud pública ante escenarios de futuro
Del 20 al 26 de noviembre / 2017



Escuela Andaluza de Salud Pública
#11jornadasSP

El virus zika como problema actual: Abordaje de nuevas vías de investigación.

Torreblanca Lozano, María José; García Villegas, Estefanía.
DUE UCI Hospital Universitario Virgen de las Nieves, DUE urgencias Hospital Universitario Virgen de las Nieves.

Poster electrónico.
Tendencias del cambio climático y escenarios futuros de Salud Pública /Epidemiología y vigilancia / Salud pública global

Palabras clave: zika, microcefalia, guillain-barré, epidemia, embarazo

OBJETIVOS:

- Mostrar y resumir la reciente información disponible sobre este virus que constituye un problema sanitario, afectando a numerosos países incluido el nuestro.
- Así mismo, plantear nuevas vías de investigación a raíz de las conclusiones extraídas en esta revisión bibliográfica.

METODOLOGÍA:

Sirviéndonos de bases de datos sanitarias como DIALNET, PubMed, revistas de la misma índole, web del ministerio de sanidad, igualdad y servicios sociales así como la de la OMS, hemos encontrado más de 20 publicaciones recientes que confirman la relación entre los recién nacidos con microcefalia en mujeres afectadas por el virus zika durante su embarazo. De ellos, hemos seleccionado los más interesantes a nuestro criterio para la elaboración de este trabajo. Se han seleccionado aquellos cuya lectura facilita la adhesión informativa, desechándose aquellos en los que los datos no arrojan información significativa ni de utilidad en nuestro ámbito.

RESULTADOS:

El zika es una enfermedad vírica transmitida inicialmente por la picadura de mosquitos del género Aedes que han sido infectados por este virus.

Provoca un cuadro leve con fiebre moderada, exantema que se extiende desde la cara al resto del cuerpo, artritis o artralgia pasajera, conjuntivitis y síntomas inespecíficos tales como mialgia, fatiga y dolor de cabeza. Frecuentemente, cursa sin sintomatología, pero si se desarrolla la clínica, se resuelve sin complicaciones graves. Se tenía constancia de esta enfermedad en países de África y Asia, pero en la actualidad, constituye un problema de transmisión generalizada en países de Sudamérica y zonas del Caribe.

La alarma surge cuando se plantea una posible relación entre el virus zika, recién nacidos con microcefalia y otras alteraciones neurológicas como el síndrome de Guillain-Barré.

Además, se plantean otras posibles vías de transmisión como la sexual.

CONCLUSIONES:

Se desconocen las causas por las que algunos casos no se ven afectados. Otro estudio establece la relación de transmisión sexual de este virus aunque el trasmisor no presente síntomas.

Hay muchos frentes abiertos para la investigación sobre este tema, mientras otros estudios salen a la luz, lo prudente y mejor para todos es seguir las recomendaciones de la OMS.

Bibliografía:

-Brook RB, Carlos MP, Myers RA, Grace M, y cols. (2016). Likely Sexual Transmission of Zika Virus from a Man with No Symptoms of Infection – Maryland 2016. MMWR Morb Mortal Wkly Rep, 65:915–916.
-Dirlikov E, Major CG, Mayshack M, et al. (2016) Guillain-Barré Syndrome During Ongoing Zika Virus Transmission — Puerto Rico, January 1–July 31, 2016. MMWR Morb Mortal Wkly Rep, 65:910–914.
-Michael A. Johansson, Ph.D., Luis Mier-y-Teran-Romero, Ph.D., Jennita Reefhuis, Ph.D., Suzanne M. Gilboa, Ph.D., and Susan L. Hills, M.B., B.S.(2016). Zika and the Risk of Microcephaly. N Engl J Med, 375:1-4.
-[Preguntas y respuestas sobre la enfermedad por el virus Zika] (2016), Descargado de: http://www.mssi.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/DocsZika/MARZOPreguntasYRespuestasZika_18.03.2016.pdf
[Preguntas y respuestas sobre el virus de Zika y sus complicaciones] (2016), Ubicación: <http://www.who.int/features/qa/zika/es/>

Comunicación Núm. 466. El virus zika como problema actual: Abordaje de nuevas vías de investigación. Torreblanca Lozano MJ, et al.

USO DE PROBIOTICOS EN EL TRATAMIENTO Y PREVENCIÓN DE LAS ALERGIAS DURANTE LA ETAPA PRE- Y POSTNATAL

Autores: Giménez Asensio, Olivia; Giménez Asensio, M^a José

INTRODUCCIÓN En la actualidad, se ha producido un incremento de las enfermedades de tipo alérgico sobre todo en los países desarrollados. Este incremento, es debido en gran parte a cambios de tipo ambiental. Entre las enfermedades de tipo alérgico, la alergia alimentaria presenta una mayor incidencia respecto al resto. Esta afecta a un 2,5% de la población, con una prevalencia que oscila entre el 1 y el 10%. En el caso de la población infantil, es de un 8%, en especial al año de edad. Los posibles desórdenes en la microbiota intestinal se han asociado, a la manifestación de reacciones inmunológicas adversas mediadas o no por IgE. Entre los factores de riesgo, asociados a posibles alteraciones en la microbiota durante la etapa postnatal, encontramos: el tipo de parto (natural/cesárea), la alimentación (lactancia materna/formula artificial), edad del destete, etc. Pocos segundos después del nacimiento, se produce el desarrollo de la microbiota intestinal que durante la etapa prenatal permanece estéril, alcanzado una microbiota madura a los 2 años de edad. La microbiota intestinal del recién nacido, está compuesta por diferentes bacterias (*Bifidobacterium*, *Lactobacillus*, etc.) y su contenido puede variar en función de los factores anteriormente enumerados. Las características de la microbiota presente en el intestino juega un papel muy importante en la función inmunológica, debido a su capacidad para regular la función de los linfocitos T reguladores. Entre las alternativas no específicas de tratamiento y prevención vía oral de las mismas, se encuentra el uso de probióticos. Los probióticos son sustancias con capacidad inmunomoduladora, por tanto son capaces de inducir tolerancia a alérgenos.

OBJETIVO Conocer el efecto inmunomodulador de los probióticos y como el uso de estos puede ser una alternativa en el tratamiento y prevención de las alergias en la infancia.

METODOLOGÍA Para el presente estudio, se realizó una revisión sistemática en bases de datos bibliográficas (PubMed/MEDLINE, Elsevier, Scielo, WAO, etc.). Como palabras claves, se utilizaron: microbiota, lactante, probiótico y alergia. Como criterio de inclusión se seleccionaron solo artículos publicados entre los años 2012-2017, en español o inglés.

RESULTADOS Existen diversos estudios que ponen de manifiesto los efectos inmunomoduladores de los probióticos (Fig1). Entre los distintos efectos, encontramos la producción o inhibición de citocinas, en función de la cepa empleada. Además los probióticos son capaces de promover la producción de IgA y IgM. Otros de los efectos, son una disminución de la permeabilidad de la membrana y el desarrollo de células T reguladoras.

Recientes estudios, han mostrado que la administración temprana de probióticos, muestra unos resultados más beneficiosos en la prevención primaria de las alergias. Para llevar a cabo estos estudios, se han utilizado cohortes de embarazadas a las que se les administro una suplementación probiótica (*Bifidobacterium*, *Lactobacillus*, *Acidophilus*, etc) durante la etapa pre- y postnatal. Se observó que la administración de probióticos, puede provocar una sensibilización atópica a diferentes alérgenos durante la infancia.

Sin embargo, estos no han mostrado ningún efecto significativo frente al desarrollo y tratamiento de otro tipo de enfermedades alérgicas como, el asma y rinitis alérgica. En la revisión de Nermes et al (2013), se asoció el uso de probióticos como *Bifidobacterium*, *Lactobacillus*, etc. con una disminución de los síntomas asociados a las mismas.

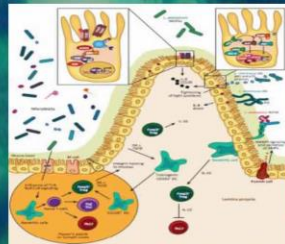


Fig 1.- Mecanismos de modulación de la inmunidad mediada por probióticos. (Kleerebezem et al., 2013)

CONCLUSIÓN La administración de probióticos durante la etapa pre- y postnatal, resulta útil en la prevención primaria de algunas enfermedades de tipo alérgico en la infancia. Sin embargo, es necesario seguir investigando mediante ensayos la posibilidad y eficacia de la administración de probióticos en el tratamiento de dichas enfermedades.

UTILIDAD DE LA VITAMINA D PARA LA DETECCIÓN DE LA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR Y RELACIÓN CON EL METABOLISMO ÓSEO

ibsGRANADA



Nahia Auzmendi Rodríguez (1), Daniel Pérez Bártivas (1), Sonia Morales Santana (2,3), Manuel Muñoz Torres (1,3)

1. Instituto de Investigación Biosanitaria de Granada, España.
2. Servicio de Investigación de protonómica. Instituto de Investigación Biosanitaria de Granada, España.
3. CIBERESP

*sonia.morales.ext@jaramandalucia.es



INTRODUCCIÓN

La Vitamina D está implicada en la homeostasis del hueso, y su deficiencia es muy prevalente en todo el mundo, con un impacto entre el 30% y el 50% en la población general. Actualmente, se reconoce que la vitamina D puede ejercer efectos extraskeletales, ya que los receptores de vitamina D están presentes en una gran variedad de tipos de células, incluyendo células vasculares. Por otra parte, la esclerostina es una proteína inhibidora de la vía Wnt. Esta vía promueve la formación ósea. Se ha podido observar que la esclerostina está aumentada en suero no sólo en pacientes con osteoporosis, sino también en pacientes con enfermedad cardiovascular (ECV) y calcificación vascular. Por otra parte, existen evidencias de que alteraciones en el metabolismo óseo, pueden afectar al sistema vascular, por lo que la vitamina D podría estar implicada en esta conexión. Nuestro objetivo fue examinar los niveles séricos de 25 (OH) vitamina D y evaluar su relación con la enfermedad cardiovascular (ECV) y con los niveles séricos de marcadores típicamente óseos (esclerostina y DKK1).

PACIENTES Y MÉTODOS

Estudio transversal de caso-control con 126 sujetos: ► Grupo Control, sin ECV: n = 81 ► Grupo de pacientes con ECV: n = 45

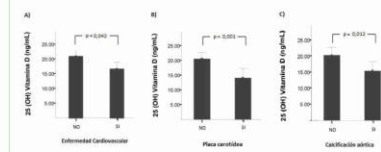
Los criterios de inclusión para la enfermedad cardiovascular en los pacientes fueron: Enfermedad coronaria o Enfermedad cerebrovascular o Enfermedad arterial periférica isquémica. Se determinaron los parámetros clínicos de ECV (placa carotídea y calcificación aórtica). Los niveles séricos de la vitamina D (25(OH)D), DKK1 (Biomedica) y esclerostina (Biomedica) fueron medidos por técnicas ELISA.

RESULTADOS

Tabla 1. Principales características de la población de estudio.

	Grupo ECV (n = 45)	Grupo sin ECV (n = 81)	Valor P
Hombre/mujer (%)	64.4/35.6	41.9/58.1	0.01
Edad (años)	59.4 ± 4.75	55.4 ± 7.49	0.002
Historial Médico:			
Hipertensión (%)	20.3	36.3	0.004**
Dislipemia (%)	33.9	47.4	0.001**
Espesor íntima-medio anormal (%)	23.7	13.4	<0.001**
Placa carotídea (%)	13.8	2.4	<0.001**
Calcificación aórtica (%)	13.4	3.9	<0.001**
Enfermedad coronaria (%)	22.1	0	<0.001**
Enfermedad cerebrovascular (%)	12.6	0	<0.001**
Enfermedad arterial periférica (%)	7.9	0	<0.001**
Diabetes tipo 2 (%)	33.9	24.5	<0.001**
Fumador o exfumador (%)	3.9	10.2	0.44
Alcohol (%)	3.9	2.4	0.11
Sedentarismo (%)	19.7	26.9	0.14
Uso actual de la medicación:			
Antihipertensivos (%)	26.9	26.1	<0.001**
Estatinas (%)	28.4	17	<0.001**
Insulina (%)	22.9	15	0.08*
Medicamentos antidiabéticos orales (%)	25.3	19	0.20
Evaluación clínica:			
Índice de masa corporal (kg/m ²)	31.5 ± 5.9	29.8 ± 5.9	0.12
Circunferencia de la cintura (cm)	107.2 ± 30.9	98.6 ± 12.6	0.01*
Presión arterial sistólica (mm Hg)	134.6 ± 20.6	128.6 ± 21.4	0.137
Presión arterial diastólica (mm Hg)	76.4 ± 11.8	82.8 ± 11.4	0.08
Glucosa plasmática en ayunas (mg/dL)	165.6 ± 54.9	55 ± 49	0.95
HbA1c (%)	7.8 ± 1.9	5.9 ± 1.7	<0.001*
Triglicéridos (mg/dL)	158.7 ± 119	126.6 ± 114.8	0.37
Lipoproteína de alta densidad (mg/dL)	47.4 ± 16.0	58.2 ± 15.1	<0.001*
Lipoproteína de baja densidad (mg/dL)	89.3 ± 33.7	123.6 ± 30.9	<0.001*
Creatinina (mg/dL)	0.9 ± 0.2	0.8 ± 0.1	0.02*
Homocisteína (mmol/L)	10.4 ± 3.8	8.7 ± 3.7	0.48
PTH	41.2 ± 18.4	43.9 ± 16.7	0.42
FGF23	45.8 ± 29.8	50.23 ± 41.8	0.56
Esclerostina (pmol/L)	55.8 ± 23.5	42.4 ± 15.2	<0.001*
DKK1	27.7 ± 14.3	19.5 ± 11.2	0.01*
25(OH)Vitamina D	16.4 ± 8.0	20.7 ± 11	0.02*

Figura 1. Niveles séricos de 25 (OH) Vitamina D en paciente con y sin A) Enfermedad Cardiovascular, B) Placa carotídea, C) Calcificación aórtica.



Agradecimientos: Este proyecto ha sido realizado gracias a la concesión de los proyectos PI-0514-2012 y FEDOMM 2017

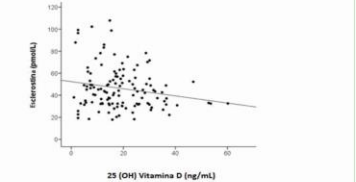
Tabla 2. Correlación entre 25 (OH) Vitamina D y los datos analizados (*P<0.05; **P<0.005).

Edad (años)	Correlación con 25(OH) Vitamina D (r)
-0.9	
Evaluación clínica:	
Índice de masa corporal (kg/m ²)	-0.05
Presión arterial sistólica (mm Hg)	-0.06
Presión arterial diastólica (mm Hg)	0.05
Circunferencia de la cintura (cm)	-0.05
Espesor íntima-medio (mg/dL)	-0.18*
Glucosa en ayunas	-0.254**
HbA1c (%)	-0.186*
Triglicéridos (mg/dL)	-0.12
Lipoproteína de alta densidad (mg/dL)	-0.11
Lipoproteína de baja densidad (mg/dL)	0.46
Creatinina (mg/dL)	-0.01
Homocisteína (mmol/L)	-0.19
PTH	-0.202*
Esclerostina (pmol/L)	-0.189**
DKK1	-0.16

Tabla 3. Modelo backward de regresión lineal mostrando el factor independientemente asociado con 25 (OH) Vitamina D.

25 (OH) Vitamina D	β	95% CI	P
Esclerostina	-0.201	-0.22-0.002	0.04

Figura 2. Correlación entre las concentraciones séricas de esclerostina y 25 (OH) Vitamina D.



CONCLUSIONES

- 1) La deficiencia de 25(OH) Vitamina D está asociada a la presencia de enfermedad cardiovascular, presencia de placa carotídea y calcificación aórtica.
- 2) La 25(OH) Vitamina D está independiente e inversamente asociada a esclerostina, lo que indica que la deficiencia en Vitamina D está asociada a los altos niveles en suero de esclerostina, descritos para pacientes con ECV.
- 3) La 25(OH) Vitamina D parece ser uno de los factores que explica la asociación observada entre el metabolismo óseo y enfermedad cardiovascular.



Acciones
poblacionales
vulnerables



NIVEL DE CARGA DE HIJOS CUIDADORES CUYAS MADRES PADECEN ESQUIZOFRENIA

INTRODUCCIÓN

Actualmente la esquizofrenia es una enfermedad que debido a su impacto social y económico, se considera un problema de salud pública; genera gran demanda de apoyo, principalmente de la familia que genera un alto grado de carga por las modificaciones que deben realizar a sus hábitos de vida.

OBJETIVOS:

Conocer el nivel de carga de sus hijos cuidadores y corroborar las necesidades de apoyo de las madres con esquizofrenia.

METODOLOGÍA

Es un estudio cuantitativo descriptivo y transversal realizado del total de mujeres con esquizofrenia que acudieron acompañadas de sus hijos cuidadores a la consulta externa de psiquiatría. Se utilizó la escala SIS para identificar las necesidades de apoyo de las madres con esquizofrenia y el cuestionario ECFS-II y el test Zarit para medir la carga de los hijos cuidadores.

RESULTADOS

De los 25 hijos cuidadores que acudieron a la consulta con un promedio de 28 años de edad, el 77% eran de mujeres, el 63% solteros. Con nivel de estudios: un 35% había estudiado secundaria, un 5% había ido a la universidad el 60% restante no había terminado los estudios primarios. Su situación laboral el 45% tenía un sueldo fijo, el 15% estudia y trabaja, el 30% se dedica al hogar y el 10% se dedica a trabajos esporádicos.

Basándonos en el estudio realizado, los factores que aportan mayor carga objetiva son:

Realizar gestiones administrativas para la atención médica, el cuidado y supervisión del tratamiento el 66%. Las tareas de la casa suponen un 15%. Un 19% para el aprovechamiento del tiempo.

A medida que aumenta la carga de trabajo de la persona cuidadora, también se incrementa el riesgo de deterioro de su salud y su calidad de vida; la persona cuidadora percibe que el cuidado ha influido sobre diferentes aspectos de su salud, su vida social, personal y económica.

CONCLUSIONES

Teniendo en cuenta las necesidades de apoyo y los niveles de carga del cuidador que presenta el estudio realizado, los servicios de salud deben mejorar las estrategias de cuidado y diseñar planes de intervención que disminuya las necesidades de apoyo de las mujeres con esquizofrenia.

Autoras: Sara Maldonado Santos; Ana Belén Diéguez Julia; Emilia Gómez Rodríguez

Comunicación Núm. 12. Nivel de carga de hijos cuidadores cuyas madres padecen esquizofrenia. Maldonado Santos S, et al.

LA FACILITACIÓN DE PROCESOS DE VIDA INDEPENDIENTE A JÓVENES CON DISCAPACIDAD

INTRODUCCIÓN

La calidad de vida supone una orientación hacia la persona desde su percepción individual hacia el logro de una vida valorada por ella misma.

OBJETIVOS

Analizar los elementos relacionados con las expectativas y deseos de vida adulta de los jóvenes con discapacidad.

METODOLOGÍA

Estudio exploratorio y descriptivo en el marco de una investigación cualitativa, realizado a 50 jóvenes con discapacidad a través de entrevistas grupales siguiendo un guión.

RESULTADOS:

Son jóvenes que expresan deseos de vida independiente, especificando lo que significa para ellos la calidad de vida, anticipando algunos de los pasos de vida que deben recorrer, así como los apoyos necesitarían contar.

En la vida en el hogar expresan deseos y aspiraciones de vida de hogar independiente de su familia; ya sea en pareja en piso en propiedad o en solitario en un piso compartido con amigos.

Respecto al trabajo y los ingresos económicos destacan un trabajo para la estructuración de sus vidas, la importancia de los ingresos económicos para llevar una vida adulta.

En la participación en la comunidad expresan la obtención del carnet de conducir, la utilización de la tarjeta de crédito.

CONCLUSIONES

El estudio realizado ha querido subrayar el derecho de los jóvenes con discapacidad a expresar la percepción acerca de la calidad de vida. Como medios para realizar sus deseos; señalan por una parte el interés y el esfuerzo que ponen en el proceso; por otra las oportunidades y apoyos que les ofrecen la sociedad.

Autoras: Sara Maldonado Santos; Ana Belén Diéguez Juliá; Emilia Gómez Rodríguez

Comunicación Núm. 13. La facilitación de procesos de vida independiente a jóvenes con discapacidad. Maldonado Santos S, et al.

Prematuro mas oxigenoterapia, mas incidencia de retinopatía

Autores: Pedro Cruzado Río, Sonia Mª Gonzalez Troya y Juan Antonio López Ramos.

Introducción: La retinopatía del prematuro es una alteración de los vasos sanguíneos de la retina inmadura. En prematuros, el desarrollo vascular normal de la retina se puede ver alterado.

Objetivos: Confirmar que el uso de oxígeno en el prematuro, aumenta la probabilidad del desarrollo de retinopatía.



Método: Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal, retrospectivo en recién nacidos prematuros, de bajo peso al nacer y edad gestacional. Los criterios de selección fueron los siguientes:

- Edad gestacional menor de 35 semanas.
- Peso al nacer inferior o igual a 1 700 g.
- Los que no fallecieron después del nacimiento.

El examen oftalmológico fue realizado por el especialista, con previa dilatación farmacológica, aplicado cada 10 minutos por 30 minutos. Se realizó entre la cuarta y la sexta semana después del nacimiento, o al cumplir la semana 35 de edad posconcepcional ajustada. Los niños que desarrollaron retinopatía se examinaron cada 1, 2 o 3 semanas, según hallazgos oftalmológicos, y hasta que necesitaron tratamiento o se produjo la regresión espontánea de la enfermedad. Se realiza un estudio evaluando la aparición de la retinopatía en 98 bebés prematuros.

Resultados: El 94,4 % de los prematuros que desarrollaron retinopatía recibieron oxigenoterapia, y solamente (5,6 %) no desarrollo retinopatía, lo que demuestra asociación entre la administración de oxígeno y su aparición. Se puede afirmar que constituye un factor de riesgo la administración de oxígeno para la aparición de retinopatía.



Conclusión: Se comprueba la relación directa entre la administración de oxigenoterapia y la aparición de retinopatía en el prematuro. El diagnóstico y tratamiento precoz de la retinopatía de la prematuridad disminuye la incidencia de ceguera en el niño. Al comprobarse que la oxigenoterapia es un importante factor de riesgo para el desarrollo de retinopatía, sería necesario controlar la administración de dicho tratamiento en recién nacidos prematuros.

Bibliografía: Curbelo Quiñones L, Durán Menéndez R, Cruz V, Mercedes D, Broche Hernández A, Alfonso Dávila A. Retinopatía del prematuro. Revista Cubana de Pediatría. 2015 Mar;87(1):69–81.

Comunicación Núm. 73. Prematuro más oxigenoterapia, más incidencia de retinopatía. Cruzado Río P, et al.

EL SÍNDROME DE MELKERSSON-ROSENTHAL. UNA ENFERMEDAD RARA CON REPERCUSIÓN EN SALUD PÚBLICA ORAL

García Rubio, A



MARCO CONCEPTUAL/ANALÍTICO Y OBJETIVO

El síndrome de Melkersson-Rosenthal es una patología granulomatosa de origen desconocido y pertenece a las denominadas enfermedades raras. Con una prevalencia del 0.08% es frecuente que sea diagnosticada erróneamente, sin embargo los dentistas deberían poder reconocerla fácilmente en su práctica diaria debido a las graves repercusiones que tiene a nivel orofacial.

El objetivo de esta investigación es conocer a fondo el cuadro clínico que presenta dicha patología con el fin de poder realizar un correcto diagnóstico diferencial.

METODOLOGÍA

Se realizó una revisión bibliográfica sistemática en diferentes bases de datos:

- Cochrane.
- Medline.
- Pubmed.

Los descriptores utilizados fueron:

- Síndrome de Melkersson-Rosenthal.
- Querilitis granulomatosa.
- Parálisis facial.
- Lengua fisurada.

Se revisaron artículos del periodo 2007-2017. Como criterios de inclusión todos incluían el texto completo y trataban la temática en cuestión. Como orden de búsqueda se utilizó: ("melkersson rosenthal syndrome" AND ["review" OR "treatment"]).

RESULTADOS

Se seleccionaron 18 artículos de los 25 encontrados. Los 7 estudios restantes fueron excluidos al no centrarse específicamente en el objetivo de la investigación. La forma clásica de este síndrome está caracterizada por la siguiente triada: tumefacción recidivante de los labios, lengua plegada o escrotal y parálisis facial periférica. Sin embargo, la forma monosintomática es la más común y la manifestación típica es el edema facial y/o aumento de los labios. Aunque el diagnóstico de este síndrome es eminentemente clínico, en aquellos pacientes en los que no se presente el cuadro completo el diagnóstico definitivo requerirá la confirmación histopatológica de granulomatosis. Con el objetivo de aliviar la inflamación y los síntomas de presión se utilizan diferentes alternativas como son los esteroides, la terapia inmunosupresora y la cirugía reconstructiva.

CONCLUSIONES

Debido a la inexistencia de guías terapéuticas, el tratamiento puede ser complejo y alargarse en el tiempo, en ese sentido la colaboración entre los diferentes especialistas (dentistas, alergólogos y médicos internistas) es esencial para llevarlo a cabo correctamente.

REFERENCIAS

Kuok, S.S., Rami, N., Tan, C.T., y Goh, K.J. (2015). Melkersson-Rosenthal syndrome with involvement of masticatory muscles. Clinical Neurology and Neurosurgery, 130, 8-10.

Comunicación Núm. 79. El síndrome de Melkersson-Rosenthal. Una enfermedad rara con repercusión en salud pública oral. García Rubio A.

CAMINO DE SANTIAGO CON PACIENTES DE REHABILITACION CARDIACA

ID 95

Joanna García, Rosa M^a Calzado, Laura Carbajo, María García, Francisco Jose Ruiz, Alfonso Morón

CONTEXTO Y DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

Pasear a ritmo ligero es una práctica que, combinada con alimentación saludable, ayuda a evitar enfermedades cardiovasculares, reduce los principales factores de riesgo de enfermedad cardíaca. Recomendación válida para pacientes que han sufrido algún evento cardíaco.

OBJETIVOS

Luchar contra el sedentarismo y mala alimentación: llevar "vida sana"

DESCRIPCIÓN DE LA EXPERIENCIA "VIDA SANA"

Grupo de trabajo: pacientes de Rehabilitación cardíaca que realiza el camino de santiago en varias etapas anuales

Se diseña un plan para trabajar mala alimentación y falta de entrenamiento.

Organización: Enfermera, nutricionista y médico. Se crea grupo WhatsApp con 7 hombre y 10 mujeres de Asociación Corazones en Camino. Enviar cada día al grupo WhatsApp, pantallazo o foto del programa con actividad realizada. Medidas confidencialesMENTE A ENFERMERA.

Fecha de comienzo octubre 2016- duración un año (hasta Camino 2017).

REQUISITOS PREVIOS

- Análítica con hemograma y bioquímica < 6 meses
- Medidas: peso, cintura, pecho, brazo, cadera y muslo
- Se establecieron PREMIOS y SANCIONES para aquellos participantes que no cumplieren con los objetivos de actividad pactados.

ACTIVIDAD FISICA:

- 1^o MES - "REGLA DE LOS 4": caminar 4 semanas, 4km mínimo y 40 min mínimo, 4días en semana.
- 2^o MES "REGLA DE LOS 5": 5km, 50 min, 4 días en semana.
- SIGUIENTES MESES: Añadir una ruta de 10 km a la semana

Han finalizado el proyecto 9 mujeres y 6 hombres. La edad media del grupo es 58.6 años (53.33 años las mujeres y 62 años los hombres).

La pérdida de peso y de cm en las distintas medidas tomadas se muestran en la siguiente tabla:

	PERDIDA PESO (kg)	CUERPO (cm)	PECHO (cm)	BRAZO (cm)	CINTURA (cm)	CADERA (cm)	MUSLO (cm)	IMC
MUJERES	4.66	2.93	5.33	2	9	7.11	4.22	1.89
HOMBRES	5.91	4.31	6.3	3.75	9.25	7.33	2.2	2.16
TOTAL	5.36	3.31	4.63	2.7	9.1	7.2	3.45	2.01

LECCIONES PARENTIDAS

El trabajo en Equipo, la actividad física publicada en el grupo y el temor a la sanción ha conseguido después de un año que "GANEMOS, PERDIENDO (Peso)" y a su vez echemos buenos ratos juntos con la propuesta de "Tapeos Saludables"

Sólo un componente abandonó el grupo por motivos de salud, el resto ha mejorado sus cifras de glucemia, tensión arterial, alteraciones analíticas, han bajado peso y volumen.



Comunicación Núm. 95. Camino de Santiago con pacientes de rehabilitación cardíaca. García J, et al.

¿EXISTE RELACIÓN ENTRE LA MALNUTRICIÓN Y LA FRAGILIDAD EN MAYORES DE 70 AÑOS?

Autor:

Francisca Gómez Guirao

OBJETIVOS

Evaluar el estado nutricional en pacientes mayores de 70 años que acuden a la consulta, para poder prevenir las situaciones de fragilidad y valorar posibles factores relacionados con la pérdida de masa muscular.

INTRODUCCIÓN

En la población anciana, la malnutrición, es un factor de riesgo para el desarrollo de la dependencia, pudiendo explicarse así, la relación entre comorbilidad y malnutrición, fragilidad y aumento de la mortalidad. Para la detección precoz de la malnutrición, determinar situaciones de riesgo e identificar las causas de los posibles déficits nutricionales, es necesario valorar de manera adecuada el estado nutricional.

El Mini Nutritional Assessment (MNA) es un método de evaluación y screening nutricional para población anciana, con una alta sensibilidad, especificidad, fiabilidad y un alto valor predictivo.

MÉTODOS

- Es un estudio observacional, descriptivo y transversal
- La muestra utilizada es de 160 pacientes mayores de 70 años que acudían a la consulta de enfermería de un centro de salud rural. A cada paciente que reunía los criterios de inclusión se le aplicó el cuestionario MNA.

RESULTADO

- El 82,4 de los pacientes vivían en su domicilio y un 19,6% en Residencia.
- El 80% eran mujeres y una media de edad de ambos sexos de 83 años.
- El 60% presentaba malnutrición y un 45% riesgo de padecerla.
- Se encontró una relación entre malnutrición y riesgo a mayor edad y entre menor índice de masa corporal ($p=0.01$) y menor circunferencia de la pantorrilla.

CONCLUSIONES

Destacamos la importancia de utilizar un cuestionario que sistematice la valoración nutricional geriátrica en personas mayores, con el objetivo de detectar tempranamente las alteraciones nutricionales y prevenir situaciones de fragilidad y dependencia; sobre todo, en aquellos pacientes que presentan deterioro cognitivo y dependencia funcional.

BIBLIOGRAFIA

- Mini Nutritional Assessment (MNA) método de evaluación y screening. Wikipedia.
- <http://www.revista-portalesmedicos.com>.
- <http://apuntesauxiliarenfermeria>.
- <https://slideshare.net>

Comunicación Núm. 118. ¿Existe relación entre la malnutrición y la fragilidad en mayores de 70 años? Gómez Guirao, F.



Administración de vitamina A a recién nacidos a término en países en vías de desarrollo para la prevención de la mortalidad y la morbilidad.

Autoras: Alba Illana Álvarez¹, Lucía Fátima Lara Leiva², Juana Rodríguez Garvín³.
Hospital Universitario Lozano Blesa¹, Hospital Médico-Quirúrgico Jaén², Hospital San Juan de la Cruz de Úbeda (Jaén)³.

OBJETIVO

Evaluar la eficacia de la administración de vitamina A a recién nacidos a término en los países en vías de desarrollo para prevenir la mortalidad y la morbilidad.

METODOLOGÍA

Revisión narrativa durante Junio de 2017 en las bases de datos: PUBMED, CUIDEN, CINAHL y COCHRANE. Pregunta de investigación: ¿La administración de suplementos de vitamina A a recién nacidos a término en los países en vías de desarrollo previene la mortalidad y la morbilidad? Se realizó la búsqueda específica adaptada a cada base de datos, empleando la combinación mediante operadores booleanos de los siguientes tesauros MeSH: "Vitamin A", "Newborn", "Infant mortality", "Morbidity", "Developing countries". Criterios de inclusión: ensayos controlados con asignación aleatoria y cuasialeatoria, en los que el grupo de intervención fueran recién nacidos a término en países en vías de desarrollo a los que se le administrara suplementos de vitamina A durante el período neonatal. No se aplicó limitación temporal ni idiomática. De 703 estudios encontrados finalmente se seleccionaron 12 que cumplieran criterios de inclusión, con una muestra de 168460 recién nacidos.

RESULTADOS

- ❑ Los recién nacidos a término no mostraron un efecto estadísticamente significativo sobre el riesgo de mortalidad a los 6 meses en el grupo de vitamina A en comparación con el grupo control (CR típico: 0.80; IC del 95%: 0.54 a 1.18).
- ❑ El análisis de los datos en lactantes no mostró evidencias de una reducción significativa en el riesgo de mortalidad infantil a los 6 meses entre los que recibieron suplementos de vitamina A en comparación con el grupo control (CR típico: 0.98; IC del 95%: 0.89 a 1.07).
- ❑ Resultados similares para la mortalidad infantil a los 12 meses de vida, sin un efecto significativo de la vitamina A en comparación con control (CR típico: 1.04; IC del 95%: 0.94 a 1.15).
- ❑ Datos limitados para los resultados de morbilidad y mortalidad de causa específica y efectos secundarios.

CONCLUSIONES

La evidencia aportada en esta revisión no indica un posible efecto beneficioso de la administración de suplementos de vitamina A en los recién nacidos a término en cuanto a la reducción de la mortalidad durante los primeros 6 meses o a los 12 meses de vida.

BIBLIOGRAFÍA

1. Aaga S, Kiraly N, Da Costa R, Byberg S, Bjerregaard Andersen M, Fisker AB, et al. Neonatal vitamin A supplementation associated with increased atopy in girls. *Allergy* 2015;70(8):985-94.
2. Kiraly N, Benn CS, Biering-Sorensen S, Rodrigues A, Jensen KJ, Ravn H, et al. Vitamin A supplementation and BCG vaccination at birth may affect atopy in childhood: longterm follow-up of a randomized controlled trial. *Allergy* 2013;68(9):1168-76.
3. Benn CS, Diness BR, Balde J, Rodrigues A, Lausch KR, Martins CL, et al. Two different doses of supplemental vitamin A did not affect mortality of normal-birth-weight neonates in Guinea-Bissau in a randomized controlled trial. *The Journal of Nutrition* 2013;143(9):1474-9.
4. Coles CL, Labrique A, Saha SK, Ali H, Al-Entran H, Rashid M, et al. Newborn vitamin A supplementation does not affect nasopharyngeal carriage of *Streptococcus pneumoniae* in Bangladeshi infants at age 3 months. *Journal of Nutrition* 2011;141(10):1907-11.

Comunicación Núm. 197. Administración de vitamina A a recién nacidos a término en países en vías de desarrollo para la prevención de la mortalidad y la morbilidad. Illana Álvarez A, et al.

SESIONES DE APOYO ENTRE PADRES Y MADRES DE RECIEN NACIDOS

Autor: Nuria Estébanez Lucio - UCIN del Hospital Universitario de Burgos
Coautoras: María Belén Rodríguez Saiz, Sandra Corral Punte, María Mar Peña Muñoz

XI Jornadas de Salud Pública
Salud pública ante escenarios de futuro
Del 20 al 25 de noviembre / 2017 #11jornadasSP

CONTEXTO Y DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA :

Ante el ingreso de un RNP todos los esquemas y expectativas de los padres se truncan. Los cuidados neonatales actuales se enmarcan en los "cuidados centrados en el desarrollo del Recien Nacido (RN) y su familia". La inclusión de la familia es parte que muchas veces obviamos centrándonos solo en el RN. Los padres sufren angustia, miedo, incertidumbre y desconocimiento ante esta circunstancia y ante su hijo. La iniciativa surge al detectar esta necesidad/ carencia.

DESCRIPCIÓN Y OBJETIVOS DE LA INTERVENCIÓN PROPUESTA :

Crear un entorno de apoyo para los padres/madres y la familia del bebé.
Planificar y adaptar los "Cuidados centrados en la familia" a las demandas reales y así aumentar la calidad de los cuidados de enfermería.
Capacitar a los papás y mamás en el cuidado de su hijo, durante el ingreso y al alta.



LECCIONES APRENDIDAS

- Por padres y madres** - Actitud positiva ante la iniciativasobre todo los papás de RN de larga estancia en el hospital. Ven útil la información recibida, ya que amplía sus conocimientos y nos transmiten que se ven más seguros a la hora de implicarse en el cuidado de sus hijos ingresados. La información y el conocimiento de los protocolos y funcionamiento de la unidad minimiza su angustia. Se sienten útiles y afrontan mejor el proceso. Igualmente valoran el intercambio con otros padres que están pasando por lo mismo.
- Por el Recien Nacido** - Es un derecho reconocido el que los padres permanezcan junto a ellos y participen en sus cuidados. Facilita el establecimiento del vínculo padres-madres/hijo y facilita conductas como el método canguero que mejora el neurodesarrollo del bebé, posibilita el apego...
- Por el Personal Sanitario** - Nos sirve para empatizar y aumentar la colaboración de los padres en el cuidado de su bebé ya que aumentamos sus conocimientos lo que se relaciona positivamente con su sentimiento de seguridad seguridad. Favorecemos su confianza a la hora de transmitirnos sus dudas y pedirnos apoyo. Nos resultan muy enriquecedoras, amplían los objetivos de nuestro trabajo diario y contribuye a humanizar la UCIN

Comunicación Núm. 220. Sesiones de apoyo entre padres y madres de recién nacidos. Estébanez Lucio N, et al.

CANDIDAT@S PARA REHABILITACIÓN CARDIACA

Hospital Universitario Fuera del Mar
Autora: Gordito de la Cerda, Eva M^a

OBJETIVOS

Evaluar los conocimientos de la población sobre los factores de riesgo cardiovasculares: alimentación, tabaquismo, ejercicio físico y niveles normales de tensión arterial, glucemia y colesterol. Fortalecer las habilidades y capacidades para mejorar y mantener la salud planificando escenarios de acción.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte en todo el mundo según la OMS. Por ese motivo, en España se producen alrededor de 125.000 muertes al año. La mayoría podrían prevenirse utilizando estrategias que abarquen a toda la población y dónde se tome conciencia de los factores de riesgo cardiovascular, así como el consumo de tabaco, las dietas con abundancia de grasas saturadas, la falta de ejercicio físico o el abundante consumo de alcohol.

Palabras claves: Enfermedad cardiovascular, rehabilitación cardiaca, factores de riesgo.

MATERIAL Y MÉTODO

La muestra se compone de 104 pacientes de ambos sexos entre 31 y 69 años; seleccionados aleatoriamente en la planta de cardiología del hospital durante los meses de febrero a abril de 2017. A todos, se les pasó una encuesta de elaboración propia al ingresar para realizarse un cateterismo cardiaco programado, en la que se les preguntaba acerca de sus conocimientos sobre los factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares, así como los beneficios de la dieta adecuada, el ejercicio físico y los niveles considerados normales de tensión arterial, colesterol y glucemia.

RESULTADOS

De las 104 personas encuestadas 66 fueron hombres y 38 mujeres. Con una edad media de 61 años. De todos los pacientes, sólo el 36% reconoce los valores normales de tensión arterial, el 59% reconoce los del colesterol y el 21% conoce los valores normales de la glucemia. El 78% de los encuestados reconoce la hipertensión arterial y la hipercolesterolemia como factores principales de riesgo cardiovascular, sin embargo sólo un 47% y un 38% reconoce el riesgo del tabaquismo y el sedentarismo.

CONCLUSIONES

Existe un gran desconocimiento de la población de los factores de riesgo cardiovasculares. Aunque es importante destacar el interés de los pacientes encuestados por conocer los métodos de prevención. Por ello, los resultados que hemos obtenidos nos animan a desarrollar actividades educativas a través de la consulta de enfermería cardiovascular que refuercen los conocimientos poblacionales sobre los factores de riesgo, con el fin de disminuir las cifras anuales de eventos cardiovasculares. Asimismo, es posible identificar los pacientes susceptibles de recibir Rehabilitación Cardiaca.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Enfermedades cardiovasculares. Último informe 2015.
2. L. Véliz-Rojas, S. Mendoza-Farrab y O.A. Banglia. Adherencia terapéutica y control de los factores de riesgo cardiovasculares en usuarios de atención primaria. *Enfermería Universitaria* 2015, 12(1):3-11

Comunicación Núm. 284. Candidat@s para rehabilitación cardiaca. Gordito de la Cerca EM.

TRIPTICO INFORMATIVO DE INTERVENCIÓN FISIOTERÁPICA DOMICILIARIA EN PACIENTES DE 3ª EDAD

XI Jornadas de Salud Pública
Salud pública ante escenarios de futuro
f futuro
Del 20 al 26 de noviembre / 2017

GONZÁLEZ RODRÍGUEZ, SILVIA; ORTEGA PÉREZ, SARAY; RUBIO FERNÁNDEZ, FRANCISCA
FISIOTERAPEUTAS: HOSPITAL DE PONIENTE Y HAR GUADIX

CONTEXTO Y DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

Tras un proceso que implique pérdida de control motor y de la autonomía con el consiguiente empeoramiento de la calidad de vida en las personas que se encuentran en la tercera edad (fracturas, intervenciones quirúrgicas, enfermedades respiratorias, caídas, encamamientos prolongados, ACV, ...), es necesario la intervención fisioterápica para restaurar en la medida de lo posible estas funciones y la autonomía, pero en muchos casos, el mismo paciente y/o sus familiares, se encuentran perdidos en el proceso de acceso a la fisioterapia pública domiciliaria.

DESCRIPCIÓN Y OBJETIVOS DE LA INTERVENCIÓN.

Realizar un protocolo que consista en un tríptico sencillo y fácil de entender, en el que se describan los pasos a seguir de este colectivo para acceder a la fisioterapia pública domiciliaria. Lo ideal sería que se entregara tras la intervención médica, ya sea ambulatoria u hospitalaria, en los casos protocolizados en los que sea factible la derivación a este servicio. Se describirían los casos en los que es necesaria la intervención, los profesiones médicos que la describen y el funcionamiento de la unidad de fisioterapia a domicilio según localización domiciliaria del usuario en el área de salud donde esté integrado.

LECCIONES APRENDIDAS

El colectivo al que estamos describiendo, suele estar muy desprotegido, ya que la autonomía ya la tienen limitada por el propio proceso gerontológico como por el abandono de los familiares trabajan a un ritmo que en muchas ocasiones no pueden estar todo lo pendientes de sus mayores como quisieran. Por ello, toda información que facilite el proceso, será de gran ayuda para restaurar en la medida de lo posible la calidad de vida del colectivo y de sus familiares.

PÉRDIDA DE CONTROL MOTOR Y DE AUTONOMÍA EN LA 3ª EDAD

➔

DERIVACIÓN A FISIOTERAPIA PÚBLICA DOMICILIARIA

MÉDICO ESPECIALISTA INTERCONSULTA A MÉDICO REHABILITADOR Y ÉSTE PRESCRIBE FISIOTERAPIA DOMICILIARIA

FISIOTERAPEUTA DEL ÁREA DE SALUD CORRESPONDIENTE A SU ZONA REALIZA LA INTERVENCIÓN DOMICILIARIA

Comunicación Núm. 296. Tríptico informativo de intervención fisioterápica domiciliaria en pacientes de 3ª edad. González Rodríguez S, et al.

Gracia Fernández Ruiz
Rosario Guijo López

BENEFICIOS EN EL PACIENTE INSTITUCIONALIZADO EN CENTROS SOCIO SANITARIOS CON LA INCLUSIÓN DE LAS FIGURAS DEL FARMACÉUTICO Y TÉCNICO DE FARMACIA A TRAVÉS DEL ENVÍO DE MEDICACIÓN DESDE LA FARMACIA HOSPITALARIA

MARCO CONCEPTUAL

Los pacientes institucionalizados en los centros sociosanitarios son, por lo general, pacientes con pluripatologías y, por tanto, polimedcados. La inclusión de farmacéuticos y técnicos de farmacia en este tipos de centros ha sido muy importante para ellos, ya que trabajan muy estrechamente con la figura del médico de atención primaria en unos casos y en otros, con el médico del centro.

OBJETIVOS

- ✓ Analizar los beneficios en materia de salud y bienestar de los residentes de los centros sociosanitarios con la prestación farmacéutica desde la farmacia hospitalaria.
- ✓ Poner en valor el trabajo del farmacéutico y del técnico de farmacia en estos centros y la salud de los residentes.

METODOLOGÍA

Se realizó una revisión bibliográfica narrativa. La búsqueda inicial incluía los términos *técnico de farmacia, sociosanitario, farmacia hospitalaria, RD 512/ 2015 29 de diciembre*.

La búsqueda se desarrolló en la base de datos de internet y Dialnet, el estudio se realizó desde marzo a septiembre de 2017. Este trabajo está basado en la experiencia y el trabajo que se realiza en el *Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba* con un centro socio sanitario de 120 camas con el que se está trabajando desde marzo del presente año y en lo expuesto en la *"I JORNADA CENTRO SOCIO SANITARIOS EN ANDALUCIA"*, organizado por el *Hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla*, en junio de 2017.

RESULTADOS

Tras el trabajo realizado en estos meses en el centro sociosanitario por el farmacéutico y técnico de farmacia, se ha experimentado una mejora importante en la salud y bienestar de los residentes, al revisar de forma personalizada tratamientos, eliminar duplicidades de medicación y hacer los ajustes necesarios en los mismos.

Los pacientes se encuentran más controlados a la vez que más confiados al comprobar los beneficios que esto les reporta.

CONCLUSIONES

La inclusión de la figura del farmacéutico y técnico de farmacia en los centros sociosanitarios está cambiando en gran medida la vida de los residentes. Al ser pacientes con polipatologías y polimedcados, la revisión y validación de tratamientos por parte del farmacéutico está reportando múltiples beneficios para ellos, aportando tranquilidad y calidad al servicio que se ofrece.

Comunicación Núm. 318. Beneficios en el paciente institucionalizado en centros sociosanitarios con la inclusión de las figuras del farmacéutico y técnico de farmacia a través del envío de medicación desde la farmacia hospitalaria. Fernández Ruiz G, et al.



Programa de vestido en personas con esclerosis múltiple secundaria progresiva

Rocio Echávarri González*, Nuria Caraballo Camacho**
*Hospital Universitario Virgen del Rocío. ** A.G.S. Norte de Huelva Servicio Andaluz de Salud.

La Esclerosis Múltiple es una enfermedad crónica del Sistema Nervioso Central. Está presente en todo el mundo y es una de las enfermedades neurológicas más comunes entre la población de 20 a 30 años. Puede producir síntomas como fatiga, falta de equilibrio, dolor, alteraciones visuales y cognitivas, dificultades del habla, temblor, etc. Hasta ahora, no se conoce su causa ni su cura. En España 47000 personas padecen la enfermedad, de las cuales el 70% son mujeres.

Esclerosis múltiple progresiva secundaria se define cuando el grado de discapacidad persiste y/o empeora entre brotes. Puede aparecer después de una fase recurrente-remiteinte del proceso y se considera una forma avanzada de la EM. Entre un 30 y un 50% de los pacientes que sufren inicialmente la forma recurrente remiteinte de la EM, desarrollan la forma secundaria progresiva. Esto se da tras un periodo de tiempo que depende de la edad de inicio y que suele ocurrir entre los 35 y los 45 años.

Las personas llevamos a cabo a lo largo del día actividades de autocuidado que son elementales e imprescindibles, se trata de las actividades de la vida diaria básicas. Según reflicta el Marco de trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional dentro las AVDB se enmarca el vestido, definiendo este como: "seleccionar las prendas de vestir y los accesorios adecuados a la hora del día, el tiempo, y la ocasión; obtener prendas de vestir del área de almacenamiento, vestirse y desvestirse en secuencia, amarrarse y ajustarse la ropa y los zapatos, y aplicar y remover los dispositivos personales: prótesis u ortesis". Dados los síntomas presentes en la esclerosis múltiple progresiva secundaria no es difícil observar en estas personas dificultades en el vestido, que llevan a la dependencia de terceras personas para su realización.

DESCRIPCIÓN Y OBJETIVOS DE LA INTERVENCIÓN PROPUESTA

Se desarrolla un programa en el vestido en el que como punto de partida se realiza un análisis del funcionamiento actual. Posteriormente, pasan a llevarse a cabo las sesiones del programa que abarcan aspectos como: colocación accesible de ropa y complementos en los armarios, accesorios de los muebles accesibles para todos, entrenamiento en la realización de la secuencia de trabajo para vestido y desvestido de manera ergonómica, adaptación de los movimientos, productos de apoyo existentes y uso racional de los mismos; adaptación de la disposición del resto de mobiliario de la habitación. Orientado a los cuidadores se desarrolla una sesión sobre cómo ayudar sin ayudar, posturas ergonómicas en la ayuda, productos de apoyo existentes, cuidados para cuidar.



Objetivo general: valorar si la aplicación de un programa de vestido en personas con esclerosis múltiple progresiva secundaria mantiene el nivel funcional en esta área de desempeño ocupacional.



PROCEDIMIENTOS E INSTRUMENTOS DESARROLLADOS

Estudio llevado a cabo con 20 pacientes de una asociación local. Se desarrolla una escala propia para valorar el vestido diferenciando la posición en la que se lleva a cabo (sedestación, decubito), así como las prendas según ubicación en parte superior del cuerpo, parte inferior del cuerpo: zona más distal o proximal- teniendo en cuenta incluir prendas de todas las estaciones del año. Se desarrolla una escala para medir la accesibilidad de las prendas y accesorios en los armarios pasándola pre y post programa.

LECCIONES APRENDIDAS

El resultado inicial refleja la importancia de la intervención de terapia ocupacional en el abordaje de las AVD Básicas, en concreto en el vestido; dado que se mantiene el nivel de funcionamiento durante mayor tiempo.

Comunicación Núm. 344. Programa de vestido en personas con esclerosis múltiple secundaria progresiva. Echávarri González R, et al.

SALUD PÚBLICA ACUÁTICA EN EL TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA, TRABAJO MULTIDISCIPLINAR PARA LA ADAPTACIÓN AL AGUA

AUTOR: JORGE CASAL FERNÁNDEZ, CELADOR

MODALIDAD: Póster electrónico

CONTEXTO Y DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA: El trastorno del espectro autista (TEA) es una condición neurológica y de desarrollo que comienza en la niñez y dura toda la vida. Afecta cómo una persona se comporta, interactúa con otros, se comunica y aprende. Entre los síntomas que padecen están: evita el contacto físico o el contacto visual, no responde a las voces ni a otros sonidos, no responde a su nombre, no habla ni usa el lenguaje en forma adecuada, gira o se golpea la cabeza, se juega mirando determinadas partes de un objeto, no entiende los gestos realizados con las manos ni el lenguaje corporal, no desarrolla juegos de simulación ni participa en juegos de fantasía, se preocupa mucho por el orden, la rutina o el ritual, y se molesta si se altera o cambia la rutina, no tiene expresión facial o usa una voz monótona, se hace daño a sí mismo o no le teme al peligro... Todas estas características hacen que la adaptación al medio acuático deba ser especial y adecuada a cada TEA.

DESCRIPCIÓN Y OBJETIVOS DE LA INTERVENCIÓN PROPUESTA: descripción de la adaptación realizada a un TEA por parte del equipo multidisciplinar comprendido de un celador y una fisioterapeuta, que comienza a acudir a sesiones de fisioterapia acuática basándose en la observación de la evolución durante 2 años. Se realiza búsqueda bibliográfica en base de datos medline plus utilizando como descriptor «autismo» e «hidroterapia» pero no se encuentran resultados que establezcan ninguna conexión entre el trabajo del celador con el paciente con TEA, por lo que debo basarme en la experiencia de la actividad realizada.

Los objetivos con el niño era introducirlo en un programa grupal con niños que no sufrían patologías mentales y el objetivo de este trabajo es describir la función del celador dentro del equipo multidisciplinar y con el trabajo en hidroterapia con el TEA.

PROCEDIMIENTOS E INSTRUMENTOS DESARROLLADOS: El paciente cuyas siglas son ATO acude a recibir sesiones de piscina por primera vez con 12 años. Los principales problemas con que nos encontramos es que no tiene comunicación verbal aunque tiene una buena comprensión, sufre de conductas agresivas: si se frustra tiende a pegar a su madre, compañeros..., buena comprensión gracias a los pictogramas que su logopeda y pedagoga utilizan para anticipar acontecimientos, sus conductas agresivas han traído problemas a su madre (le rompió a una señora las gafas en la calle, si se cruza con una señora que tiene el pelo recogido le tira del coiletero sin control haciéndole daño, se tira a la piscina sin control, se quita la ropa, desmonta objetos que no son suyos, da mordiscos a las personas que se intentan comunicar con él o a aquellas con las que se quiere comunicar, tira objetos determinados, no responde decirle que no pues se ofusca...).

En un primer momento comenzamos las sesiones de forma individual junto con su madre que se mete a la piscina con nosotros. En la adaptación nos encontramos con el problema de que se acentúan las conductas cuando su madre está presente, no presta ninguna atención basándose sólo en la presencia de la madre, se le introduce el material de piscina de forma progresiva: bañador, gafas, gorro, churros..., tolerando todos excepto el bañador que en determinados momentos se quita. Si esta situación persistiera sería imposible el trabajo grupal. El primer día se dirige a uno de nosotros y quita nuestro gorro tirándonos fuertemente del pelo. Observamos frustración inexplicable con unos años de la piscina que se hunden, pues cuando nos acercamos a él para que nos lo dé, nos da con él en la cabeza. Durante las sesiones se acerca a nosotros y nos da mordiscos en los antebrazos, tras lo cual se pega al sólo en la boca en señal de que está mal lo que ha realizado.

El celador es parte activa de este trabajo. Se encuentra en la entrada del centro siendo la primera persona que toma contacto con el niño. El primer profesional que interactúa con el niño es él. Debe estar instruido en el uso de pictogramas (lo instruye la logopeda), acudir con el niño a los vestuarios donde ayudará a su madre en el desvestido del niño si así lo necesitara la madre, acudir con el niño hasta la piscina ayudando a la fisioterapeuta a la realización de la sesión, incluso se introduce en el agua para realizar actividades grupales dirigido por la fisioterapeuta, pedagoga o logopeda si así se requiere. Ayudará al niño a acudir junto a su madre y en las actividades de aseo.

La fisioterapeuta de nuestro equipo multidisciplinar realiza una actividad de adaptación a la ducha con el niño en la que el celador participa de forma activa en ella ayudando en esta actividad. Esta consiste en indicar al niño con pictogramas las diferentes fases de la ducha y en ir realizándolas con él y con la ayuda de su madre.

Debido a estas situaciones necesita una adaptación que dure 2 años. Durante este tiempo se establecen diferentes protocolos de actuación dando respuesta a las preguntas objeto de la discusión.

Se plantean diferentes cuestiones: Es mejor realizar la adaptación cuando está la madre o sin su presencia?, ¿Cómo abordar el problema de los tirones del pelo?, ¿Qué ocurre cuando anticipa la conducta y cuando no?, ¿Por qué aparece en determinados momentos la conducta agresiva?, ¿Qué ocurre si es una hermana la que entra con nosotros a la piscina?, ¿Es importante la comunicación con otros profesionales que ya conocen al niño?, ¿Es buena idea introducir al paciente en un programa de trabajo grupal?

LECCIONES APRENDIDAS: Lo primero que abordamos fue una reunión con su madre en la que nos explica las características del niño, sus miedos y el motivo por el que ella quiere que acuda a piscina su hijo. En respuesta su objetivo es que realice actividades grupales en un medio que al niño le encanta que es el agua, que no supone un riesgo para él ni para los demás. Y sobre todo que desaparezcan las conductas agresivas pues había tenido que dejar otras piscinas por los problemas que la falta de cualificación de los monitores le habían supuesto. El niño había trabajado en piscina en sesiones grupales con la supervisión de personal no cualificado.

- Se decide entrar a formar parte del equipo multidisciplinar tomando contacto con la logopeda y pedagoga que nos explica como abordar el trabajo del niño y cómo se utilizan los pictogramas que nos indica que en ese niño son imprescindibles.
- Se decide utilización de pictogramas incluyendo una foto de nosotros para la mejor comprensión. La madre anticipa las actividades que se van a realizar con los pictogramas y aquello que el niño no debe realizar durante las sesiones entre lo que está: no dar mordiscos, no quitarse el bañador, jugar con los aros y dárselos a la fisioterapeuta, no tirar del pelo de las personas que puedan estar en la piscina o al rededores, aceptar que mamá se irá dejándolo con la fisioterapeuta sólo en la piscina y en ocasiones con su hermana.

Se decide que la madre no estará, sustituyéndola en ocasiones por la hermana.

Si el celador no está instruido y no aprende de los demás profesionales la adaptación del niño se realizaría de forma inadecuada pues es la primera persona que lo atiende. En estos casos el trabajo en equipo es fundamental. Todos deben hablar al niño de la misma forma para que se facilite la comprensión. Cada profesional que lo atiende es un reto más a superar por el niño.

ACTUALMENTE el niño está integrado en un grupo de trabajo con niños de diferentes edades sin mostrar conductas agresivas, en ocasiones se dirige a la fisioterapeuta que se encuentra, con intención de darle un mordisco pero no llega a realizarlo, tolera que diferentes personas estén en la piscina, incluso interactúa con ellos abrazándolos y besándolos, tolera la no presencia de su madre pero cambia de actitud cuando ella está presente, aunque no llega a la agresividad, si no se utilizan pictogramas previos, se quita el bañador pero a sí los utilizamos no ocurre. Nos mantenemos en contacto con otros profesionales de forma constante lo cual ha sido la clave para la integración del paciente. Se ducha con ayuda del celador y no aparecen conductas agresivas hacia él mismo estando integrado a él.

Comunicación Núm. 364. Salud Pública acuática en el trastorno del espectro autista, trabajo multidisciplinar para la adaptación al agua. Casal Fernández J.

XI JORNADAS DE SALUD PÚBLICA. SALUD PÚBLICA ANTE ESCENARIOS DE FUTURO.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II: EDUCACIÓN NUTRICIONAL

Encarnación Tirado Herrera; Rocío Muñoz Martín, Marta Pérez Dionisio

INTRODUCCIÓN:
La diabetes mellitus (DM) constituye un desorden metabólico resultado de la deficiencia en la secreción de insulina, en la efectividad de su acción, o de ambas. Constituye un problema de salud pública debido a que su prevalencia e incidencia va en incremento en los últimos años de manera que se estima que para el año 2025 la cifra de pacientes amente cerca de 300 millones de personas afectadas de DM.

OBJETIVOS:
1. Valorar la eficacia de una intervención sobre educación nutricional en pacientes diabéticos tipo II.
2. Describir la importancia de una adecuada educación nutricional en pacientes que padecen DM Tipo II.

MATERIAL Y MÉTODO:
Para la realización de este trabajo se llevó a cabo una revisión sistemática de la literatura existente sobre el tema. Para ellos se consultaron varias bases de datos: PubMed, Cinhal, Cochrane, Dialnet y ScieLo. Los descriptores utilizados para ello fueron: "diabetes mellitus tipo II", "educación nutricional", "nutrición diabetes", "enfermería". Como criterios de inclusión se seleccionaron aquellos artículos a texto completo, en español e inglés y con una acotación temporal entre 2010 y 2017. De un total de 157 artículos se seleccionaron 10 por reunir los criterios de inclusión determinados y se procedió a su lectura en profundidad.

RESULTADOS:
Tras el análisis de los artículos seleccionados se determinó la importancia que tiene la Enfermera en la educación sanitaria a los pacientes que acuden a consulta. A través de ella, es posible emprender programas de información y seguimiento sobre estilos de vida saludable. Se hace imprescindible proporcionar una información correcta y extensa sobre la importancia de un adecuado conocimiento de la enfermedad, el correcto cumplimiento del tratamiento y la necesidad del apoyo familiar y social ya que resulta indispensable para una mejor calidad de vida de pacientes con esta enfermedad. Así mismo, las intervenciones realizadas directamente sobre el paciente deben ir encaminadas hacia la reducción de peso con el fin de mejorar la resistencia a la insulina. Para una adecuada nutrición nos debemos centrar en un adecuado aporte calórico que va a condicionar a su vez el estado nutricional del paciente además de la actividad física a desarrollar por el mismo. Resulta interesante resaltar que resulta preciso incidir en la importancia del apoyo al paciente por parte de su entorno así como, las medidas que se deben aplicar en el ámbito escolar que apoyan unos hábitos de alimentación saludables, ya que de esta manera se reduce el riesgo de desarrollar esta enfermedad en edades adultas. El consumo frecuente de alimentos muy energéticos, comidas rápidas, bebidas gaseosas ricas en azúcares y los jugos de fruta azucarados aumentan considerablemente el riesgo de desarrollar la enfermedad.

CONCLUSIONES:
1. Resulta de especial mención el importante papel que desempeña la enfermera en la promoción de estilos de vida saludables y en la prevención de determinadas enfermedades crónicas, entre ellas la DM Tipo II, aplicando una correcta educación sanitaria a la población.
2. Es preciso una educación sanitaria adecuada desde edades muy tempranas para disminuir la prevalencia de DM Tipo II en el futuro.
3. Aplicando adecuados programas de salud a la población acordes a las edades tratadas se puede reducir considerablemente la DM Tipo II en nuestro país.

BIBLIOGRAFÍA:
Gavin R, Freeman JS, Shrubsole JH, Laverina F. Type 2 diabetes mellitus: practical approaches for primary care physicians. J Am Osteopath Assoc. 2011;111(5 Suppl 4):S3-S12.
Hevia E. P. (2016). Educación en diabetes. Revista Médica Clínica Las Condes, 27(2), 271-276.
Cházaro-Molina, E. A. & Muñoz-Cano, J. M. (2015). Comunicación educativa a pacientes con diabetes mellitus 2 y adherencia al tratamiento nutricional: Educaciónal communication to patients with type 2 diabetes mellitus and adherence to nutritional therapy. Revista Española de Comunicación en Salud, 126-137.
González Rodríguez, R., Cardenito García, J., & Casanova Moreno, M. D. L. C. (2015). Intervención sobre educación nutricional en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Revista Archivo Médico de Camagüey, 19(3), 262-270.

Comunicación Núm. 468. Intervenciones de enfermería en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo II: Educación nutricional. Tirado Herrera E, et al.

EXPOSICIÓN PERINATAL AL HUMO DEL TABACO Y ALTERACIONES RESPIRATORIAS EN LA INFANCIA

Martínez Yébenes, R; Merino Morales, L; Cazalilla López, MP



INTRODUCCIÓN

El humo del tabaco en el ambiente, también conocido como humo de segunda mano, contiene alrededor de 4000 productos químicos, siendo 250, como mínimo, nocivos para la salud y 50 cancerígenos. Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), 700 millones de niños respiran aire contaminado por humo de tabaco. El tabaquismo sigue representando un problema de salud pública por las cifras de morbilidad y mortalidad que ocasiona y, la exposición pasiva, causa 600.000 muertes prematuras al año, ya que no existe nivel inocuo de exposición al humo del tabaco.

OBJETIVO

Determinar el impacto de la exposición perinatal al humo del tabaco en el desarrollo de afectaciones respiratorias en la infancia.

MÉTODO

Se ha llevado a cabo una revisión de la bibliografía publicada en las bases de datos nacionales e internacionales tales como PubMed, Cuiden y Cochrane usando las palabras clave "tobacco", "pregnancy", "lung development", "perinatal" y "asthma" así como sus análogos en español. Además, se ha limitado a estudios publicados en los 10 años previos sin ninguna restricción para idioma. De los 160 estudios hallados, 21 son incluidos en nuestra revisión por responder al objetivo planteado.

RESULTADOS

Los estudios incluidos analizan variables diferentes. Distintos estudios muestran menor desarrollo pulmonar con alteraciones en espirometría en el grupo expuesto al humo del tabaco con significación estadística. Otros muestran más incidencia de alergia a ácaros a los 4 años y más riesgo de infecciones de tracto respiratorio (OR 6.18), así como hospitalizaciones para el manejo de estas últimas. Varios estudios determinan más incidencia de tos, sibilancias tempranas, roncus y presencia de sibilancias en los últimos 12 meses, así como mayor riesgo significativo estadísticamente de desarrollo de asma. Otro resultado arrojado de esta revisión es el desarrollo de signos de sensibilización alérgica tales como eccemas, rash cutáneo y atopía con niveles de CO más elevados en sangre. En niños afectados por asma, provoca mayor número de exacerbaciones y más sintomatología. Dos de los estudios muestran niveles en orina más elevados de cotinina (metabolito de la nicotina) en los niños expuestos. Por último, parece que el humo del tabaco puede modificar la expresión génica aumentando el riesgo de desarrollar diferentes afecciones respiratorias, es decir, provoca una remodelación epigenética.

CONCLUSIONES

La exposición al humo del tabaco en la etapa prenatal y postnatal afecta a la salud respiratoria de los niños a corto y largo plazo. Es una prioridad de la medicina preventiva dejar de fumar en la edad fértil tanto en hombres como en mujeres y concienciar de sus repercusiones. Solo un ambiente totalmente libre de humo constituye una protección efectiva. La consulta preconcepcional por parte de la matrona, es el momento ideal para iniciar la deshabitación tabáquica tras informar de los efectos nocivos que provoca el tabaquismo.

REFERENCIAS



Comunicación Núm. 501. Exposición perinatal al humo del tabaco y alteraciones respiratorias en la infancia. Martínez Yébenes R, et al.



Cambio climático



XI Jornadas de Salud Pública
Salud pública ante escenarios de futuro
Del 20 al 25 de noviembre / 2017 #11jornadasSP

UN CAMBIO CLIMÁTICO, UN CAMBIO DE ENFERMEDADES
GUILLÉN FERNÁNDEZ IRENE; MONJE ALCÁZAR IRENE; LÓPEZ GONZÁLEZ ANTONIO; LÓPEZ DE MIGUEL CLAUDIA; GUILLÉN FERNÁNDEZ JAVIER; GUILLÉN FERNÁNDEZ CRISTINA.

MARCO CONCEPTUAL
Muchos estudios manifiestan que los cambios en las variables climáticas tienen repercusión en la aparición, modificación y distribución de las enfermedades, así como una mejora de su transmisión y resistencia. La temperatura es uno de los principales factores que influyen en el clima y el ecosistema, es por ello que investigar sus cambios y fluctuaciones podría dar información de los peligros que se nos pueden presentar en el futuro.

OBJETIVO
Con este estudio pretendemos contestar a la siguiente pregunta:
¿Qué modificaciones produce el aumento de temperatura en nuestro entorno para favorecer la aparición o aumento de enfermedades?
Por lo que nos proponemos el objetivo de determinar si existe evidencia acerca de si las modificaciones ambientales, a causa del aumento de temperatura, provocan la aparición de nuevas enfermedades o el incremento de las ya existentes.

METODOLOGÍA

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

BASES DE DATOS	MeSH
<ul style="list-style-type: none"> PUBMED SCIELO ESPAÑA 	<ul style="list-style-type: none"> CLIMATE CHANGE PUBLIC HEALTH TEMPERATURE

45 ESTUDIOS

CRITERIOS DE INCLUSIÓN	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN
<ul style="list-style-type: none"> TEXTO GRATIS Y COMPLETO PUBLICADO EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS 	<ul style="list-style-type: none"> SOLO DATOS DE VLNERABILIDAD SOLO DESCENSO DE TEMPERATURA NO ESPECIFIQUEN CONSECUENCIAS

5 ESTUDIOS

CONCLUSIONES
Es importante conocer a que nos podemos enfrentar para poder llevar a cabo la planificación de recursos y poner en marcha medidas de prevención y adaptación. La investigación, la vigilancia, la evaluación y la gestión de riesgos son aspectos claves a tener en cuenta para saber actuar ante un escenario, que con el proceso del cambio climático, se encuentra en un futuro muy próximo.

RESULTADOS

EL AUMENTO DE LA TEMPERATURA PROVOCARÍA:

ENFERMEDAD	<ul style="list-style-type: none"> Un cambio en el periodo de aparición, impidiendo realizar una prevención adecuada. Aumento de la distribución de enfermedades
VECTORES	<ul style="list-style-type: none"> Se beneficiarían en la transmisión de enfermedades
RESERVORIOS	<ul style="list-style-type: none"> Suelo: Afectaría en la descomposición de la materia orgánica y retención de CO2 Mar: Cambios en el proceso de eutrofización <p style="text-align: center;">Ambos casos aumentando la multiplicación de virus y bacterias</p>
SALUD MENTAL	<ul style="list-style-type: none"> Incremento de convulsiones Alteraciones del comportamiento

EL CAMBIO CLIMÁTICO COMO OBJETIVO PRIORITARIO EN MATERIA DE SALUD PÚBLICA

Autores	<ul style="list-style-type: none"> Requena Mullor MM López Villén A Alarcón Rodríguez R Giménez Godoy B Navarro Mena A Hernández Castillo M
Palabras Clave	<ul style="list-style-type: none"> Cambio Climático Calentamiento Global Temperatura
Objetivo de la foto	<p>Las actividades humanas alteran de manera directa o indirecta la composición de la atmósfera aumentando la concentración de los gases de efecto invernadero lo cual nos conduce a cambios globales en la temperatura, precipitaciones, derretimiento de glaciares, incrementos del nivel del mar... teniendo como consecuencia la aparición de fenómenos extremos como huracanes, inundaciones, sequías, reactivaciones de volcanes, etc.</p> <p>El objetivo de esta foto es abrir los ojos a la población en lo relacionado con el cambio climático. Entre las mayores preocupaciones se encuentran los efectos en salud que puede provocar el cambio del clima, como:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cambios en la morbilidad en relación con la temperatura 2. Efectos en la salud relacionados con eventos meteorológicos extremos (tornados, tormentas, huracanes y precipitaciones extremas) 3. Contaminación atmosférica y aumento de los efectos en salud asociados 4. Enfermedades transmitidas por los alimentos y el agua 5. Enfermedades transmitidas por vectores infecciosos y por roedores. <p>Por tanto, los seres humanos debemos comprometernos con el medio ambiente y colaborar en el enlentecimiento de estos fenómenos mediante el uso y fomento de energías renovables, disminuyendo la emisión de gases y el fracking e invirtiendo en coches eléctricos y transporte público limpio para entre otros objetivos enlentecer el calentamiento global.</p>



Comunicación Núm. 147. Un cambio climático, un cambio de enfermedades. Guillén Fernández I, et al.

Comunicación Núm. 160. El cambio climático como objetivo prioritario en materia de salud pública. Requena Mullor MM, et al.



CAMBIO CLIMÁTICO Y SU REPERCUSIÓN EN SALUD

Isabel García González (Diplomada en Enfermería); Ana García González (Diplomada en Fisioterapia); Francisco José Torres Úbeda (Diplomado en Enfermería).

MARCO CONCEPTUAL Y/O ANALÍTICO:

El cambio climático se define como las modificaciones meteorológicas que aparecen en la población. Como son los fenómenos extremos (huracanes, inundaciones...).

Este cambio hace que tenga un impacto importante en la salud de la población. Como pueden ser el incremento de alergias y problemas respiratorios, así como pueden aparecer enfermedades infecciosas derivadas de inundaciones, huracanes etc.

Por esto, la salud pública es importante para preparar a la población ante estos riesgos ambientales.

OBJETIVOS:

- Revisar la evidencia del cambio climático y sus efectos en salud existentes en la literatura científica.
- Evaluar las consecuencias del cambio climático y su repercusión en la salud.

MÉTODO:

Hemos realizado una revisión sistemática del tema desde 2010 hasta 2017. Se han incluido revisiones y reportes de casos en dos idiomas: inglés y castellano. Las bases consultadas han sido: CSIC, Dialnet, Medline y PubMed. Con descriptores: calentamiento global, cambio climático, enfermedades infecciosas y salud. Se seleccionan 10 artículos de los últimos siete años. Se han excluido los artículos de opinión y aquellos artículos en los que no se hablaba del cambio climático y sus efectos en salud.

RESULTADOS:

La mayoría de los artículos coinciden que el cambio climático influye de manera negativa sobre la salud de la población, de una manera directa (mayor duración de las olas de calor y la contaminación del aire) o de manera indirecta (aumento de transmisión de enfermedades infecciosas).

Siendo la población de más riesgo de sufrir problemas de salud: las personas ancianas y personas con pocos recursos económicos.

En cuanto a los reportes de casos, determinan que hay una relación importante entre el cambio climático y las enfermedades infecciosas. Ya que vuelven a emerger algunas enfermedades como malaria y dengue, que se consideraban erradicadas. Esto se produce por un cambio de la temperatura y humedad de los medios naturales, que hace que el mosquito se transmita más fácilmente. Debido al aumento de la temperatura.

CONCLUSIONES:

Podemos concluir que la existencia del cambio climático global es un hecho y un gran problema para la población mundial. Se deben buscar soluciones, creando programas nacionales y globales para disminuir la contaminación del medioambiente.

XI Jornadas de Salud Pública
Salud pública ante escenarios de futuro
Del 20 al 25 de noviembre / 2017 #11jornadasSP

CAMBIO CLIMÁTICO Y SALUD PÚBLICA: CAUSAS, EFECTOS SOBRE LA SALUD Y MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y/O ADAPTACIÓN

López Villén A., Requena Mullor MM., Ventura Miranda MI., García González J., Ramírez Mañas C

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

A lo largo de la era de la salud pública moderna, la salud se ha llevado a cabo como si nuestras vidas y estilos de vida estuvieran desconectados de los ecosistemas y sus organismos componentes. La insuficiencia de la respuesta de la sociedad y la salud pública a la obesidad, las inequidades sanitarias y, especialmente, el cambio climático y medioambiental global exige ahora un enfoque ecológico que aborde la actividad humana en toda su complejidad social, económica y cultural. El nuevo enfoque debe ser integral e interactivo con el medio ambiente natural.

El cambio climático ya está afectando la salud humana, un costo que probablemente aumentará en las próximas décadas. La relación entre las percepciones de riesgo y la vulnerabilidad a las amenazas para la salud del cambio climático ha recibido poca atención, a pesar de que la comprensión de la dinámica de adaptación entre poblaciones particularmente susceptibles es cada vez más importante.

1.- Revisar las causas y evidencias que demuestran la existencia del cambio climático, así como predicciones futuras...

2.- Relacionar cambio climático y efectos sobre la salud, identificando y examinando medidas para prevenir y/o adaptar a las consecuencias del mismo

METODOLOGÍA

Se llevó a cabo una revisión bibliográfica sobre el tema consultado las bases de datos Pubmed y Scopus. Los descriptores utilizados fueron: "actions", "change climate", "health" y "Public Health".

Criterios de inclusión

- Artículos publicados a partir de Enero de 2012 hasta la actualidad.
- Filtro de idioma, aceptando artículos publicados en Español e Inglés
- Estudios completos y originales (Full text)

Resultados de la búsqueda

- La búsqueda bibliográfica dio como resultado 57 artículos para analizar.
- De esos 57 artículos, se seleccionaron 15 para su análisis en profundidad.

RESULTADOS

Es la primera vez en la historia en la que el ser humano ha alterado los patrones climáticos del planeta. Entre los sectores con mayor responsabilidad destacan con un 66% el sector energético (generación de electricidad, transporte, industria y edificación) y con un 24% la agricultura y usos del suelo.

Las predicciones si no hacemos nada son bastante preocupantes destacando el aumento de las olas de calor y la extinción de más de 15.000 especies entre animales y plantas. Entre ellos, el gorila, el tigre, el oso polar, la jirafa, el oso panda y la jirafa debido a la pérdida de sus hábitats. Respecto a los arrecifes, los corales mueren por la acidificación y el aumento de la temperatura del agua.

En 2100 estaremos expuestos a temperaturas mortales durante 50 días al año y las olas de calor aumentarán de 5 a 10 veces para 2050, provocando un alto número de fallecidos. Se prevé un aumento de enfermedades cardiovasculares y respiratorias crónicas, afectando a poblaciones vulnerables como los ancianos.

Las precipitaciones que descargan en la cabecera de las montañas levántinas, inundarán o provocarán destrucción en las construcciones sobre Las Ramblas, Paseos marítimos, urbanizaciones a pie de playa, puertos e islas y provocarán desplazamientos de población debido a inundaciones. Además, se prevé que un enorme tsunami podría llegar a las costas de Huelva y Cádiz y España no tiene un plan de emergencia preparado.

MEDIDAS PARA FRENAR EL CAMBIO CLIMÁTICO

Fomento del transporte público y desplazamiento activo

Reciclar y minimizar el uso de plástico y papel

Ahorrar en agua y electricidad

Comer menos carne y más frutas y verduras

Obtención de energía a partir de fuentes renovables

EVIDENCIAS DE LA EXISTENCIA DEL CAMBIO CLIMÁTICO

- ↑ nº fallecidos por olas de calor
- ↑ Tº global, calentamiento y acidificación de océanos
- Cambios distribución de enfermedades vectoriales
- Subida del nivel del mar y derretimiento de glaciares
- Fenómenos meteorológicos extremos

CONCLUSIONES

- La combustión produce la emisión de gases y la contaminación de aire. Con respecto a lo segundo, los coches y camiones suponen ¼ de la emisión total de CO2. Por tanto, es necesario incentivar el uso de las energías renovables, ya que son la gran alternativa a los combustibles fósiles.
- La reducción de las emisiones de gases de efecto invernadero mediante un transporte, construcción y uso del suelo más sostenible mejorará las enfermedades cardiovasculares y respiratorias con una mejor calidad del aire y reducirá algunas formas de obesidad al influir en el comportamiento de la actividad física.
- Es esencial que la salud mundial salga de sus fronteras tradicionales para interactuar con otras partes interesadas a fin de desarrollar políticas y soluciones prácticas para mitigar la carga de morbilidad por el cambio climático y sus causas; esto también producirá beneficios compuestos que ayudan a abordar otros desafíos de salud, ambientales y sociales. Combatir el cambio climático es tarea de todos, gobiernos, instituciones, empresas y ciudadanos.

BIBLIOGRAFÍA

- Akerlof, K.L.; Delamater, P.L.; Boules, C.R.; Upperman, C.R.; Mitchell, G.S. Vulnerable Populations Perceive Their Health as at Risk from Climate Change. Int. J. Environ. Res. Public Health 2015, 12, 15419-15433.
- Catherine Machalaba, Cristina Romanelli, Peter Stoett et al. Climate Change and Health: Transcending Silos to Find Solutions. Ann Glob Health 2015, 9(3): 445-58.
- Vardoulakis S, Dimitroulopoulou C, Thornes J et al. Impact of climate change on the domestic indoor environment and associated health risks in the UK. Environ Int. 2015;85:290-313.
- Rossati A. Global Warming and Its Health Impact. Int J Occup Environ Med. 2017 Jan;8(1):7-20

Comunicación Núm. 294. Cambio climático y su repercusión en la salud. García González I, et al.

Comunicación Núm. 368. Cambio climático y salud pública: causas, efectos sobre la salud y medidas de prevención y/o adaptación. López Villén A, et al.

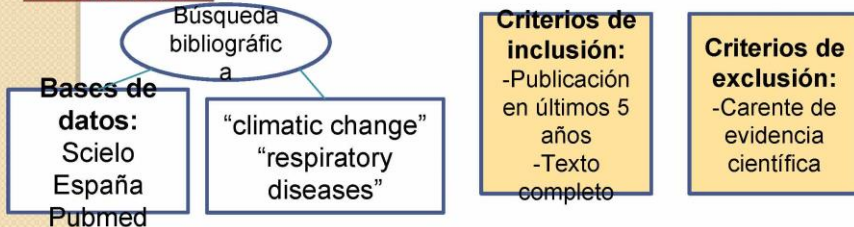
Efectos del cambio climático y contaminación en la prevalencia de enfermedades respiratorias en la población.

MONJE ALCÁZAR IRENE. LÓPEZ GONZÁLEZ ANTONIO. LÓPEZ DE MIGUEL CLAUDIA. GUILLÉN FERNÁNDEZ JAVIER. GUILLÉN FERNÁNDEZ CRISTINA. GUILLÉN FERNÁNDEZ IRENE.

MARCO ANALÍTICO: En el último siglo, el aumento masivo de las emisiones de contaminantes atmosféricos (especialmente CO2) debido al crecimiento económico e industrial ha hecho que la calidad del aire sea un problema emergente en el mundo. Éstas tienen un impacto importante, no solo en la morbilidad sino en la mortalidad por enfermedades respiratorias. El calentamiento global conlleva consecuencias, especialmente, la salud pública.

OBJETIVO: Describir los factores climáticos que afectan a la prevalencia de enfermedades respiratorias en la salud poblacional e identificar estrategias para la prevención o gestión de este riesgo.

METODOLOGÍA:



RESULTADOS:

- Aumento en la proporción de admisiones y muertes respiratorias en hospitales de áreas metropolitanas.
- La documentación es limitada en cuanto a los efectos a largo plazo sobre la mortalidad.
- Abordaje multidisciplinario, colaborativo e integrado para la población, a través de la educación con información

CONCLUSIÓN:

Este fenómeno es necesario contrarrestarlo mediante acciones locales y acuerdos nacionales e internacionales con el objetivo de mantener la "salud universal". Y por otra parte, promover un abordaje multidisciplinario sobre la población trabajadora con el fin de enseñar conocimientos e identificar factores de riesgo para la prevención.

Comunicación Núm. 382. Efectos del cambio climático y contaminación en la prevalencia de enfermedades respiratorias en la población. Monje Alcázar I, et al.

Exposición a Bisphenol-A, Parabenos y Benzofenonas en una subcohorte de EPIC-España

Elena Salamanca-Fernández^{1,2,3}, Fernando Goñi^{2,4}, M^a Dolores Chirlaque^{2,5}, Eva Ardanaz^{2,6}, Juan Pedro Arrebola^{3,7}, M^a José Sánchez^{1,2,3}

1. Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada
2. CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP)
3. Instituto de Investigación Biosanitaria de Granada (ibs.Granada)
4. Subdirección de Salud Pública de Guipúzcoa
5. Registro de Cáncer de Murcia, Consejería de Sanidad, IMIB-Arrixaca, Universidad de Murcia
6. Registro de Cáncer de Navarra, ISPLN, IdISNA
7. UGC Integral de Oncología. Complejo Hospitalario Universitario de Granada

* mariajose.sanchez.casp@juntadeandalucia.es

ANTECEDENTES/OBJETIVO

Los disruptores endocrinos (DEs) son sustancias químicas con capacidad de interferir en el funcionamiento del sistema hormonal. Se sospecha que ciertas sustancias de uso cotidiano podrían ser DEs, incluyendo el Bisphenol A (BPA), los parabenos (PBs) y las benzofenonas (BFs).

EPIC (*European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition*) es un estudio de cohortes prospectivo que realizó el reclutamiento en España entre 1992 y 1996 y que cuenta con 41.446 participantes en este país.

Objetivo: estimar la exposición a BPA, PBs y BFs en la cohorte EPIC España al reclutamiento.

MÉTODOS

Diseño: estudio transversal integrado en la cohorte EPIC- España.

Sujetos de estudio: 4.000 participantes de cuatro centros EPIC-España (Guipúzcoa, Granada, Murcia y Navarra), con información de dieta de recuerdo de 24-Horas y que no auto-reportaron enfermedades crónicas.

Análisis químico: Los niveles de BPA, PBs (4 congéneres) y BFs (2 congéneres) se cuantificaron en muestras biológicas (suero) extraídas en el reclutamiento, mediante cromatografía líquida y espectrometría de masas (UHPLC-MS/MS). Los límites de detección (LOD) oscilaron entre 0,1 y 0,2 ng/ml.

Análisis estadístico: a los valores por debajo del LOD se les asignó el LOD dividido por la raíz de 2. Se calcularon las medias geométricas e intervalos de confianza (IC) de las concentraciones.

RESULTADOS

Los resultados preliminares de 1.653 muestras revelaron que el 57% presentó valores detectables de BPA, el 82% de Metil-PB y el 68% de Propil-PB. Etil-PB (44%) y Butil-PB (19%) se detectaron en menor medida. La BF-3 fue más detectada que la BF-1 con un 49% frente a un 14% respectivamente.

	Porcentaje de valores detectables/no detectables		Media geométrica e intervalo de confianza al 95% de la concentración (ng/ml)	
	% Valores no detectables	% Valores detectables	Media geométrica	IC 95%
Bisfenol A	43,44	56,56	0,661	(0,612 - 0,715)
Metil Paraben	17,85	82,15	1,672	(1,552 - 1,800)
Etil Paraben	56,50	43,50	0,306	(0,291 - 0,323)
Propil Paraben	32,18	67,82	0,359	(0,344 - 0,374)
Butil Paraben	81,55	18,45	0,177	(0,172 - 0,183)
Benzofenona 1	86,21	13,79	0,088	(0,085 - 0,091)
Benzofenona 3	50,64	49,36	0,492	(0,457 - 0,529)

CONCLUSIONES

El 82% de la muestra presentó valores detectables de Metil-PB y más de la mitad de BPA. Este tipo de estudios permite evaluar los niveles de exposición de la población a estos contaminantes tan ubicuos, así como estudiar los factores determinantes de esta exposición y por tanto conocer cuáles de ellos son evitables.

Todos los autores declaran no tener conflicto de intereses. Financiación: ISCIII. Exps: P114/00067, P114/01716, P114/01880, P114/00556. Fondos FEDER

Comunicación Núm. 407. Exposición a bisphenol-A, parabenos y benzofenonas en una subcohorte de EPIC-España. Salamanca-Fernández, et al.

Determinantes sociales



Efectividad de un programa de rehabilitación precoz en pacientes intervenidos de artroplastia de rodilla

Nuria Caraballo Camacho; Isabel Fernanda Domínguez Núñez; Josefa Márquez Navarro.
UGC Rehabilitación. AGS Norte de Huelva. Servicio Andaluz de Salud.

Contexto y descripción del problema

Según el estudio EPISER la prevalencia de la gonartrosis sintomática de rodilla en España asciende al 33,7% en personas mayores de 70 años. La artroplastia total de rodilla es el tratamiento más común para la fase final de la osteoartritis de rodilla y constituye uno de los mayores avances terapéuticos en el campo de la cirugía ortopédica. Después de la operación, suele recomendarse algún tipo de rehabilitación para ayudar a las personas a utilizar la articulación nueva y volver a las actividades normales.

Descripción y objetivo de la actividad propuesta

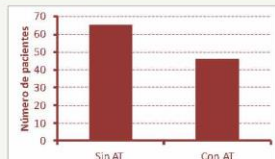
En el año 2016 se implantó un programa de rehabilitación precoz en pacientes intervenidos de artroplastia de rodilla en nuestra unidad con el objetivo de mejorar la recuperación y la calidad de vida de estos pacientes.

Procedimiento e instrumentos desarrollados

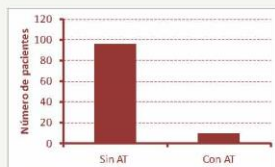
El programa de rehabilitación precoz para pacientes con artroplastia de rodilla incluye las siguientes fases:

- Los pacientes, previo a la intervención, reciben cuatro sesiones en las salas de fisioterapias del Área Sanitaria para aprender una serie de ejercicios de movilidad y potenciación de la rodilla. Se les recomienda seguir realizando los ejercicios en domicilio hasta la intervención.
- A las 24 horas de la intervención son valorados en planta por el médico rehabilitador para ejecutar el plan terapéutico y por el fisioterapeuta que realiza una formación al paciente sobre los ejercicios que debe comenzar a realizar y las recomendaciones que debe seguir hasta el inicio de tratamiento en sala.
- El paciente inicia un tratamiento precoz en la sala de fisioterapia con los siguientes objetivos: control del dolor, apoyo emocional, mejora de la deambulación y de la movilidad y fuerza de la rodilla. Es valorado por el médico rehabilitador en consulta a las seis semanas de la intervención.

Con el objetivo de determinar la efectividad del programa de rehabilitación precoz se realizó un estudio prospectivo sobre los 111 pacientes que fueron intervenidos de artroplastia de rodilla durante el año 2016. El criterio empleado fue la capacidad del paciente para caminar sin ayudas técnicas a las seis semanas de la intervención. De los 111 pacientes intervenidos 68 eran mujeres (61,3%) y 43 hombres (38,7%). El rango de edad estaba comprendido entre 59 y 85 años. Previo a la intervención 65 pacientes caminaban sin ayudas técnicas (58,6%) y 46 precisaban ayudas para caminar (41,4%). A las seis semanas de la intervención el 86,5% (96) de los pacientes caminaba sin ayudas técnicas y el 8,1% (9) precisaba ayudas técnicas para la marcha. Estos nueve pacientes precisaban ayudas técnicas para la marcha antes de la intervención. Seis pacientes (5,4%) no completaron el estudio, por abandono del tratamiento o por no acudir a consulta de revisión.



Empleo de ayudas técnicas antes de la intervención



Empleo de ayudas técnicas después de la intervención

Lecciones aprendidas

La eficacia de la rehabilitación postoperatoria tras una artroplastia de rodilla admite pocas dudas. Sin embargo, no existe un protocolo definido existiendo notables diferencias entre los centros asistenciales. La rehabilitación de estos pacientes debe comenzar tan pronto como sea posible, siendo fundamental en todo el proceso la colaboración del paciente.

Comunicación Núm. 40. Efectividad de un programa de rehabilitación precoz en pacientes intervenidos de artroplastia de rodilla. Caraballo Camacho N, et al.

AUMENTA TU EJERCICIO FISICO SI QUIERES BAJARA TUS CIFRAS DE TENSION ARTERIAL E IMC

Autores: Pedro Cruzado Río, Sonia M^a González Troya y Juan Antonio López Ramos.

INTRODUCCIÓN: La presión arterial está muy correlacionada con el IMC. Diversos estudios prospectivos llevados a cabo en distintos países han puesto de manifiesto que el IMC se asocia significativamente tanto a la presión arterial sistólica como a la diastólica, de forma independiente de otros poderosos determinantes de la tensión arterial. Entre el 30 y el 60% de los casos de hipertensión arterial pueden ser debidos a la obesidad. Los estilos de vida sedentarios constituyen una de las 10 causas fundamentales de mortalidad, morbilidad y discapacidad; constituyendo el segundo factor de riesgo más importante de una mala salud, después del tabaquismo. El sedentarismo duplica el riesgo de enfermedad cardiovascular, de diabetes tipo II y de obesidad; asimismo, aumenta la posibilidad de sufrir hipertensión arterial, osteoporosis, cáncer de mama y colon, entre otros.

OBJETIVO: determinar al finalizar el estudio, si existe relación entre la realización de ejercicio físico con la disminución del IMC y de las cifras de tensión arterial.

METODOLOGIA: Estudios analítico experimental longitudinal prospectivo. Muestra población con edades comprendidas entre los 60 y 80 años, formada por 100 individuos, todos ellos con los mismos factores de riesgos y patologías, en tratamiento con un solo antihipertensivo.

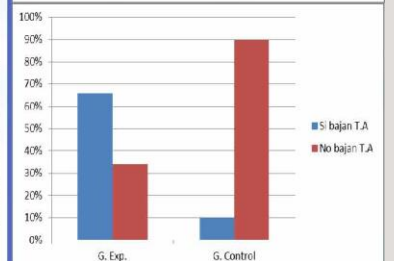
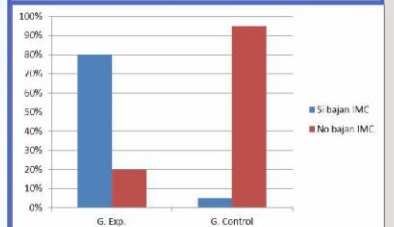
Grupo experimental → 50 individuos que asisten al taller de actividad y ejercicio físico.

Grupo control → 50 individuos que no asisten a dicho taller. Todos con las mismas características. En ambos grupos habrá el mismo número de mujeres que de hombres, todos cumplen los criterios de inclusión en el estudio.

-variable independiente → realización de ejercicio físico
-variable dependiente → mejorar las cifras de tensión arterial y disminuir el IMC.

Se hace una recogida de datos de cada individuo al inicio del estudio, como sexo, edad, talla, peso y antihipertensivo que toma, y clasificaremos en grupo control o experimental dependiendo si pertenece o no al taller de actividad y ejercicio físico. Una vez iniciado el estudio semanalmente haremos una toma de TA, peso y medición del IMC. Estas mediciones se harán semanalmente a lo largo de 6 meses a todos los individuos. Y compararemos las mediciones iniciales con las finales.

RESULTADOS:



CONCLUSIONES: Comprobamos la relación existente, entre la disminución de las cifras de tensión arterial, peso y disminución del IMC en el grupo experimental, que es el que ha realizado ejercicio físico, con respecto al grupo control que no ha realizado ejercicio físico. Podríamos comprobar la importancia del ejercicio físico, para prevenir la obesidad y hipertensión, dos causas de muerte bastante importantes hoy día. Podríamos comprobar la importancia del ejercicio físico, para prevenir la obesidad y hipertensión, dos causas de muerte bastante importantes hoy día. El ejercicio físico diario, ayuda a bajar el IMC prevenir la obesidad y si sabemos la relación tan estrecha que existe con la hipertensión, vemos que también disminuimos las cifras de tensión arterial, estaríamos previniendo de muchos problemas cardiovasculares y enfermedades asociadas con dichas patologías.



Comunicación Núm. 72. Aumenta tu ejercicio físico si quieres bajar tus cifras de tensión arterial e IMC. Cruzado Río P, et al.



Yoga en el manejo del dolor crónico

Nuria Caraballo Camacho; Rocío Echávarri González; Ana Belén Aguilera Torres. AGS Norte de Huelva. Servicio Andaluz de Salud.



El yoga es una forma cada vez más popular de ejercicio y autocuidado, tiene muchos de los mismos beneficios que la práctica de la atención plena, debido al enfoque común sobre la respiración, el cuerpo y la conciencia del momento presente. El yoga es particularmente útil para promover la relajación en estados de estrés y de agitación y sirve como calentamiento para la práctica de mindfulness.

Objetivo: Determinar la efectividad de la práctica del yoga para el manejo del dolor crónico.

Metodología

La pregunta de investigación que nos planteamos fue: ¿Es efectiva la práctica del yoga para mejorar el manejo del dolor crónico? Se realizó una revisión narrativa mediante una búsqueda en MEDLINE con los siguientes términos MESH: "yoga" y "chronic pain" unidos por el operador booleano "AND". Los criterios de inclusión eran revisiones en inglés publicadas en los últimos cinco años. De las seis evidencias encontradas se excluyó una por no poder acceder al texto completo.

Resultados

Las revisiones de ensayos clínicos de los últimos cinco años sugieren que el yoga puede mejorar significativamente el dolor, la discapacidad y el estado de ánimo en las personas con dolor crónico. El tamaño del efecto de estas mejoras puede considerarse moderado. El yoga es una de las terapias recomendadas por la American Pain Society para personas con dolor lumbar que no mejoran con otras estrategias de autocuidado.

El yoga es muy útil para tratar algunos de los aspectos mecánicos del dolor, por ejemplo, cuando hay músculos tensos que contribuyen al dolor. Sin embargo, practicado incorrectamente o sin una supervisión adecuada, el yoga también puede exacerbar el dolor a corto plazo, a pesar del hecho de que la investigación muestra que el yoga es tan seguro como el cuidado habitual y el ejercicio. Practicar una rutina de yoga útil requiere un mayor cuidado y experiencia cuando se padece dolor crónico.

La mayoría de la evidencia es para los beneficios del yoga en personas con dolor de espalda crónico, aunque también puede ayudar a la artritis, dolor de cabeza o migraña, síndrome del colon irritable, fibromialgia y síndrome del túnel carpiano.

Conclusiones

Aunque los estudios sugieren que la práctica del yoga puede mejorar el dolor crónico en pacientes su mecanismo de acción aún no está claro. La evidencia emergente sugiere que podría ayudarnos a controlar de manera más efectiva cómo pensamos y sentimos, tanto mental como físicamente. También podría funcionar mejorando la flexibilidad muscular, promoviendo la relajación, reduciendo la inflamación, aumentando la liberación de endorfinas para aliviar el dolor, mejorando la confianza y el sentido de nuestro autocontrol y confianza.

Se precisan estudios de alta calidad para determinar para qué condiciones de dolor el yoga es más eficaz, así como qué tipos de yoga son más adecuados.

Bibliografía

1. Wieland LS, Skoetz N, Pilkington K, Vempati R, D'Adamo CR, Berman BM. Yoga treatment for chronic non-specific low back pain. Cochrane Database Syst Rev. 2017 Jan 12:1.
2. Lee C, Crawford C, Schoomaker E. Active Self-Care Therapies for Pain (PACT) Working Group. Movement therapies for the self-management of chronic pain symptoms. Pain Med. 2014 Apr;15 Suppl 1:S40-53.
3. Keefe FJ, Porter L, Somers T, Shelby R, Wren AV. Psychosocial interventions for managing pain in older adults: outcomes and clinical implications. Br J Anaesth. 2013 Jul;111(1):89-94.
4. Cramer H, Lauche R, Haller H, Dobos G. A systematic review and meta-analysis of yoga for low back pain. Clin J Pain. 2013 May;29(5):450-60.
5. Langhorst J, Klöse P, Dobos GJ, Bernardy K, Häuser W. Efficacy and safety of meditative movement therapies in fibromyalgia syndrome: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Rheumatol Int. 2013 Jan;33(1):193-207.

Comunicación Núm. 83. Yoga en el manejo del dolor crónico. Caraballo Camacho N, et al.

TALLER HABITOS DE VIDA SALUDABLE

Joanna García, Rosa Mª Calzado, Laura Carbajo, María García, Francisco Jose Ruiz, Alfonso Morón ID 93

INTRODUCCIÓN

Debido a los cambios producidos en los últimos tiempos en nuestra sociedad cada vez se adoptan nuevos hábitos que se alejan de los hábitos saludables. El estilo de vida es un factor de riesgo cardiovascular modificable, de ahí la importancia de este tipo de talleres.



OBJETIVOS

Fomentar la práctica de hábitos saludables en relación con una dieta equilibrada, ejercicio físico, consumo de tabaco y alcohol como medidas de promoción de la salud

METODOLOGIA

Durante la semana cultural se programaron dos talleres sobre hábitos de vida saludable en el salón multiusos de nuestra localidad. Para la actividad se utilizó material audiovisual (presentación power-points) y material físico como presentaciones de conceptos explicados (póster). Además como refuerzo, se les entregó a los participantes material didáctico sobre grupos de alimentos, pirámide alimenticia, raciones recomendadas de alimentos y consumo de alcohol y tabaco y consejos sobre abandono del consumo de tabaco y los motivos para no iniciarlo. Tras la proyección de la información, se abrió un espacio de participación ciudadana con preguntas y aportaciones que se debatieron entre los participantes y ponentes. Al final de la actividad se facilitó una encuesta de participación.

RESULTADOS

La muestra fue de 30 participantes en cada taller, total de 60 participante. Según los datos obtenidos en la encuesta al 88.6% de los participantes les había parecido interesantes los temas abordados en esta actividad y un 76.6% respondió que esta actividad les había aportado nuevos conocimientos sobre el tema. Al 8.6 % les había parecido poco interesante esta actividad y el 21.4% respondió que no le había aportado nueva información. La valoración global de la actividad obtuvo una media de 8.5/10.

CONCLUSIONES

Es importante un cambio cultural en cuanto a las creencias sobre hábitos saludables en nuestra población aportandoles herramientas e información útil y sencilla para modificar su estilo de vida con el fin de prevenir la aparición de enfermedades y mejorar su estado de salud.



Comunicación Núm. 93. Taller hábitos de vida saludable. García J, et al.

PROMOCIÓN DE LA ACTIVIDAD FÍSICA Y SALUD DESDE LA ATENCIÓN PRIMARIA

Objetivos: La actividad física es uno de los determinantes de la salud con mayor influencia sobre la morbimortalidad en la población, causando elevada disminución de enfermedades crónicas, como las cardiovasculares, la hipertensión arterial (HTA), la diabetes mellitus tipo 2 y la obesidad, asociadas con un estilo de vida sedentario. Nuestro proyecto consistirá en un estudio de personas que padecen de estas enfermedades y llevan un estilo de vida con poco ejercicio físico por lo que estudiaremos como repercutirá en su salud añadirles más movilidad y más actividad física evaluando el impacto del programa de ejercicio físico en el peso (Índice de masa corporal), frecuencia cardiaca y cifras de tensión arterial en un grupo de hombres y mujeres entre 40 y 80 años

Metodología: Estudio descriptivo realizado en el centro de atención primaria de Fernán Núñez Doña Josefina Carmona, durante 3 meses. Personas evaluadas: Pacientes de 40 a 80 años con HTA, obesidad, diabetes mellitus tipo 2, movilidad moderada y sedentaria. En total, una muestra de 70 pacientes, 24 hombres y 46 mujeres, que aceptaron participar en nuestro programa de promoción de actividad física.

Resultados: Se realizaron 26 sesiones de 1 hora, dos veces por semana, trabajando resistencia cardio-vascular y fuerza-resistencia. De los 70 participantes de la muestra obtenida, un 20% abandono por falta de motivación y otras causas, un 71,4% descendieron sus cifras de tensión arterial, 50% descendieron sus cifras de frecuencia cardiaca, un 42,5% descendieron sus cifras de peso. Consiguiendo que, un 37% de los participantes continuaran la actividad física de forma regular después de nuestro programa de promoción de actividad física.

Conclusiones: El papel del personal sanitario es crucial para la promoción de la actividad física en la atención primaria, siendo la actividad grupal más eficaz para aumentar el índice de actividad física en la población y crear conductas generadoras para la salud en pacientes crónicos con vida sedentaria. Es muy importante hacerles llegar a los enfermos y a los demás ciudadanos el mensaje de la influencia de la actividad física en la salud

Autores: 1. Chvatova, Justina
2. Alcaide Lucena, Concepción
3. Armenteros Berral, Jesús David

Comunicación Núm. 101. Promoción de la actividad física y salud desde la Atención Primaria. Chvatova J., et al.



Síntomas climatéricos: ¿Es eficaz el uso de fitoestrógenos para su alivio?

Fernández Cabalín, Juan; Campos López, María Remedios; Quirós Muriel Carolina Yolanda

INTRODUCCIÓN: Los síntomas que aparecen en la menopausia están causados por el descenso de estrógenos y progesterona: sofocos, sudores fríos, insomnio, aceleración del pulso, disminución de la lívido, pérdida de memoria, cefaleas, irritabilidad, depresión, sequedad vaginal, dolores articulares, incontinencia urinaria, infecciones de orina y mayor riesgo de disminución de la masa ósea. Para el tratamiento se dan recomendaciones de estilo de vida, las cuales las deben dar los profesionales de salud, destacando el papel de la matrona que es la responsable de la salud sexual y reproductiva de la mujer. Para paliar los síntomas producidos por el declive de estrógenos existe la Terapia Hormonal Sustitutiva, aunque existen algunas contraindicaciones para su uso y tiene importantes efectos secundarios. Es por ello que se está ampliando el estudio de terapias alternativas como las isoflavonas y los fitoestrógenos derivados de la soja.

OBJETIVOS: Conocer las últimas actualizaciones sobre el uso de fitoestrogenos para el tratamiento de los síntomas climatéricos.

METODOLOGÍA: esta revisión bibliográfica surge como respuesta ante la siguiente pregunta: ¿Es eficaz el uso de fitoestrogenos para el alivio de los síntomas climatéricos?

Para la realización de esta revisión bibliográfica se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos de MedLine, Scielo, PubMed y Cochrane Library con las palabras clave "menopause", "phytoestrogen" y "symptoms".

Los criterios de inclusión fueron artículos posteriores a 2010 en inglés y español, versados en el uso fitoestrógenos para el alivio de los síntomas climatéricos. Para la elaboración de este póster se escogieron dos revisiones sistemáticas, una revisión bibliográfica y una opinión de expertos.

RESULTADOS: Es difícil extraer pruebas concluyentes sobre la ingesta de soja y su relación con la disminución de los síntomas climatéricos. La última revisión Cochrane nos muestra de que no existe evidencia sobre la reducción de la frecuencia y severidad de los sofocos y los sudores nocturnos en la perimenopausia y la menopausia. Sin embargo varios estudios más recientes si encuentran diferencias significativas en la calidad de vida y la masa ósea de las mujeres posmenopáusicas españolas gracias a la ingesta de isoflavonas de soja. Incluso algunos investigadores postulan que pueden servir como coadyuvante de la TSH y de esta forma poder disminuir su dosificación. El posicionamiento de la Asociación para el Estudio de la Menopausia sobre el uso clínico de las isoflavonas en el climatérico es que pueden ser una alternativa terapéutica aunque se necesitan realizar más ensayos clínicos al respecto.

DISCUSIÓN / CONCLUSIONES: Se necesitan más estudios al respecto para poder afirmar que los fitoestrógenos pueden influir positivamente en la calidad de vida de las mujeres climatéricas.

Comunicación Núm. 110. Síntomas climatéricos: ¿Es eficaz el uso de fitoestrógenos para su alivio? Fernández Cabalín J, et al.



CAUSAS DEL ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA

Juan Fernández Cabalín, M^a Remedios Campos López y Carolina Yolanda Quirós Muriel.

INTRODUCCIÓN:

La OMS recomienda la lactancia materna exclusiva durante seis meses, la introducción de alimentos apropiados para la edad y seguros a partir de entonces, y el mantenimiento de la lactancia materna hasta los 2 años o más. Además de ser apta para las características de inmadurez funcional de su aparato digestivo, renal y de su sistema inmunológico. Contiene proteínas que favorecen este sistema al disminuir el riesgo de infecciones en el lactante, espaciar los nacimientos, reducir el peso corporal y prevenir el cáncer de mama y ovarios en la madre.

OBJETIVOS:

Identificar las razones de su abandono-. Determinar los factores asociados, las características y creencias maternas.

METODOLOGÍA:

Esta revisión bibliográfica surge como respuesta ante la siguiente pregunta: ¿Porque se abandona la lactancia materna?

Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos de MedLine, Scielo, PubMed y Cochrane Library con las palabras clave "lactancia materna", "recién nacido", "leche materna", "abandono".

Se realizó una búsqueda bibliográfica durante el mes de julio y agosto de 2017 sobre razones del abandono de la leche materna y las creencias de ésta.

Como criterio de inclusión se utilizó el periodo de publicación de los documentos entre 2015 y 2017. Posteriormente se realizó una selección de los documentos que cumplieran con los objetivos propuestos. Para la elaboración de este póster se escogieron dos revisiones sistemáticas, una revisión bibliográfica y una opinión de expertos.

RESULTADOS

Diversas publicaciones se han identificado las consecuencias negativas del abandono temprano de la lactancia materna desde puntos de vista nutricionales, inmunológicos, psicológicos, epidemiológicos y económicos. Como resultados existen muchas causas de abandono. Las que más refiere la madre son: que el bebé no se llena, llora mucho, no aumenta de peso, tiene insuficiente leche, rechaza o no quiere coger el pecho, por causas que refiere

Comunicación Núm. 135. Causas de abandono de la lactancia materna. Fernández Cabalín J, et al.

EL PAPEL DE LA ENFERMERÍA EN LA DESHABITUACIÓN TABÁQUICA.

Marta Pérez Dionisio, Encarnación Tirado Herrera, Rocío Muñoz Martín.
Complejo Hospitalario de Granada.

MARCO CONCEPTUAL

Según los últimos datos disponibles, se estima que aproximadamente un **30%** de la sociedad española es consumidora de tabaco. Además, es el país de la UE con mayor porcentaje de fumadores, y el que tiene la edad de inicio más joven. El tabaco se considera la causa evitable más importante de una **muerte prematura**. Este puede producir enfermedades del corazón, respiratorias y cáncer entre los problemas más graves, pero también otros como las úlceras de estómago, envejecimiento prematuro de la piel, dientes amarillos o complicaciones en el embarazo y el bebé.

OBJETIVO

- ❖ Determinar las **fases** por las que pasan las personas al dejar de fumar tanto a corto como a largo plazo.
- ❖ Definir las **intervenciones** que debería realizar la enfermera durante el proceso de deshabituación tabáquica.

RESULTADOS

Según **Prochaska y Diclemente**, el fumador pasa por diferentes etapas:

- ❖ **Precontemplación:** no se plantea el cambio de actitud, no considera que el tabaco sea un problema para su salud. La enfermera debe informar de los beneficios.
- ❖ **Contemplación:** es consciente de los efectos negativos y se plantea el abandono pero le falta la decisión final. La enfermera debe animar al cambio y escuchar al paciente.
- ❖ **Preparación:** se fija la fecha para dejar de fumar. La enfermera debe planificar los pasos a seguir.
- ❖ **Acción:** se produce el abandono del tabaco. La enfermera debe apoyar y reforzar positivamente.
- ❖ **Mantenimiento:** continuar con el nuevo estilo de vida. La enfermera debe reforzar positivamente y estar atenta a posibles recaídas.

Tener en cuenta que las recaídas pueden formar parte del proceso.

Se debe conocer el **síndrome de abstinencia** que puede experimentar especialmente a las 12-24 horas después del último cigarro.

METODOLOGÍA

Se realiza una búsqueda bibliográfica en los meses de septiembre y octubre de 2017 en **bases de datos de ciencias de la salud** como son CINAHL, PUBMED, COCHRANE y MEDLINE. Los **términos clave** usados han sido: tabaquismo, hábito de fumar, enfermería, cese del tabaquismo. Los **criterios de inclusión** usados: artículos publicados en los últimos 10 años referentes al consumo de tabaco en adultos sanos, tanto en inglés como español. Los **criterios de exclusión** fueron: artículos que hacían referencia a niños o adolescentes, o adultos con enfermedades cardiovasculares.

CONCLUSIONES

El tabaquismo se considera una adicción crónica que produce **dependencia** a distintos niveles: física, psicológica y social. Destacar que la mujer crece en cuanto a prevalencia de consumo, mientras que el hombre desciende ligeramente. Respecto a la deshabituación, es importante fijar una **fecha, asesorar** en el cambio de la rutina, promover una **alimentación equilibrada** y recordar que puede solicitar **ayuda profesional** cuando lo necesite. Además el **ejercicio moderado** ayuda a una sensación de bienestar y mejorar el estado de ánimo. También debemos **clarificar** conceptos erróneos como: "uno al día no pasa nada", "los cigarrillos electrónicos no hacen daño", "los medicamentos no funcionan".

Comunicación Núm. 136. El papel de la enfermería en la deshabituación tabáquica. Pérez Dionisio M, et al.

XI Jornadas de Salud Pública
Salud pública ante escenarios de futuro
Del 27 al 31 de noviembre 2017

“OBESIDAD EN EL EMBARAZO: PAPEL DE LA MATRONA EN SU PREVENCIÓN”

Autores: María Remedios Campos López, Carolina Yolanda Quirós Muriel, Juan Fernández Cabalín.
Matronas: Servicio Nacional de Salud

Marco conceptual: la obesidad es un gran problema de salud pública, y más aún en el desarrollo de la gestación, ya que conlleva numerosas complicaciones materno-fetales y consecuencias económicas importantes. Es por ello que hay que destacar el papel de la prevención desde los niveles más básicos de salud y desde los profesionales más cercanos y adecuados.

Objetivo: Destacar la importancia de la matrona en la prevención de la obesidad durante el embarazo.

Metodología: Revisión sistemática desde septiembre a octubre de 2017 en las bases de datos de Medline, Cochrane, Scielo y PubMed, así como artículos publicados en los años del 2010-2017. Todas sobre las principales tendencias y consideraciones científicas acerca del papel de la matrona en la prevención de la obesidad materna durante el embarazo. Se utilizaron los DeCS: “matrona”, “obesidad”, “gestante” y “prevención”. Como criterios de inclusión destacamos, artículos recientes y publicados en los últimos 5 años, preferentemente en idioma castellano.

RESULTADOS Los estudios analizados indican que las mujeres que habían recibido educación para la salud sobre alimentación por la matrona mostraban una mayor tendencia hacia la normalidad en su peso corporal, generando un menor número de visitas prenatales a su médico que las mujeres obesas, quienes de forma general no habían recibido sesiones de educación para la salud sobre alimentación. Los principales riesgos de la obesidad en el embarazo son: abortos, defectos del tubo neural, macrosomía, parto prematuro, muerte fetal ante e intraparto así como dificultades en los exámenes de diagnóstico. A nivel materno destaca un aumento de las diabetes gestacionales, preeclampsias y apneas del sueño. Destacar, que las tasas de cesáreas para las mujeres muy obesas fueron de un 45.2% en comparación con el 21,3% para las mujeres de peso normal.

CONCLUSIONES Según los estudios analizados, la matrona tiene una gran importancia en su papel como educadora en salud. Todos coinciden en la necesidad de que la matrona realice sesiones educativas sobre recomendaciones básicas de nutrición a las mujeres embarazadas, especialmente a las madres noveles desde el principio de la gestación. Las enormes consecuencias que genera la obesidad para la sociedad general y en el embarazo en particular hacen de esta enfermedad uno de los mayores retos para las matronas en los próximos años.

BIBLIOGRAFÍA

1. Efecto de la ganancia de peso gestacional en la madre y el neonato. Abraham Zonana-Nacach, MC; Rogelio Baldenebro-Preciado, MC; Marco Antonio Ruiz-Dorado, MC. Salud pública Méx.vol.52 no.3 Cuernavaca may./jun. 2010
2. Obesidad y embarazo Jorge González-Moreno, Jesús Salvador Juárez-López y Jorge Luis Rodríguez-Sánchez. Revista Médica. 2013 4(4):269-275pp Publicado en línea 01 de agosto, 2013; www.revistamedicamdx.com
3. Obesidad materna y riesgo reproductivo. Eduardo Ataiah S¹, René Castro S². Rev. méd. Chile v.132 n.8 Santiago ago. 2004. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872004000800003> Rev Méd Chile. 2004; 132: 923-930

PIRÁMIDE de la alimentación saludable durante el embarazo

XI Jornadas de Salud Pública
Salud pública ante escenarios de futuro
Del 27 al 31 de noviembre 2017

PROMOCIÓN DE LA SALUD DESDE LA FARMACIA EN PACIENTES ADICTOS AL TABACO

INTRODUCCIÓN El tabaquismo, un problema de salud pública, primera causa de pérdida de salud y muerte evitable. La Farmacia comunitaria contribuye en labores de prevención y promoción de atención farmacéutica y en colaboración con los servicios sanitarios del tabaco.

Autoras: Carolina Navarro Martínez, Bienvenida Martínez Marín

OBJETIVO Evaluar la efectividad de la intervención de los profesionales de la farmacia comunitaria en la deshabituación tabáquica.

RESULTADOS Epidemiología, el 29% de personas mayores de 16 años fuma y el 59% ha intentado dejarlo en el último año. En la farmacia comunitaria, el acceso al Tratamiento Sustitutivo con Nicotina (TSN) caramelos, chicles y parches sin prescripción, facilita la ayuda a quienes quieren dejar de fumar y solicitan apoyo. Los profesionales ofrecen pautas adecuadas al perfil del usuario o en su caso remitirlo al médico. Valoración personalizada incluye cooximetría, consumo, dependencia: Test Fagerström, motivación: test de Richmond, intentos previos y motivos de recaída: Ciclo de Prochaska. Primera elección, tratamiento sustitutivo con nicotina, éxito en un año 25% - 35%. De segunda línea, fármacos de Prescripción médica más apoyo psicológico, alta eficacia 35-50%. Razones por las que los usuarios acuden a la oficina de farmacia para buscar orientación y tratamiento para el cese tabáquico:

- Accesibilidad al consejo profesional y al tratamiento
- Tiempo que se le dedica a su atención personalizada
- Seguimiento farmacoterapéutico – Interactividad
- Inmediatez - Amplitud de franja horaria.

METODOLOGÍA Revisión bibliográfica. Bases de datos Scielo, Medline, Elsevier, Sociedad Española de Farmacia Familiar y Comunitaria (SEFAC). Descriptores: Deshabituación Tabaquismo Elección Atención farmacéutica.

Observaciones. Un porcentaje de estos usuarios acuden a buscar orientación por estar padeciendo algún problema de salud relacionado con el tabaco o coincidiendo con el hecho de que personas de su círculo social o familiar están sufriendo algún tipo de tumor. Edad y sexo pacientes que solicitan ayuda: 42,3 ± 10,5 años. Varones: 53,9%. Mujeres 46,1%.

CONCLUSIONES Las farmacias comunitarias son centros apropiados para la realización de programas de cesación tabáquica. Los estudios realizados apuntan que las intervenciones efectuadas por profesionales de la farmacia adecuadamente formados y en colaboraciones interdisciplinarias consiguen resultados positivos en tasas de deshabituación tabáquica quintuplicando los niveles de éxito reduciendo el coste sanitario

Bibliografía: <https://www.sefac.org/recomendaciones-sefac> Rev Clin Med Fam vol.7 no.2 jun. 2014 <http://dx.doi.org/10.4321/S1699-695X2014000200002> Elsevier [https://doi.org/10.1016/S0025-7753\(04\)74434-6](https://doi.org/10.1016/S0025-7753(04)74434-6), Medline <https://medlineplus.gov/spanish/quittingsmoking.html>

Comunicación Núm. 138. Obesidad en el embarazo: papel de la matrona en su prevención. Campos López MR, et al.

Comunicación Núm. 159. Promoción de la salud desde la farmacia en pacientes adictos al tabaco. Navarro Martínez C, et al.

Flexibilidad psicológica como factor de protección en la regulación emocional en la adolescencia

Lidia Cobos-Sánchez *, Juan Miguel Fluja-Contreras*, Dyanne Ruiz-Castañeda & Inmaculada Gómez-Becerra*

*Universidad de Almería

**Delegación de Educación, Junta de Andalucía



contacto: igomez@ual.es



OBJETIVO
Valorar las relaciones e influencias entre **regulación e inteligencia emocional** y **flexibilidad/rigidez psicológica** en población adolescentes y española

FLEXIBILIDAD PSICOLÓGICA

REGULACIÓN EMOCIONAL



La **regulación emocional** se entiende como la habilidad para manejar apropiadamente las emociones siendo consciente de las relaciones entre la emoción y el comportamiento, teniendo estrategias de afrontamiento adaptativas y competencias para generar emociones positivas.

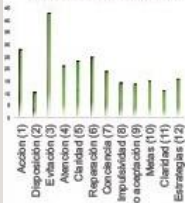
PARTICIPANTES

197 Adolescentes
Edad: M=13.8 DT=1.3
De 12 a 18 años
51.3% 48.7%

INSTRUMENTOS



Puntuaciones medias



Análisis correlacional

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
2	,265**										
3	-0,074	0,049									
4	0,12	-0,119	,480**								
5	,277**	0,117	-0,093	0,075							
6	,340**	,167**	-,148*	-,073	,455**						
7	-,229**	0,075	-,237**	-,479**	-,263**	-0,131					
8	-0,114	0,083	,333*	0,098	-,212*	-,240**	-0,002				
9	-0,11	0,113	,469**	,229**	-0,122	-0,06	-0,135	,404**			
10	-,201**	-,029	,348**	,216**	-0,097	-,231**	-,182*	,490**	,432**		
11	-0,124	0,014	,203**	-,012	-,509**	-,190**	,288**	,405**	,373**	,171*	
12	-0,044	0,08	,432**	-,283**	-0,061	-0,083	-,228**	,580**	,585**	,561**	,364**

CONCLUSIONES

Los resultados muestran correlaciones positivas la acción con la disposición a contactar con experiencias negativas, así como en dos escalas de inteligencia emocional (atención y claridad emocional). Sin embargo, se encuentra correlación negativa con reparación emocional y dificultad para alcanzar metas. En cuanto a la evitación, se encuentran correlaciones positivas con atención emocional, no aceptación, dificultad para alcanzar metas, poca claridad emocional, dificultad en estrategias de regulación. Asimismo correlaciona negativamente con reparación emocional y poca conciencia emocional.

COMO NOS INFLUYE PSICOLOGICAMENTE NUESTRA IMPLICACIÓN EN EL TRABAJO

Autores: 1. Alcaide García, María Dolores (Hospital Universitario Virgen Macarena) 2. Muñoz Zamorano , Rosalía (Hospital Universitario Virgen Macarena).3. Armenteros Berral, Marina del Mar (Hospital Valle de los Pedroches)

INTRODUCCIÓN: Pretendemos estudiar si la resiliencia y la implicación que tenemos en nuestro trabajo en la sanidad, presentan una correlación positiva estadísticamente significativa en cargos intermedios de hospitales. Vamos a conocer el grado de predicción del cumplimiento de objetivos de grupo de las variables resiliencia e implicación. Se va a identificar programas de mejora de la resiliencia de los trabajadores que puedan ser aplicables en un entorno sanitario.

METODOLOGIA: Realizamos un estudio ex post facto sobre 20 profesionales del Hospital universitario Infanta Margarita de Cabra que ocupan puestos de responsabilidad en los servicios quirúrgicos (directores de unidades clínicas, jefes de sección, responsables de cuidados, responsables administrativos). Para medir la resiliencia psicológica se utilizó el cuestionario Connor-Davidson Resilience Scale. Para medir la implicación se utilizó el Utrecht Work Engagement Scale a partir de los sistemas de información corporativos del hospital se obtuvo el grado de cumplimiento en 2016 de los objetivos de las unidades clínicas que dirigen estos cargos intermedios. Se calculó el coeficiente de correlación de Pearson mediante el programa Informático SPSS para la correlación entre resiliencia y engagement. Para conocer en qué medida la resiliencia y el engagement predicen el cumplimiento de los objetivos de grupo se utilizó un modelo de regresión lineal múltiple. Se llevó a cabo una revisión de la bibliografía para identificar programas que ofrezcan actuaciones concretas que los jefes puedan llevar a cabo para mejorar la resiliencia de los subordinados.

RESULTADOS: Se encontró una relación positiva y elevada entre la resiliencia y el engagement (implicación). No podemos concluir que exista una interacción entre ambas variables que tenga una influencia significativa sobre el cumplimiento de los objetivos de grupo. Se encontraron 8 programas de mejora de la resiliencia de los subordinados por parte de los líderes de grupos de trabajo

CONCLUSIONES: El ámbito laboral sanitario es altamente estresante por su propia naturaleza y también por las actuales circunstancias de crisis económica. En este trabajo hemos encontrado que la resiliencia y el engagement están relacionados en una población de profesionales sanitarios españoles responsables de grupos de trabajo, pero que ambas variables no pueden predecir el cumplimiento de los objetivos de grupo. Además, hemos encontrado 8 programas de mejora de la resiliencia que pueden ser aplicados por líderes de grupos de trabajo

BIBLIOGRAFÍA: 1. Acuña, E. & Olavarrieta, S. "Empresas Familiares: características y su diversidad". *Revista académica*, 12, 23-51.
2. Allen, T. (2001). "Family-supportive work environments: The role of organizational perceptions". *Journal of Vocational Behavior*, 58, 414-435.

Comunicación Núm. 186. Flexibilidad psicológica como factor de protección en la regulación emocional en la adolescencia. Cobos Sánchez L, et al..

Comunicación Núm. 189. Cómo nos influye psicológicamente nuestra implicación en el trabajo. Alcaide García MD, et al.

ANSIEDAD ¿POR QUÉ?

M. Angeles Ruiz Sánchez y Antonio Fuentes Pérez
Comité de Salud Coín

INTRODUCCIÓN

Actualmente se exige demasiado por parte de la organización, de modo que no hay una proporción directa cuando se incluyen las expectativas del personal sanitario, es por ello, que aparece un desgaste físico y emocional, reflejado como un desequilibrio entre la demanda, carga laboral y recursos, frente al sentimiento de equilibrio y bienestar deseado.

MÉTODO

- Estudio descriptivo transversal.
- Recogida de datos: cuestionarios anónimos.
- Población de estudio: profesionales sanitarios de hospitales públicos.
- Variables: género /edad(30/62)



3,18 % percepción ansiedad en el trabajo (de 3 a 4 = a menudo)



1,98 % percepción ansiedad en el trabajo (de 3 a 4 = a menudo)

RESULTADOS

Escasez de recursos
Sobrecarga
Inestabilidad
Falta de tiempo
Incertidumbre

¿ Qué nos sucede?

- *Apatia
- *Desmotivación
- *Taquicardia
- *Dolores musculares
- *Insomnio
- *Estrés
- *Conflictos interprofesionales
- *Problemas digestivos

CONCLUSIONES

El estado de salud de los profesionales sanitarios presenta un nivel de ansiedad moderado, siendo éste más acentuado en el género femenino, agravado por la situación actual de la crisis económica.

Comunicación Núm. 203. Ansiedad... ¿Por qué? Ruiz Sánchez MA, et al..

PREPARACIÓN EN LA ETAPA DE POST-PARTO

DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA:

La etapa del posparto se trata de un momento complicado que requiere un gran esfuerzo por parte de la mamá reciente, que además de recuperarse físicamente, se tiene que enfrentar a mil dudas relacionadas con su recuperación y el recién nacido.

De este modo surge la idea de elaborar un programa para enseñar técnicas no farmacológicas a la madre destinadas a mejorar la calidad de vida suya y del propio bebe en esta nueva etapa.

PROCEDIMIENTOS E INSTRUMENTOS DESARROLLADOS:

Realización de talleres 1 vez/semana durante 3 meses de trabajo en grupos reducidos:

- #### 1. HIGIENE POSTURAL. COJÍN DE LACTANCIA



Enseñar a las madres para que sean capaces de detectar aquellas posturas incómodas en las que se encuentran mientras están dando el pecho así como una serie de autoestiramientos para cuando terminen el proceso. La incomodidad causa que sus músculos estén tensos, a nivel de brazos, cuello, y espalda, y esto hace que la madre termine estresándose en el momento de la lactancia, transmitiendo esta tensión al bebé y puede provocar que éste no se adapte bien al pecho. El cojín de lactancia surgió como respuesta a esta situación. Se utiliza para proporcionar una postura más adecuada al bebé a la hora de amamantar y evitar que la madre sufra dolores de espalda.
- #### 2. MASAJE EN EL BEBÉ



Enseñar a la madre unas maniobras sencillas de masaje para estimular el riego sanguíneo y la flexibilidad de los músculos al mismo tiempo que cuida su piel. Enseñar también técnicas que tengan efecto regulador sobre la digestión. Además proporciona un estado de armonía mutuo y relajación común.
- #### 3. CÓLICO DEL LACTANTE. COMO ABORDARLO.



Es un problema de salud muy relevante en bebés durante el primer año de vida. Afecta al 20% de la población infantil entre 0 y 4 meses. De este modo, resulta muy importante que la madre sepa identificarlo para poder empezar el tratamiento cuanto antes. La fisioterapia es una de las posibilidades terapéuticas no farmacológicas reconocidas en el ámbito clínico-profesional.
- #### 4. RECUPERACIÓN DE ESTRUCTURAS DAÑADAS EN EL PARTO:

 - A. **Ejercicios de Kegel:** Una de las complicaciones del parto es la incontinencia urinaria. El propósito de los ejercicios es fortalecer los músculos de la zona pélvica y tener un mejor control sobre los esfínteres para su prevención.
 - B. **Hipopresivos:** Además de fortalecer suelo pélvico también fortalecen músculos de la faja abdominal. De esta forma se reduce de manera significativa la inestabilidad y el dolor lumbar que aparece con bastante frecuencia después del parto.

LECCIONES APRENDIDAS:

La comprensión e integración de estas medidas harán que la mamá pueda hacer frente a muchos de los problemas más frecuentes que se presentan en esta nueva etapa.

AUTORA:
Inmaculada Rivas Arquillo
Fisioterapeuta

Comunicación Núm. 249. Ansiedad... ¿Por qué? Ruiz Sánchez MA, et al..

ACTUALIZACIÓN EN NUTRICIÓN DURANTE EL EMBARAZO
Ibáñez. J.R.; Fernández G. V; Matronas SAS.

OBJETIVOS

La alimentación en el embarazo debe ser sana, variada y equilibrada, lo que influye de manera fundamental en el desarrollo del bebé que se está formando. Esta revisión da a conocer los nutrientes que pueden plantear carencias durante embarazo para así asegurar una correcta nutrición.

RESULTADOS

Los nutrientes que debemos vigilar en el embarazo son:

- **HIERRO:** necesario para el desarrollo fetoplacentario; se recomiendan los suplementos de dosis bajas de hierro oral durante la segunda mitad del embarazo.
- **CALCIO:** esencial en el desarrollo del esqueleto fetal. Aconsejable 1000 mg/día.
- **YODO:** Según la AEP, en España, se aconseja a la madre que tome un suplemento de 200-300 mcg/día durante el embarazo, además de cocinar sus alimentos con sal yodada y comer pescado.
- **ZINC:** puede darse una carencia, en especial en poblaciones con un consumo bajo de alimentos de origen animal ricos en zinc.
- **VITAMINA A:** durante el embarazo los niveles séricos de Vit A a penas se modifican. La vitamina A ingerida con la dieta suele ser suficiente por lo que no se aconseja la suplementación sistemática.
- **VITAMINA D:** la mejor fuente la exposición a la luz solar. Las necesidades a través de la ingesta se establecen en 200 UI día por lo que no es necesario suplementar.
- **VITAMINA B12:** se aconseja consumir lácteos, huevos, alimentos enriquecidos que consigan aportar 2,6 a 2,8 mcg/día.

MÉTODO

Se realizó una revisión teórica de la bibliografía sobre alimentación en el embarazo en las bases de datos PUBMED, MEDLINE Y CINAHL. La búsqueda se limitó al intervalo 2000-2017. Incluyéndose artículos en español e inglés y con acceso a texto completo. De los 12 artículos revisados se excluyeron 4 por no abordar los nutrientes esenciales en el embarazo. Se usaron como palabras claves **nutrición, embarazo y matrona.**



CONCLUSIONES

La matrona es uno de los profesionales competentes para asesorar a la mujer en una alimentación sana y equilibrada que reporte beneficios en el desarrollo del bebé. La carencia de determinados nutrientes pudiera afectar al desarrollo del mismo y la nutrición correcta genera una conexión con el bebé desde el inicio de la concepción.

REFERENCIAS:

1. Recomendaciones sobre Lactancia Materna del Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. 2012
2. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. SEGO. Disponible en <http://www.sego.es/>.
3. Olmo del García D, Pérez- Pelayo M, Alcázar Lázar V, Martínez de Icaza P. Dietoterapia, nutrición clínica y metabolismo, España: ediciones Díaz de Santos, 2010.
4. Millán Dobson N, De la Caridad Castro P. Importancia de la nutrición en el embarazo. Revista Cubana de Tecnología de la Salud . Vol 1 nº 1(2010)

Comunicación Núm. 250. Actualización en nutrición durante el embarazo. Ibáñez JR, et al..

ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA DIRIGIDA POR EL BEBÉ: BABY LED WEANING

AUTORES: Manuel Hidalgo Ruiz, Leticia Molina Garcia, Mª José Fernández Valero. Especialistas en Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona).

INTRODUCCIÓN

La OMS recomienda la lactancia materna exclusiva a demanda hasta los 6 meses y junto con otros alimentos hasta los 2 años o más. Pero, **¿cómo introducir el resto de alimentos de una manera natural, adecuada y atractiva para el bebé?**

En los últimos años se ha extendido una nueva tendencia denominada **Baby-Led Weaning (BLW)**, un método gradual de introducción de la alimentación complementaria dirigida por el bebé a demanda.

El método se basa en dejar al bebé que coja los alimentos y decida llevarlos a la boca cuando esté preparado para ello, sustituyendo al rol pasivo en el que es alimentado por un adulto.

Este término fue utilizado por primera vez en **2008** por **Gill Rapley**, matrona y enfermera pediátrica, tras años de observar los problemas que surgían cuando se forzaba a los niños a comer papillas y se traduce literalmente como **"Destete guiado por el bebé"**.



OBJETIVO

Analizar las últimas recomendaciones sobre el BLW para hacer de este un método seguro para introducir la alimentación complementaria.

METODOLOGÍA

Búsqueda bibliográfica en las siguientes bases de datos: Pubmed, Cuiden, UpToDate y Scielo desde el año 2008 a la actualidad. También se consultaron guías de práctica clínica y revistas científicas. Las palabras clave utilizadas fueron: baby-led weaning, alimentación del lactante, alimentación complementaria autorregulada por el bebé, alimentación complementaria a demanda.

RESULTADOS

BLW guiado por unas simples **reglas de seguridad** lo convierte en un método ideal para introducir la alimentación complementaria:


- ❖ Empezar a los 6 meses.
- ❖ Sentarlo correctamente a la mesa con el resto de la familia.
- ❖ Mostrar interés por la comida, haciéndolo participe.
- ❖ Que su reflejo de extrusión haya desaparecido.
- ❖ No sentarlo a comer si tiene sueño.
- ❖ Continuar con lactancia materna a demanda.
- ❖ Comenzar por trozos de comida fáciles de agarrar, alargados.
- ❖ Dejar que el bebé explore la comida y coma a su ritmo.
- ❖ Cocinarlo mismo que comen el resto de la familia, apartando la ración del bebé antes de servir.
- ❖ Empezar por alimentos que aporten seguridad.
- ❖ Olvidarse cuánto come el bebé.
- ❖ No dar frutos secos antes de los 3 años.
- ❖ Paciencia. Se ofrece, no se obliga.



CONCLUSIÓN

BLW es un método seguro que ofrece multitud de beneficios al bebé, respeta su propio ritmo y fomenta que desarrolle una buena relación con la comida y, por tanto, unos hábitos saludables.

Comunicación Núm. 277. Alimentación complementaria dirigida por el bebé: baby led weaning. Hidalgo Ruiz M, et al..



REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA PREVENCIÓN DE LA INCONTINENCIA URINARIA POSTPARTO. IMPOTANCIA DE LA PROMOCIÓN Y TRATAMIENTO FISIOTERÁPICO DE LA MUSCULATURA DEL SUELO PÉLVICO.

A JIMÉNEZ TORRES A, JIMÉNEZ TORRES A, JIMÉNEZ TORRES A
FRANCO DE VEGA A, FRANCO DE VEGA A, FRANCO DE VEGA A
JIMÉNEZ TORRES A, JIMÉNEZ TORRES A, JIMÉNEZ TORRES A

OBJETIVOS: demostrar la importancia y efectividad del entrenamiento de la musculatura del suelo pélvico para prevenir la incontinencia urinaria (IU) postparto.

METODOLOGÍA: búsqueda bibliográfica en pubmed con las palabras clave: pelvic floor muscle rehabilitation, prevention postpartum urinary incontinence. Fueron incluidos los publicados en los últimos diez años, con humanos y mujeres, y excluidos los que no cumplieran estos requisitos. En total se analizaron 4 artículos.

RESULTADOS: Aproximadamente un tercio de las mujeres tienen incontinencia urinaria después del parto. El entrenamiento muscular del suelo pélvico se recomienda durante el embarazo y después del nacimiento del niño, tanto para la prevención como para el tratamiento de la incontinencia.

Factores de riesgo IU: embarazo y parto vaginal, diabetes mellitus, índice de masa corporal, tabaquismo, problemas respiratorios y ejercicio por el aumento de presión intraabdominal; Infecciones del tracto urinario inferior, estreñimiento, insuficiencia venosa y cardíaca, etc.

Resultados de los artículos: Las mujeres embarazadas sin incontinencia urinaria previa que fueron asignadas al azar a un entrenamiento de la musculatura del suelo pélvico prenatal intenso, no informaron de incontinencia urinaria por lo menos en los seis meses después del parto. Cuanto más intensivo era el programa, mayor era el efecto.

CONCLUSIONES: para prevenir la incontinencia urinaria postparto hay que actuar sobre los factores de riesgo que la provocan, teniendo especial importancia y efectividad el fortalecimiento de la musculatura del suelo pélvico.

Comunicación Núm. 314. Revisión sistemática de la prevención de la incontinencia urinaria postparto. Importancia de la promoción y tratamiento fisioterápico de la musculatura del suelo pélvico. Jiménez Torres A, et al..

PREVENCIÓN DE LA OSTEOPOROSIS: CONSUMO DE TÉ

Martínez Yébenes, R; Merino Morales, L; Cazalilla López, MP



INTRODUCCIÓN

La osteoporosis es definida como una enfermedad sistémica caracterizada por una densidad ósea reducida que conlleva mayor debilidad ósea y aumento de las fracturas por fragilidad. Dichas fracturas ocasionan cifras importantes de morbilidad y mortalidad en la población anciana. En nuestro país, la prevalencia de osteoporosis en mujeres mayores de 50 años es de un 26%.

OBJETIVO

Determinar si el consumo frecuente de té puede considerarse un efecto protector para el desarrollo de la osteoporosis.

MÉTODO

Hemos llevado a cabo una revisión de la bibliografía publicada en las bases de datos nacionales e internacionales tales como PubMed, Cuiden y Cochrane y organismos como la Asociación Española con la Osteoporosis y la Artrosis (AECOSAR) y Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFYC). Las palabras clave empleadas han sido "bone health", "osteoporosis" y "tea", limitando a los estudios publicados en los últimos 10 años exclusivamente en humanos. De los 52 resultados obtenidos, 5 son los estudios incluidos por responder a nuestro objetivo.



RESULTADOS

La prevención de la osteoporosis es un reto de salud pública debido al impacto en todas las esferas de la vida diaria de las personas afectadas, así como el impacto económico que conlleva al sistema de salud su abordaje. Los estudios incluidos varían en lo que respecta al número de sujetos y la metodología empleada. El único metanálisis incluido, de Zhan y cols, consta de 4 cohortes, 8 estudios transversales y 1 caso control con 12635 casos en total. El resultado arrojado es que el consumo de té previene la pérdida ósea con significación estadística (OR 0.66 y $p = 0.02$) y densidad mineral más elevada. El estudio de Hirata y cols se incluyeron 498 mujeres a las que se realizó densitometría ósea de columna y cadera hallando diferencias significativas estadísticamente a favor del consumo de té. Otro de los estudios incluidos analiza retrospectivamente el consumo de 1 litro diario de té de Yerba Mate durante 4 años o más respecto al grupo placebo. En la densitometría ósea se halla mayor densidad en columna lumbar (9.7% más) y en cuello femoral (6.2% más) en el grupo intervención. Los tres estudios restantes, arrojan los mismos resultados de relación positiva entre consumo de té y salud ósea. En el estudio de Xie y cols de determina que el tiempo, frecuencia y dosis de consumo de té es dependiente de sus resultados beneficiosos.

CONCLUSIONES

Podríamos determinar que el consumo de té mitiga la pérdida ósea y reduce el riesgo de fracturas osteoporóticas. Los polifenoles presentes en el té potencia la osteoblastogénesis in vitro. Habría que determinar la cantidad de té necesaria diariamente para reducir el riesgo de osteoporosis. Se trataría de una estrategia de prevención no farmacológica de coste reducido.



REFERENCIAS



Comunicación Núm. 322. Prevención de la osteoporosis: consumo de té. Martínez Yébenes R, et al..

XI JORNADAS DE SALUD PÚBLICA · SALUD PÚBLICA ANTE ESCENARIOS DE FUTURO

ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA ANTE LA OBESIDAD: ¿CÓMO CONSEGUIR REDUCIR LA PREVALENCIA EN UN FUTURO?

Encarnación Tirado Herrera; Marta Pérez Dionisio; Rocío Muñoz Martín

INTRODUCCIÓN:
En la actualidad el 70% de la población adulta presenta un IMC con valores por encima de los considerados como normales, del 12 al 20% en varones y del 20-30% en mujeres adultas. A lo largo de los años se ha podido comprobar que la inactividad física es causa de mortalidad mundial, situándose un 25% causan cáncer, un 27% diabetes y un 30% cardiopatías isquémicas. Esto unido a hábitos de alimentación nada saludables incrementa considerablemente la prevalencia de obesidad en el mundo. La cuestión es este sentido es, ¿es posible que desde la educación sanitaria impartida por enfermería esto pueda cambiar?

OBJETIVOS:
Mediante el desarrollo de este trabajo se quiere dar a conocer las intervenciones que a través de la enfermera pueden lograr un cambio en los estilos de vida así como fomentar la vida sana y una alimentación saludable con el fin de disminuir el riesgo de patologías crónicas.

MATERIAL Y MÉTODO: Para la realización de este trabajo se llevó a cabo una revisión sistemática de la literatura existente sobre el tema. Para ellos se consultaron varias bases de datos: PubMed, Cinhal, Cochrane, Dialnet y Scielo. Los descriptores utilizados para ello fueron: "enfermería y obesidad", "intervenciones enfermería obesidad", "obesidad España" y "Obesidad". Como criterios de inclusión se seleccionaron aquellos artículos de texto completo, en español e inglés y con una acotación temporal entre 2006 y 2016. De un total de 112 artículos se seleccionaron 10 por reunir los criterios de inclusión determinados y se procedió a su lectura en profundidad.

RESULTADOS:
Tras el análisis de los artículos seleccionados se determinó la importancia que tiene la Enfermera en la educación sanitaria a los pacientes que acuden a consulta. A través de ella, es posible emprender programas de información y seguimiento sobre estilos de vida saludable. El tratamiento de la obesidad consiste en:
1. Modificaciones en el estilo de vida
2. Manejo nutricional
3. Actividad física
4. Manejo psicológico para modificar hábitos de vida saludables
5. Farmacoterapia en la obesidad
6. Cirugía de obesidad, en diferentes modalidades
Dado que existen varias áreas de tratamiento y concienciación sobre la obesidad, el papel de enfermería es fundamental para poder abordar los cuatro primeros puntos descritos anteriormente. La finalidad consistiría en elaborar diferentes proyectos de educación sanitaria que incluyesen las cuatro áreas y a distintos grupos poblacionales. Iniciando una educación sanitaria en edades tempranas podría reducirse considerablemente la prevalencia de obesidad.

CONCLUSIONES:
Por un lado, destacar el importante papel que desempeña la enfermera en la promoción de estilos de vida saludables y en la prevención de determinadas enfermedades crónicas aplicando una correcta educación sanitaria a la población. Es imprescindible la educación sanitaria y recomendaciones en niños, adolescentes y adultos para disminuir la obesidad y causas. Los malos hábitos de vida, alimentarios y el sedentarismo van en aumento por diversas razones lo que a su vez conlleva el aumento de patologías como Diabetes Mellitus Tipo II, Obesidad, Enfermedad Coronaria, insuficiencia cardíaca, enfermedades respiratorias... Aplicando adecuados programas de salud a la población acorde a las edades tratadas se puede reducir considerablemente la obesidad en nuestro país.

BIBLIOGRAFÍA:
1. López-Dicastillo O, Canga-Armayor N, Mujika A, Pardavilla-Bello M, Belintxon M, Serrano-Monzó I et al. Cinco paradajos de la promoción de la salud. Gaceta Sanitaria. 2017; 31(8): 269-272.
2. Márquez-Calderón S, Villegas-Portero R, Saler VG, Martínez-Pecino F. Promoción de la salud y prevención en tiempos de crisis: el rol del sector sanitario. Informe SEPAS 2014. Gaceta Sanitaria. 2014.

Comunicación Núm. 350. Actuación de enfermería ante la obesidad: ¿Cómo conseguir reducir la prevalencia en un futuro? Tirado Herrera E, et al.

Embarazo ectópico: Factores de Riesgo

Membrilla Beltrán, Lucía (1) . Ureña Gálvez, Sofía Dolores(2) . Reche Torrecillas, Dorotea María(3)
(1)Hospital Torrecárdenas. Almería
(2) Hospital La Inmaculada. Huércal-Overa
(3) Hospital La Inmaculada. Huércal-Overa

Objetivo: Identificar los factores de riesgo que predisponen al embarazo ectópico.

Metodología: Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica a través de la búsqueda en bases de datos Scielo, Pubmed, Cochrane, ScienceDirect y Google Académico en el periodo de tiempo comprendido entre el año 2010 y 2017. Los criterios de inclusión fueron los siguientes: artículos de investigación sobre los distintos factores de riesgo que se asocian al embarazo ectópico; con al menos el resumen disponible, en español o inglés, y que incluyeran las palabras clave. Los criterios para rechazar los estudios fueron: estar duplicados y no estar relacionados con el objeto de estudio. Se encontraron un total de 5 artículos de los cuales fueron seleccionados 3 artículos para su estudio. Como palabras clave fueron utilizadas: "pregnancy", "ectopic", "risk factors", "maternal morbidity", con las siguientes combinaciones: (pregnancy) AND (ectopic), (ectopic) AND (risk factors), (ectopic pregnancy) AND (maternal morbidity), (pregnancy) AND (ectopic) OR (risk factors).

Conclusión: Se puede comprobar que existe una gran variedad de factores de riesgo en torno al embarazo ectópico que contribuyen a la morbilidad materna, pero es importante la prevención de dichos factores, ya que algunos de ellos son modificables y donde la atención primaria y la sociedad en general pueden colaborar para mejorar en dicho sentido como sería el caso por ejemplo del inicio de las relaciones sexuales, empleo de dispositivos intrauterinos etc.

Marco Conceptual:
A pesar de los grandes avances tecnológicos a nivel diagnóstico y terapéutico, el embarazo ectópico sigue siendo una de las mayores causas de morbi-mortalidad materna. Se define el embarazo ectópico como el embarazo en el que el óvulo es fecundado se implanta fuera del útero; más comúnmente en la trompa de falopio. Son múltiples los factores que se relacionan con el embarazo ectópico; las técnicas de reproducción asistida, la enfermedad inflamatoria pélvica, la edad, anomalías tubáricas, uso de dispositivos intrauterinos, etc que los países desarrollados ha supuesto un aumento de su incidencia en tres y cuatro veces más en los últimos 20 años.

Resultados:
La mayoría de las pacientes con embarazo ectópicos se encuentran entre los 25 y 35 años. Varias afecciones ginecológicas constituyen factores predisponentes como por ejemplo: la enfermedad inflamatoria pélvica, la endometriosis, infertilidad. Se demuestra que la enfermedad inflamatoria pélvica es la más frecuente dentro de la patología ginecológica con un casi 40% de los casos. El inicio precoz de las relaciones sexuales juego un importante papel, sobre todo en las pacientes con inicio de las relaciones antes de los 18 años. El consumo de tabaco no es significativo como factor de riesgo para el embarazo ectópico. Los dispositivos intrauterinos en el momento de embarazo ectópico predisponen a esta afección.

Bibliografía:
*Rodríguez Morales, J, Altunaga Palacio, M. Epidemiologic factors in ectopic pregnancy. Rev. Cubana Obst Ginecol 2010; 36 (1)
*Jimila S, MT, Poupin B, L, Alarcón A, P, Rodríguez, C, M, Stuenkel R, L. Embarazo ectópico: factores de riesgo y características clínicas de la enfermedad en un grupo de mujeres chilenas. Rev Chil Obst Ginecol 2007; 72(3) 154-159
*Hernández Núñez, J, Valdés Yong, M, Toms Chaves, A, O. Risk factors associated with ectopic pregnancy. Medicina. 2013; 11(8)



Comunicación Núm. 377. Embarazo ectópico: Factores de riesgo. Membrilla Beltrán L, et al.

XI Jornadas de Salud Pública
Salud pública ante escenarios de futuro
Del 20 al 25 de noviembre de 2017 #11jornadasSP

MEDIDAS DE CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD REPORTADAS POR LOS PACIENTES EN LA PRÁCTICA CLÍNICA DEL SSPA

Miguel Rodríguez Barranco^{1,2,3}, Antonio Oly-de-Labry-Lima A^{1,2,3}, Carmen Valcárcel¹, Cristina Pavón C¹, Diego Rodero¹, Eva Martín Ruiz¹

1. Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP), Granada; 2. Instituto de Investigación Biosanitaria de Granada (ibs.Granada), Complejo Hospitalario Universitario de Granada/Universidad de Granada; 3. CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), Madrid

CONTEXTO Y DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

Las medidas referidas por los pacientes están siendo ampliamente utilizadas por los servicios sanitarios para evaluar la calidad de la atención sanitaria. Entre las medidas reportadas por el paciente, la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) es la medida de resultado que ha experimentado un mayor crecimiento e interés por la comunidad científica.

La CVRS agrupa, elementos que forman parte del individuo como aquellos externos que interaccionan con él y pueden llegar a cambiar su estado de salud. Cabe destacar que la CVRS ha demostrado estar relacionado, de manera independiente, con la mortalidad, la limitación funcional, además ha mostrado una alta capacidad para predecir la utilización de recursos sanitarios. La Consejería de Salud de la Junta de Andalucía está impulsando la utilización de la medida de la CVRS como un instrumento de uso en la práctica clínica.

DESCRIPCIÓN Y OBJETIVO DE LA INTERVENCIÓN

En esta comunicación se presenta y describe los resultados preliminares de uso de la estrategia del Sistema Sanitario Público de Andalucía Salud sobre la utilización de instrumentos de CVRS en la práctica clínica habitual.

El objetivo es que los cuestionarios se utilicen como una herramienta más de evaluación y seguimiento de los pacientes que exigen atención sanitaria, incorporando así la experiencia de la ciudadanía en relación a su propia enfermedad como un resultado más en el proceso terapéutico.

PROCEDIMIENTO E INSTRUMENTOS DESARROLLADOS

Diseño: evaluación pre-post de una primera intervención terapéutica en pacientes con nuevo diagnóstico.

Instrumentos: Se incluyeron tanto cuestionarios específicos, como genéricos de CVRS. Los cuestionarios debían cumplir los siguientes requisitos: autoadministrado; de uso libre y gratuito; con un menor número de ítems y tiempo de administración; criterios de validez y fiabilidad adecuados (todos los cuestionarios disponen de licencia de uso para este proyecto). En el año 2016 estaban disponibles un total de 22 cuestionarios para 27 procesos diferentes, mientras que para el año 2017, se han incorporado 7 nuevos cuestionarios para 34 procesos diferentes, todos ellos propuestos por los profesionales del sistema sanitario.

Procedimiento: Se realizaron sesiones formativas y todos los profesionales implicados reciben asesoramiento online permanente para la ejecución del proyecto. Se confeccionaron también plantillas para la grabación de datos, cálculo de puntuaciones y generación de informe de resultados.

En cuanto a la frecuencia de uso de los cuestionarios, entre 2015 y 2016, 250 unidades de gestión clínica (UGC) aplicaron un total de 11.881 cuestionarios en la fase pre y 5.225 en la post. Los cuestionarios más usados fueron: EQ-5D para diabetes tipo II (n=4.286); CREM-P de relación médico-paciente (n=4.117); VF-14 para cirugía de cataratas (n=1.987); Es-DQOL para diabetes tipo I (n=1.512); SGRQ para EPOC (n = 704); WOMAC para artroplastia de rodilla/cadera (n=620); IPSS para hiperplasia benigna de próstata (n= 505).

LECCIONES APRENDIDAS

La medición de la CVRS en el SSPA se ha iniciado con éxito, consiguiendo abarcar un amplio abanico de procesos e implicando a un importante número de UGC. Se ha puesto a disposición de los profesionales sanitarios información valiosa reportada por los pacientes acerca de sus condiciones de vida a nivel social, emocional, manejo de síntomas, etc., incorporando así la perspectiva de los pacientes en aspectos que van más allá de la información puramente clínica. El análisis y comparación de los resultados globales en cada UGC permitirá además detectar aspectos de la calidad de vida de los pacientes que requieran una especial atención, lo cual dará la oportunidad de introducir mejoras en el tratamiento para conseguir una mejor calidad de vida de la población afectada.

PREFERENCIAS EN ANTICONCEPCIÓN SEGÚN EL PAÍS DE ORIGEN

Martos López IM, Murillo de las Heras MM, Pérez Berenguel MC.
Hospital Torrecárdenas

INTRODUCCIÓN

En España residen unos 6 millones de inmigrantes. La mitad son mujeres, la mayoría en edad fértil. Se considera un grupo de especial problemática, con elevadas tasas de interrupción voluntaria del embarazo (IVE) por lo que es prioritario abordar su salud reproductiva.

OBJETIVO

Identificar la situación actual del empleo de métodos anticonceptivos de la mujer inmigrante.

CONCLUSIONES

La elección del método anticonceptivo por parte de la mujer inmigrante varía en función de su religión y/o cultura. El personal sanitario debe informar acerca de la anticoncepción de urgencia ya que es muy poco conocida y usada. El trabajo conjunto entre ginecología y atención primaria puede aportar ventajas en la atención a este colectivo desfavorecido.

REFERENCIAS

- Rodríguez Portilla N.E., Martínez Rojo C. Salud sexual y reproductiva, anticoncepción e interrupción voluntaria del embarazo en las mujeres inmigrantes latinoamericanas. *Enferm. glob.* 2011; 10 (23): 359-71.
- Barona-Vilar C, Más-Pons R, Fullana-Montoro A. Perceptions and experiences of parenthood and maternal health care among Latin American women living in Spain: A qualitative study. *Midwifery.* 2013; 29 (4): 332-7.
- Cleland J, Shah IH. La revolución de los anticonceptivos: todavía son necesarios esfuerzos específicos. *Anticonceptivos y derechos reproductivos.* *Lancet.* 2013; 381(9878): 1604-6.
- Paraiso Torras B, Maldonado del Valle MD, López Muñoz A, Cañete Palomo ML. Anticoncepción en inmigrantes mujeres: Influencia de los aspectos socioculturales de la elección del anticonceptivo método. *Medes.* 2013; 39(8): 440-4.

MÉTODO

Revisión bibliográfica en base de datos PubMed, Cochrane y Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales e Igualdad (Guías, Protocolos y Recomendaciones). Se utilizaron como palabras clave en la búsqueda: anticoncepción, migración, planificación familiar y salud de la mujer. Se han revisado estudios comprendidos entre los años 2006 y 2016. Se obtuvieron un total de 203 artículos, de los cuales al leer abstract y resumen se descartaron 149 por no tratar el objeto del estudio. Se usaron finalmente 54 publicaciones.

RESULTADOS

Las mujeres latinoamericanas suelen optar por el DIU como método anticonceptivo. El preservativo es poco utilizado por este colectivo debido al rechazo del hombre; por lo que es un grupo con alta tasa de embarazo no deseado y de infecciones de transmisión sexual. Entre las europeas del este también es el DIU el método más usado. Este grupo de mujeres las que tienen mayor tasa de IVE ya que en sus países de origen es prácticamente considerado otro método anticonceptivo. Las mujeres marroquíes optan por los anticonceptivos orales aunque la mayoría prefiere utilizar los métodos naturales. Las mujeres asiáticas son más partidarias de los métodos naturales relacionados con la medicina tradicional china. Entre las subsaharianas se usan poco los métodos anticonceptivos y, si lo hacen, suelen recurrir a métodos naturales.

Comunicación Núm. 408. Medidas de calidad de vida relacionada con la salud reportadas por los pacientes en la práctica clínica del SSPA. Rodríguez Barranco M, et al..

Comunicación Núm. 448. Preferencias de anticoncepción según el país de origen. Martos López IM, et al.

¿POR QUÉ VACUNAR A MI HIJO? PAPEL DE LAS TIC EN LA EDUCACIÓN SANITARIA?

Autores: Fátima Fernández García; Maribel Montoro Ortiz; M^a Mercedes Carrasco Racero.

Palabras clave: Vacunación infantil; información; padres; Internet.

OBJETIVOS

El éxito de los programas de vacunación depende, en gran medida, del papel de los profesionales sanitarios. No debemos olvidar la educación sanitaria y promoción de la salud como herramientas fundamentales para que nuestros pacientes adquieran el máximo nivel de autonomía favoreciendo así la excelencia en los cuidados.

El objetivo de este estudio es conocer el tipo de información que reciben los padres sobre las vacunas infantiles y de donde la obtienen.

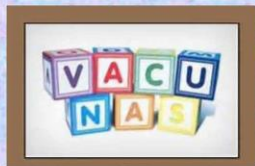
METODOLOGÍA

Se trata de un estudio observacional descriptivo transversal. La población de estudio han sido los padres de niños menores de 2 años pertenecientes a la Zona Básica de Salud Serranía de Ronda, que acuden a la consulta de enfermería para vacunar a los niños o por otros motivos. La población inscrita de niños menores de 2 años en Diraya es de 152. Se ha considerado un tipo de muestreo consecutivo, es decir, todos los padres que vengan a la consulta durante el periodo en el que se recogieron los datos, de Marzo a Septiembre de 2016. Para recoger los datos de este estudio, se ha elaborado un cuestionario de preguntas cerradas que recoge información de las variables señaladas.



RESULTADOS

Se recogieron 63 cuestionarios de los padres que acudieron a la consulta de pediatría de los diferentes dispositivos de la ZBS Serranía de Ronda. La edad media fue de 32,54 y la desviación típica de 5,1. El 57,1% tenía estudios básicos; el 12,7% estudios superiores; y el 30,2% sin estudios. La fuente de información fue el pediatra en el 54% de los casos; la enfermera en el 3,2%; ambos en el 31,7%; y otras fuentes en el 11,1%. La información se recibió de forma verbal en el 52,4%; de forma escrita en el 1,6%; y por ambas fuentes en el 46%. La forma en que les llegó la información fue: de forma escrita en el 39,7%; por Internet en el 4,8%; ambas en el 6,3%; y por otras fuentes en el 49,2%.



CONCLUSIÓN

De los resultados de este trabajo se desprende que las madres son las que más acuden con sus hijos al Centro de Salud para la vacunación infantil. Que son madres adultas, el número de hijos que predomina es 1 y 2. El nivel de estudios es básico fundamentalmente. Concluimos que la información verbal es la que mayoritariamente se usa en la zona para asesoramiento en vacunas, que la fuente más usada es el pediatra, siendo enfermería poco demandada como única fuente de información. Hay un porcentaje elevado que usa las dos fuentes conjuntamente. Las TIC desempeñan un papel importante en el campo de la educación sanitaria pero aún están despejando por lo que habrá que dirigir el enfoque hacia un mayor aprovechamiento de este gran recurso.

Comunicación Núm. 465. ¿Por qué vacunar a mi hijo? Papel de las TIC en la educación sanitaria. Fernández García F, et al.

PREVENCIÓN DE LUMBALGIAS MEDIANTE EL METODO PILATES APLICADO BAJO LA SUPERVISIÓN DE UN FISIOTERAPEUTA

AUTORES : JUANA ROMERA MORCILLO, FRANCISCO JESÚS ARANDA GARCÍA, ALMUDENA JIMÉNEZ TORRES

ÁREA DE GESTIÓN SANITARIA NORDESTE DE GRANADA.

DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA:

El dolor de espalda, está considerado en la actualidad uno de los principales problemas de Salud Pública. Debido a su alta incidencia y carácter traumática como reumática como de otros orígenes, representa además una de las principales causas de absentismo laboral, con los consiguientes costes empresariales y sociales que se derivan de ello, por lo que no cabe duda de la importancia de la aplicación de estrategias de prevención del dolor de espalda.

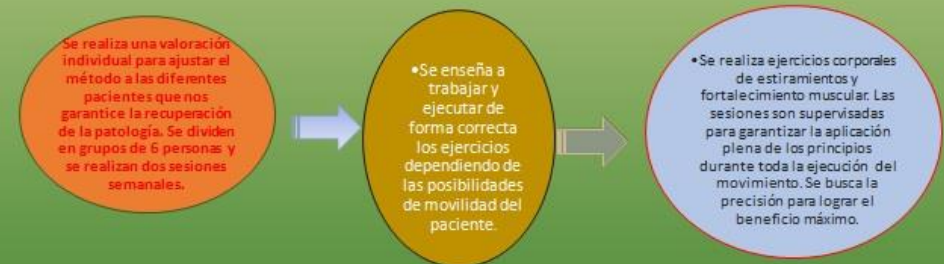
EL METODO PILATES:

Es capaz a través de sus ejercicios y siempre y cuando sea impartido por un fisioterapeuta conocedor de la patología general y específica tanto traumática como reumática como de otros orígenes, de mejorar la disfunción de estas estructuras alteradas pudiendo así evitar cirugías innecesarias, paliar los efectos negativos de patologías que no mejoran con ningún otro tratamiento, neutralizar la estructura ósea del raquí, tonificar toda la musculatura del core tanto a nivel concéntrico, como excéntrico, la estabilizadora y la movilizadora, y a través de toda esta mejora, es capaz por tanto de mejorar la calidad de vida y el dolor de los pacientes aquejados de patología lumbar.

OBJETIVOS DE LA INTERVENCIÓN:

- ✓ Trabajar a nivel corporal, previniendo lesiones y preparar el cuerpo para una movilidad equilibrada a la vez que funcional previniendo achaques y lesiones futuras.
- ✓ Implicación del paciente en la práctica regular de Pilates.
- ✓ Potenciar las capacidades individuales de cada cuerpo y corregir los desequilibrios estáticos y dinámicos.

PROCEDIMIENTO



LECCIÓN APRENDIDA

Los pacientes que han mantenido las dos sesiones de pilates semanales han ido consiguiendo un buen tono muscular, corregir su postura una educación postural, mejora del equilibrio y la coordinación, aumentar su flexibilidad disminución del dolor y una mejora en su salud pudiendo realizar mejor sus actividades de la vida diaria y laboral.

Comunicación Núm. 478. Prevención de lumbalgias mediante el método Pilates aplicados bajo la supervisión de un fisioterapeuta. Romera Morcilla J, et al.



EVALUACION DE LA ADHERENCIA A LA DIETA MEDITERRÁNEA EN LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERIA

Pérez Rodríguez, L.

Introducción

La modernización de la sociedad ha supuesto una serie de cambios a nivel social y cultural que afectan inevitablemente a los hábitos y preferencias alimentarias, especialmente entre la población más joven. Los estudiantes de enfermería forman parte de la población descrita, y además, hay que tener en cuenta que sus conocimientos serán esenciales en su futuro como profesionales de enfermería, pues tendrán un papel fundamental a la hora de impulsar la educación nutricional a la población en general para volver a instaurar unas pautas que mejoren el conocimiento de la dieta mediterránea.

Objetivo

Evaluar la adherencia a la dieta mediterránea en los estudiantes de enfermería.

Metodología

Para alcanzar el objetivo planteado se ha llevado a cabo un estudio observacional descriptivo cuya población de estudio son los estudiantes de enfermería de primer curso de la Facultad de Ciencias de la Salud de Granada en octubre del 2017. Los estudiantes, todos ellos mayores de edad, aceptan participar en la realización del cuestionario de adherencia a la dieta mediterránea de la Junta de Andalucía.

Este cuestionario, compuesto por 14 ítems, determina si el individuo tiene baja adherencia (<9) o buena adherencia (≥9) a la dieta mediterránea. Además, se tienen en cuenta otras variables como la edad, sexo, peso, talla, hábitos tóxicos, y residencia actual, para determinar la influencia en relación a la alimentación.

Para el análisis estadístico de las variables cuantitativas se ha empleado la media y la desviación estándar, mientras que para las variables cualitativas se han calculado los porcentajes.

Resultados

La muestra está constituida por 66 individuos de los cuales 80% son mujeres. La edad media es 18 años; IMC medio es 24,22 (dentro de rango normal); el 92,42% son NO fumadores; y en relación a si conviven con la familia, en piso compartido o en residencia los datos fueron 40%, 45% y 5% respectivamente.

ADHERENCIA A LA DIETA MEDITERRÁNEA

BUENA	48,50%
MALA	51,50%

PORCENTAJE DE ALIMENTOS DE MENOR CONSUMO

FRUTA	30%
VINO	5%
LEGUMBRES	45%
PESCADO Y MARISCO	20%
FRUTOS SECOS	5%

Conclusión

Tras analizar los resultados se ha detectado que la población joven de este estudio en su mayoría, presenta baja adherencia a la dieta mediterránea a pesar de que sus causas no sean el exceso en la toma de bebidas carbonatadas o repostería como se suele pensar, si no que es debido a que no se alcanzan las recomendaciones de consumo en cuanto a las porciones de frutas, legumbres, pescados y mariscos, frutos secos y vino. Por tanto, se considera necesario continuar incidiendo en estos aspectos mediante educación nutricional.

Palabras clave: dieta mediterránea, educación nutricional, salud pública

Re(formulando) la reunión de referentes de programas. Un ejemplo práctico: Jornadas de Trabajo PIOBIN. D.S. Málaga-Guadalhorce. ID 516

Prieto García, Nieves. Técnica de Promoción de Salud. Rodríguez Membrive, Mª Mar. Directora-Epidemióloga. Unidad de Prevención y Promoción de Salud. D.S. Málaga-Guadalhorce

Contexto y descripción del problema

La obesidad infantil es uno de los principales problemas de Salud Pública de nuestra comunidad. Según los últimos datos de la Encuesta Andaluza de Salud (2015-16) indican, con mediana de peso y talla de menores de 2 a 15 años, que el 19,7% de los menores tienen sobrepeso y el 11,3% obesidad. A pesar de ello, muchos centros sanitarios de nuestra área manifiestan que la población diana (Familias con niños con exceso de peso) no asisten al mínimo y si lo hacen no están motivados para el cambio. En los dos últimos años, dentro del área de Participación Ciudadana, han surgido experiencias comunitarias que abordan la problemática desde una visión de promoción y prevención y que están obteniendo buenos resultados de participación. Aprovechando la reunión semestral de los referentes de PIOBIN, unido a la demanda de un cambio de formato por parte de estos profesionales, nos planteamos llevar a cabo unas jornadas de trabajo con el objetivo principal del intercambio de estas experiencias. En relación a actividades con este formato, contamos con experiencias similares con resultados positivos ej.: Jornadas de evaluación anual de Trabajo Social y Jornadas de Consejo Dietético Intensivo (2012).

Descripción y objetivos de la intervención propuesta

Jornadas de trabajo de referentes de PIOBIN y profesionales/asociaciones que aborden la problemática en nuestra área. Proponiéndonos:
 -Conocer experiencias concretas innovadoras.
 -Conocer recursos locales complementarios al programa.
 -Consensuar mejoras a incorporar.
 -Valorar la satisfacción de los participantes con este formato de reunión.

Procedimiento e instrumentos desarrollados

Metodología: hoja de firmas y cuestionario de satisfacción ACSA dirigido a la evaluación de jornadas (9 preguntas escala Likert 0-10, siendo 0 más bajo grado de satisfacción y 10 más alto grado de satisfacción, y apartado de sugerencias/mejora)
 Resultados: 60 asistentes de diferentes categorías profesionales: Trabajo Social, Medicina de Familia, Pediatras y Enfermería. Además como ponentes asistieron: dos asociaciones y un profesional del Área de Medicina del Deporte del Ayuntamiento de Málaga.
 En relación al cuestionario de evaluación, se implementaron 37 cuyos resultados por ítem aparecen en los siguientes gráficos.


Lecciones aprendidas

Por los resultados obtenidos (satisfacción alta-muy alta en todas las áreas), recomendamos utilizar dicho formato en al menos una de las reuniones semestrales. Tras el análisis de los comentarios recibidos en el mismo cuestionario, se deduce un aumento de la motivación de los profesionales asistentes y el reconocimiento de nuestros propios activos en el abordaje de la obesidad infantil. Por último cabe destacar, como consecuencia a corto plazo de estas jornadas: la incorporación de la ponencia "Importancia de los 100 primeros días de vida" como una sesión más en la intervención avanzada grupal de algunos centros sanitarios (ej. USC Alhaurín el Grande) y el inicio de una línea de trabajo en materia de formación en el ámbito comunitario con la Unidad de Formación de Residencia de Medicina/Enfermería de Familia.

Como sugerencias de mejora (derivadas de los comentarios verbales y aportados en el cuestionario):
 -Invitar a participar como asistentes/docentes a asociaciones interesadas que formen parte de nuestra Comisión de Participación (el representante de ASEPO, hubiera querido asistir).

Comunicación Núm. 483. Evaluación de la adherencia a la dieta mediterránea en los estudiantes de enfermería. Pérez Rodríguez L.

Comunicación Núm. 516. (Re)formulando la reunión de referentes de programas. Un ejemplo práctico: Jornadas de trabajo PIOBIN. D.S. Málaga-Guadalhorce. Prieto García N.



**AREA SANITARIA
NORTE DE MALAGA**

PLAN EVACOLE EN LOS COMEDORES DE GESTION DIRECTA ÉXITOS Y CARENCIAS

Autores: Vázquez Corpas, M^a Ángeles; Torres Saura, Vanessa, Castillo Quesada, Esther del.
Área de Gestión Sanitaria Norte de Málaga
Antequera

INTRODUCCIÓN: La Encuesta Nacional de Salud de España 2011/12 expresó un importante aumento de la prevalencia de obesidad infantil española. Nuestro país ha sufrido grandes cambios en el modo de alimentación de los españoles. Las dietas tradicionales han sido reemplazadas por dietas más calóricas y mayores alimentos procesados, y descendió el consumo de alimento fresco. El resultado es un desequilibrio en el balance energético y un aumento de la prevalencia del sobrepeso y la obesidad.

Los comedores escolares desempeñan una función nutricional y educativa de gran relevancia tanto en población infantil como adulta por su labor de formación. A su vez, van aumentando los comedores de tipo "catering" (externalizados), frente a los tradicionales o de cocina propia.

En este contexto, desde las Unidades de Protección de la Salud se está trabajando desde el año 2010 en el entorno escolar, evaluando la oferta alimentaria y promocionando conductas alimentarias saludables dirigidas a la población infantil.

GENERAL

1. Contribuir desde la UPS a la mejora de uno de los objetivos prioritarios en Salud Pública: reducción de la obesidad infantil.

ESPECÍFICOS

1. Fomentar la educación nutricional en la escuela, que contribuya a la adquisición de hábitos saludables en los niños.

2. Conocer la situación y calidad nutricional de los menús escolares del ámbito del ASNM, evaluar resultados y rediseñar estrategias alternativas.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo.

Se establece comparativa de "verificaciones in situ" del EVACOLE en comedores escolares con cocinas propias y externalizadas, de sus requisitos nutricionales específicos y del grado de consumo de los niños.

En nuestra área se han estudiado siete comedores de gestión directa y siete del tipo comida externalizada durante los cursos 2014/2015 y 2015/2016, para contrastar la influencia de la implicación emocional de los monitores con el consumo de los productos menos apetecibles por los niños.

RESULTADOS: Del estudio de los catorce documentos de valoración de consumo se obtienen los siguientes resultados:



- ☐ Los niños comen más en los comedores con cocina "in situ de gestión directa". El papel de monitor es ejercido por los profesores y director, que también comen en él.
- ☐ Las evaluaciones documentales de los centros de gestión directa suelen presentar más carencias en su calidad nutricional, consumo semanal por grupos de alimentos, recetas diferentes, rotación de alimentos, además de la información a los padres relativa a la planificación de menús complementarios.

En la siguiente tabla, se detalla la distribución por tipo de establecimiento escolar

	GESTION DIRECTA	GESTION EXTERNALIZADA
CONSUMO	EXCELENTE/ ALTO	ALTO/ MODERADO
PALATABILIDAD	EXCELENTE/ ALTO	MODERADO
INFORMACION NUTRICIONAL	MEJORABLE	ÓPTIMO
DOCUMENTACION	MEJORABLE	ÓPTIMA

CONCLUSIONES: - Una causa probable que en los comedores con cocina de gestión directa los niños tengan una mejor respuesta y mayor consumo pueda deberse a que los profesores ejercen simultáneamente un papel de "cuidadores". Ellos conocen mejor a su alumnado, con la consiguiente relación afectiva que ello supone.

> Aunque los resultados muestren cumplimiento de las ratios en dotación de monitores en los comedores externalizados, la observación directa refleja una menor implicación afectiva y simplemente "sirven comida".

Comunicación Núm. 531. Plan Evacole en los comedores de gestión directa. Éxitos y carencias. Vázquez Corpas MA, et al.



Genómica



ROBOT DA VINCI

Vela Cuevas, Mercedes. DUE SAS
Gálvez Castro, M. Joaquina. DUE SAS
Del Corral Ávila, Esther. TEL SAS



La cirugía mínimamente invasiva a través de robots articulados ha despegado en los últimos años de forma vertiginosa, pero su elevado coste es aún una barrera que no permite su expansión. Presento en este trabajo a uno de los robots cirujanos más conocidos, el robot Da Vinci. Los estudios demuestran que aunque es caro (dos millones de euros aprox), es rentable.



OBJETIVOS

- 1.-Ofrecer al personal de enfermería conocimientos sobre esta técnica novedosa y cada vez más utilizada.
- 2.-Ofrecer al personal de enfermería las nociones mínimas de la técnica para poder abordar los posteriores cuidados de enfermería.
- 3.-Conocer los posibles riesgos para poder identificar las posibles complicaciones y su abordaje

PROCEDI
MIENTOS

El robot consta de 4 brazos, tres para operar y uno con una cámara. Se maneja desde una consola que puede dirigirse a kilómetros de distancia. El sistema que emplea el cirujano es muy intuitivo ya que a través de unos aros donde introduce sus dedos va realizando los mismos movimientos naturales como si estuviese realizando una cirugía tradicional. La operación se ve en tres dimensiones y con un aumento diez veces superior a lo normal, lo que facilita aún más el trabajo. También permite unos movimientos de 360 grados, algo que con el brazo de laparoscopia no se puede conseguir por su rigidez, y una firmeza en el pulso que hace al acto de la cirugía mucho más seguro y preciso. La cirugía urológica, ginecológica o general son los campos más comunes donde trabaja Da Vinci, pero no son los únicos, poco a poco va explorando nuevas especialidades. Pero Da Vinci no está solo en este mundo, llega un gran competidor, *Senhance*, un robot estadounidense con muchas ventajas que Da Vinci no tiene y que sólo un hospital italiano lo posee; *Rosa*, un robot para neurocirugía; y el diseñado por un ingeniero andaluz y que es un prototipo sin comercializar, el *Broca*, cuya ventaja sobre el Da Vinci, a parte del coste y dimensiones, es que transmite las sensaciones que percibe el cirujano ante un tejido blando o duro.


LECIONES
APRENDIDAS

- Se usa aún en un escaso número de operaciones (entre un 2 y un 5%, según varias estimaciones), la mayoría de urología, ginecología o cirugía general.
- El profesional sanitario debe reciclarse ante técnicas novedosas como la cirugía mínimamente invasiva, el uso de robots, material, postoperatorio inmediato de estos pacientes, evolución tras la cirugía...

Comunicación Núm. 248. Robot Da Vinci. Vela Cuevas M, et al.

Gracia Fernández Ruiz
Rosario Guijo López

VENTAJAS DE UN SISTEMA DE GESTIÓN ELECTRÓNICA PARA MEDICAMENTOS EN INVESTIGACIÓN (ENSAYOS CLÍNICOS)



MARCO CONCEPTUAL

Una buena prestación sanitaria, necesita obligatoriamente el estudio, ensayo y seguimiento continuado de nuevos fármacos. Todo este proceso necesita claramente del apoyo de gestión electrónica capaz de guardar, comparar y analizar resultados y por tanto se convierte en herramienta en el avance y mejora de la calidad socio-sanitaria. Por ello, se ha puesto en marcha un nuevo proyecto en la farmacia hospitalaria consistente en una nueva aplicación informática que coordine, unifique las necesidades y los resultados de cuantos ensayos clínicos se lleven a cabo.

OBJETIVOS

- ✓ Señalar la viabilidad, a través de datos constatados, de un sistema informático que garantice cubrir las necesidades farmacéuticas del paciente controlando en tiempo real todos los datos necesarios del ensayo clínico.
- ✓ Interrelacionar la gestión del Comité Ético de Investigación (CEI) y el Área de ensayos clínicos (AEC) dentro del servicio de farmacia hospitalaria, en su apartado de investigación.
- ✓ Evaluar y cuantificar el impacto que el uso de las nuevas tecnologías suponen en el avance e investigación a través de los ensayos clínicos.
- ✓ Evaluar y cuantificar la repercusión directa que tiene sobre el paciente sometido a tales programas de investigación.

METODOLOGÍA

Se realizó una revisión bibliográfica narrativa. La búsqueda inicial incluía los términos: **farmacia hospitalaria, comité de investigación, ensayo clínico y calidad sanitaria**. La búsqueda se realizó en la base de datos de internet y Dialnet, el estudio se realizó desde 2011 al 2015. De un total de quince artículos, la revisión se centró en cinco artículos.

RESULTADOS

- ✚ Interrelación entre los interesados: El sistema cuenta con una serie de módulos de trabajo y de apoyo que posibilita el acceso y la relación entre el solicitante del ensayo, investigador, personal de farmacia hospitalaria e incluso laboratorio fabricante.
- ✚ Control de los medicamentos de ensayo: El sistema informático controla las existencias, caducidades, entradas, lotes, devoluciones de pacientes, etc.
- ✚ Mantenimiento de un archivo electrónico ordenado, seguro de acceso controlado.
- ✚ Recopilación de datos para el promotor (contabilidad, trazabilidad, adherencia del paciente a los medicamentos).
- ✚ Aumento de la seguridad al paciente: control exhaustivo en cuanto a dispensación de fármacos de ensayo.
- ✚ Reducción del impacto medioambiental: reducción de papel.

CONCLUSIONES

La herramienta informática, como enlace de unión entre AEC, CEI y farmacia hospitalaria, mejora la calidad asistencial proporcionando una base segura para la investigación, que repercutirá positivamente a toda la sociedad avanzando a través de los ensayos clínicos permitiendo mejorar los estándares de calidad y consiguiendo mayor eficacia.

Comunicación Núm. 253. Ventajas de un sistema de gestión electrónica para medicamentos en investigación (ensayos clínicos). Fernández Ruiz G, et al.

NECESIDAD DE FORMACIÓN DE ENFERMERÍA EN GENÉTICA Y GENÓMICA

MARÍA BELÉN RODRÍGUEZ SÁIZ
NURIA ESTÉBANEZ LUCIO
MARÍA DEL MAR PEÑA MUÑOZ

INTRODUCCIÓN

Genética es el campo de la biología que estudia los mecanismos que regulan la transmisión de los caracteres hereditarios y sus expresiones en los organismos vivos, tanto físicas como de personalidad. La genética tiene al organismo vivo como centro de observación.

Genómica es el estudio de todos los genes del genoma humano; el origen, el desarrollo y el funcionamiento de los genomas.

Genética y genómica son campos de la ciencia complementarios y útiles para comprender las relaciones moleculares de los seres vivos. La genética y la genómica han pasado a ocupar un lugar fundamental en la salud y han repercutido en la práctica profesional en muchos ámbitos.

El tener conocimientos amplios en genética nos identifica como profesionales más cualificados para trabajar con las diferencias individuales de cada paciente y asistir con mayor eficacia al cuidado integral de su salud.

Muchas situaciones médicas de alta prevalencia, como el cáncer, enfermedades cardiovasculares o diabetes, además de estar influenciadas por los estilos de vida y factores ambientales, están mediadas por unos factores genéticos implicados en su origen, que empiezan a conocerse. Esta combinación de factores genéticos y ambientales determina la susceptibilidad de una persona a padecerlas.

Parte de nuestras acciones e intervenciones preventivas deberían ir dirigidas en función del riesgo genético que presenten estos individuos.

El Proyecto de Investigación Internacional sobre el Genoma Humano (Human Genome Project) iniciado en 1990 nos ha aportado importantes avances científicos en el diagnóstico, tratamiento, seguimiento y pronóstico de muchas enfermedades. El hallazgo de genes responsables de algunas enfermedades permite identificar a los individuos portadores de determinadas mutaciones o alteraciones genéticas que suponen un riesgo muy superior al resto de la población para desarrollar enfermedades de transmisión hereditaria.

MATERIAL Y MÉTODO

Se ha realizado una revisión integrativa de artículos, revisiones y editoriales en Cochrane Plus, Cuiden Plus, Scielo, Pubmed, Scopus y Google académico bajo los descriptores **genética; genómica; enfermería**. Selección primaria de artículos y lectura de resúmenes. Lectura completa de artículos en una segunda criba.

La pregunta que orientaba la revisión: **¿Cómo afectan en la práctica diaria enfermera las tendencias actuales en genética y genómica?**

Los criterios de inclusión son: Artículos en español, inglés y portugués. Fecha de publicación: desde 2011.

57 estudios contenían 2 descriptores y 19 contenían los 3 descriptores. Se hizo un análisis crítico de estos 19 estudios identificando sus aportaciones más relevantes.

CONCLUSIONES

La nueva Atención Primaria del siglo XXI debe abarcar más ámbitos de actuación y competencias intersectoriales. La prevención secundaria o el diagnóstico precoz de enfermedades de las que se conocen sus factores de riesgo y su historia natural está permitiendo detectar estadios precoces en enfermedades de alta prevalencia.

Deben adecuarse los programas de cribado al riesgo individual y familiar de las personas, realizándose un seguimiento personalizado y continuo desde la Atención Primaria de Salud en coordinación con la Atención Especializada de Salud.

El avance de la genómica y genética abre las puertas a una nueva Salud Pública y a unos profesionales de la salud comprometidos con estos cambios. El desarrollo de la profesión enfermera debe ir en concordancia a las demandas de la sociedad y a los avances de la ciencia.

BIBLIOGRAFÍA

Morales M, Rodríguez S, Estébanez L, Peña Muñoz M. Necesidad de formación de enfermería en genética y genómica. *Revista Española de Enfermería*. 2017;29(1):1-10.
 Rodríguez S, Estébanez L, Peña Muñoz M, Morales M. Necesidad de formación de enfermería en genética y genómica. *Revista Española de Enfermería*. 2017;29(1):1-10.
 Rodríguez S, Estébanez L, Peña Muñoz M, Morales M. Necesidad de formación de enfermería en genética y genómica. *Revista Española de Enfermería*. 2017;29(1):1-10.
 Rodríguez S, Estébanez L, Peña Muñoz M, Morales M. Necesidad de formación de enfermería en genética y genómica. *Revista Española de Enfermería*. 2017;29(1):1-10.
 Rodríguez S, Estébanez L, Peña Muñoz M, Morales M. Necesidad de formación de enfermería en genética y genómica. *Revista Española de Enfermería*. 2017;29(1):1-10.
 Rodríguez S, Estébanez L, Peña Muñoz M, Morales M. Necesidad de formación de enfermería en genética y genómica. *Revista Española de Enfermería*. 2017;29(1):1-10.
 Rodríguez S, Estébanez L, Peña Muñoz M, Morales M. Necesidad de formación de enfermería en genética y genómica. *Revista Española de Enfermería*. 2017;29(1):1-10.
 Rodríguez S, Estébanez L, Peña Muñoz M, Morales M. Necesidad de formación de enfermería en genética y genómica. *Revista Española de Enfermería*. 2017;29(1):1-10.
 Rodríguez S, Estébanez L, Peña Muñoz M, Morales M. Necesidad de formación de enfermería en genética y genómica. *Revista Española de Enfermería*. 2017;29(1):1-10.
 Rodríguez S, Estébanez L, Peña Muñoz M, Morales M. Necesidad de formación de enfermería en genética y genómica. *Revista Española de Enfermería*. 2017;29(1):1-10.

OBJETIVOS

- Conocer las implicaciones de la genética y la genómica dentro de la práctica enfermera.
- Definir y diferenciar genética y genómica.
- Describir la importancia de la formación en genética que debe poseer el profesional de enfermería.

PALABRAS CLAVE

Enfermería; Genética; Genómica; Consejo genético.

RESULTADOS

Muchos hallazgos de mutaciones o alteraciones genéticas están fundados en estudios de familias de alto riesgo o grupos seleccionados. Los resultados de estos estudios orientan a los profesionales a enfocar sus tratamientos y sus recomendaciones preventivas a los individuos y a sus familiares. El estudio genético conlleva múltiples implicaciones éticas, médicas, psicológicas y legislativas que deben ser consideradas.

Los avances en genética y biotecnología abren nuevos horizontes y un campo de acción muy importante para la Salud Pública. Es necesario identificar los factores de riesgo modificables que interactúan con alteraciones genéticas y que pueden utilizarse para establecer intervenciones preventivas.

El impacto del diagnóstico del estudio genético varía con cada gen, enfermedad y familia. La población necesita ayuda profesional para entender el significado de los resultados de los estudios genéticos. Un resultado positivo nos permite optimizar los programas de seguimiento y prevención en los pacientes portadores de la alteración genética, pero puede desencadenar problemas socio-psicológicos que requieren la ayuda de profesionales expertos en consejo genético.

El futuro de la genómica y genética en la salud pública comienza por el desarrollo de estudios genéticos, servicios de prevención y promoción de la salud, evaluación y seguimiento de individuos y familias de riesgo, consejo genético y formación de profesionales en genética, todo ello dentro del marco de la Atención Primaria de Salud.



Búsqueda de marcadores genéticos para cribado de enfermedad cardiovascular en pacientes con diabetes mellitus tipo 2



Autores: Daniel Pérez Bartivas (1), Nahia Auzmendi Rodríguez (1), Sonia Morales Santana (2,3), Manuel Muñoz Torres (1,3).

1. Instituto de Investigación Biomédica de Granada, España.
2. Servicio de Investigación de Precofemia. Instituto de Investigación Biomédica de Granada, España.
3. CIBERFES

*sonia.morales.exts@juntadeandalucia.es

MARCO CONCEPTUAL Y/O ANALÍTICO

La diabetes mellitus tipo 2 (DM2) es una enfermedad crónica causada por defectos en la secreción y/o en la acción de la insulina. Dicha enfermedad constituye actualmente un problema de salud a nivel mundial. Su impacto en la salud de la población se debe, no solo a la propia diabetes tipo 2, sino a las complicaciones derivadas de ésta, principalmente por la enfermedad cardiovascular (ECV). Por ello, es necesario encontrar biomarcadores genéticos de predisposición a ECV y poder realizar cribados preventivos en la población de pacientes con DM2. Para ello, nos enfocamos en la vía WNT, vía que se ha encontrado recientemente asociada a enfermedad cardiovascular. Como respuesta a este problema, en este estudio se pretende hallar marcadores genéticos de la susceptibilidad a la ECV en los diabéticos tipo 2, enfocándonos en dos proteínas inhibidoras de la vía Wnt implicada en ECV.

OBJETIVOS

Evaluar polimorfismos genéticos asociados a inhibidores de la vía WNT y su relación con sus niveles proteicos circulantes, concretamente con esclerostina (gen SOST) y Dickkopf-1 (gen DKK1).

METODOLOGÍA

Los polimorfismos de SOST (rs4792909 G > T) y DKK1 (rs17333724 G > A) se seleccionaron de zonas reguladoras de los genes a estudiar, de tal forma que pudiera observarse un efecto en la expresión de las variantes alélicas o genotipos de los genes y los niveles séricos de las proteínas asociadas, esclerostina y DKK1. Se realizó un estudio transversal retrospectivo con 230 pacientes con DM2 (20% con ECV, 80% sin ECV). Se extrajo ADN a partir de muestras de sangre total obtenidas y gestionadas por el nodo de Granada del Biobanco del Sistema Sanitario Público de Andalucía. El genotipado de las muestras fue realizado mediante la técnica de la reacción en cadena de la polimerasa a tiempo real, con ensayos de discriminación alélica mediante sondas Taqman. La medida sérica de esclerostina y Dkk1 se realizó mediante técnicas ELISA.

RESULTADOS

Genotipado	Dominante		p	OR (IC)
	DM2+ECV n(%)	DM2-ECV n(%)		
(GG)	15 (34,1)	66 (35,5)		1
(GT+TT)	29 (65,9)	120 (64,5)	0,862	0,940(0,471-1,879)

Tabla 1. Distribución genotípica del polimorfismo SOST rs4792909 (G>T) en la población de estudio. Evaluación de un modelo de herencia dominante. Pacientes con DM2 estratificados por la presencia o ausencia de eventos CV

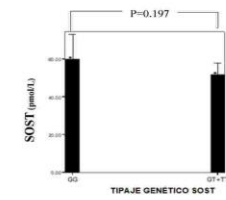


Figura 1. Comparación de las medias de niveles séricos de SOST según un modelo dominante: portadores del alelo minoritario (GT+TT) frente a no portadores (GG)

Genotipado	Dominante		p	OR (IC)
	DM2+ECV n(%)	DM2-ECV n(%)		
(GG)	32 (72,7)	115 (60,2)		1
(GA+AA)	12(27,3)	76 (39,8)	0,125	1,762(0,854-3,635)

Tabla 2. Distribución genotípica del polimorfismo DKK1 rs17333724 (G>A) en la población de estudio. Evaluación de un modelo de herencia dominante. Pacientes con DM2 estratificados por la presencia o ausencia de eventos CV

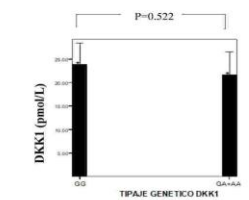


Figura 2. Comparación de las medias de niveles séricos de DKK1 según un modelo dominante: portadores del alelo minoritario (GA+AA) frente a no portadores (GG)

CONCLUSIONES

La comparación de los niveles séricos de SOST según su genotipo, y el genotipado del polimorfismo de DKK1 tienden a la significación, por lo que podrían estar asociados a la presencia de ECV en pacientes diabéticos y ejercer un efecto sobre los niveles séricos de las proteínas asociadas esclerostina y Dkk1. Sin embargo, al ser éste un estudio preliminar, es necesario aumentar el tamaño muestral y corregir los datos por factores de riesgo cardiovascular para obtener datos definitivos acerca de la posible asociación de estos polimorfismos con la ECV en DM2

AGRADECIMIENTOS: Este proyecto ha sido realizado gracias a la concesión de los proyectos PI-0514-2012 y FEIOMM 2017

EL SABER DEL GENOMA HUMANO EN SALUD PÚBLICA

María Gema Ruiz Padilla, María Francisca Delgado López, Blanca María García Vilchez.

El desciframiento del código genético de varias especies y en especial del ser humano, representa uno de los mayores avances logrados hasta hoy. El desciframiento del código genético tiene un potencial de transformación del saber y de las prácticas relacionadas con la vida y han dado lugar a discusiones sobre la naturaleza y el sentido mismo de la vida y su futuro.

OBJETIVOS: La genómica ha facilitado la identificación y comprensión de las formas de organización y función de los genes de los organismos promoviendo la incorporación de los hallazgos y descubrimientos de la ciencia genómica a la práctica de la salud pública para mejorar las intervenciones diseñadas, diagnosticar, prevenir y controlar las principales enfermedades crónicas, infecciosas, ambientales y ocupacionales, lo que permitirá como efecto reducir o eliminar inequidades sociales.

Las principales áreas de aplicación del saber genómico en salud pública se encuentran en el conocimiento temprano de la predisposición a ciertas enfermedades, la genómica de la conducta y el genoma y la percepción que tenemos de nosotros mismos.

ASPECTOS:

- Consideraciones sobre la relación entre ciencia y vida.
- Áreas de aplicación del saber genómico en salud pública.
- Interrogantes suscitadas y aún no resueltas por el genoma.
- Paradigma integrador de la vida y la salud.
- Las interrogantes aún no resueltas, tienen trascendencia para la sociedad y la salud pública.
- Privacidad y justicia en el uso e interpretación de la información genética.
- Integración clínica de las nuevas tecnologías.
- Cuestiones afines a la investigación genética.
- Implicaciones y retos del avance genético en la educación pública.

El campo del conocimiento de la salud pública empieza a ampliarse de manera ilimitada con las interrogantes que introduce el nuevo saber, de la mano del desciframiento del ADN. Las prácticas preventivas y en especial en detección precoz de enfermedades con las consiguientes modificaciones de hábitos y estilos de vida, tienen ahora nuevas posibilidades y muchísimos cuestionamientos ante la aplicación efectiva pruebas genéticas.

Los profesionales que nos dedicamos al campo de la salud, estamos en la obligación de dar a estas preocupaciones un carácter de prioridad, si queremos estar a la altura de nuestro compromiso personal y de nuestra responsabilidad social. Tenemos el deber de acercarnos a ellos, y de tratar de comprender su significado, sus potencialidades y sus riesgos con la salud pública.



ALTERACIONES EN LA EXPRESIÓN DE lncRNA EN ADENOCARCINOMA DE PULMÓN



Arenas Molina, Alberto M.^{1,3}; Fernández Coira, Isabel^{2,3}; Cuadros Celorio, Marta^{2,3}; Medina Vico, Pedro^{1,3}
¹Departamento de Bioquímica y Biología Molecular I, Facultad de Ciencias, Universidad de Granada.
²Departamento de Bioquímica y Biología Molecular III e Inmunología, Facultad de Medicina, Universidad de Granada.
³Centro Pfizer - Universidad de Granada - Junta de Andalucía de Genómica e Investigación Oncológica (GENYO)

ABSTRACT:

lncRNAs are non-coding RNA transcripts larger than 200 bp which can fulfill several regulating functions in the cell. Some lncRNAs have been found to be up or downregulated in tumoral cells, so it is believed that they might have a role in tumoral development or, at least, they could be used as a biomarker for the disease. In this piece of work we tried to identify lncRNAs which have an altered expression in tumoral lung adenocarcinoma samples compared to normal tissue. Three lncRNAs (DLG2AS1, DLX6AS1 and DLX6AS2) were found to be downregulated in tumoral samples, so further studies could be done in order to validate them as lung adenocarcinoma biomarkers or unravelling their exact role in tumoral development.

OBJETIVO:

El objetivo de este trabajo es analizar los cambios de expresión de 90 lncRNAs entre muestras de pacientes con adenocarcinoma de pulmón tumorales y normales. Se seleccionarán aquellos con una clara tendencia a estar sobreexpresados o regulados a la baja para validar los resultados y obtener así posibles candidatos a ser usados como biomarcadores para el adenocarcinoma de pulmón, o realizar estudios más en profundidad y dilucidar su rol en el desarrollo tumoral.

MATERIALES Y MÉTODOS:

I. CUANTIFICACIÓN POR RT-qPCR, ANÁLISIS DE RESULTADOS Y SELECCIÓN DE lncRNA CANDIDATOS: se realizó un cribado inicial de 90 lncRNAs con el panel *lncRNA Profiler* de SBI, del cual se seleccionaron aquellos lncRNAs con una sobreexpresión o regulación a la baja del lncRNA en todas las muestras.

II. BÚSQUEDA DE SECUENCIAS DE lncRNA CANDIDATOS: se buscó en diversas bases de datos genómicas las secuencias de los candidatos. Se realizaron alineamientos para aquellos con más de una isoforma para obtener la secuencia consenso.

III. DISEÑO Y OPTIMIZACIÓN DE CEBADORES ESPECÍFICOS PARA LOS lncRNA CANDIDATOS: se diseñaron cebadores para las secuencias encontradas y se comprobó su especificidad por amplificación por PCR y posterior electroforesis en gel de agarosa, debiéndose observar una sola banda.

IV. VALIDACIÓN DE LOS lncRNA CANDIDATOS: se volvió a cuantificar por RT-qPCR la expresión de los lncRNA candidatos en muestras tumorales y normales con los cebadores sintetizados. Se normalizaron los resultados con la expresión de un gen de referencia (U1 snRNA) y se calculó el cambio de expresión tumoral/normal.

BIBLIOGRAFÍA:

- [1] Lee, G. L., Dobi, A. & Srivastava, S. "Prostate cancer: Diagnostic performance of the PCA3 urine test". *Nat. Rev. Urol.* 8, 123–124 (2011).
- [2] Ji, P. et al. (2003). "MALAT-1, a novel noncoding RNA, and thymosin β_4 predict metastasis and survival in early-stage non-small cell lung cancer". *Oncogene* 22, 8031–8041 (2003).

RESULTADOS:



Tabla 1. Panel inicial de 90 lncRNAs analizadas. En verde, genes con amplificación correcta en todas las muestras; en amarillo, lncRNA con amplificación correcta en algunas muestras e incorrecta en otras; y en rojo, lncRNA con amplificación incorrecta en todas las muestras.

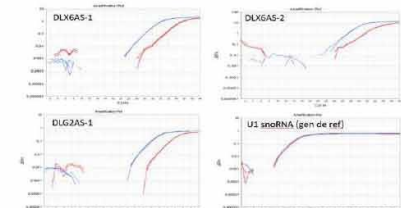


Figura 1. Curvas de amplificación de los lncRNAs DLG2AS1, DLX6AS1 y DLX6AS2 y el gen de referencia U1. Se observa una menor expresión de los 3 lncRNAs en muestras tumorales (rojo) frente a las normales (azul).

PACIENTE	DLG2AS-1	DLX6AS-1	DLX6AS-2
33	0,29	0,23	0,47
36	0,13	0,15	0,20
50	0,64	0,43	0,60
32	0,55	0,53	0,57
17	0,28	0,21	0,38

Tabla 2. Cambios de expresión tumoral/normal de los 3 lncRNA candidatos en 5 pacientes analizados. En rojo, aquellos cambios inferiores a 0,5 (significativamente regulado a la baja).

CONCLUSIONES:

De los 90 lncRNAs analizadas, se han hallado 3 candidatos (DLG2AS1, DLX6AS1 y DLX6AS2) que se hallan significativamente regulados a la baja en las muestras tumorales comparadas con las normales.

Ya anteriores estudios han demostrado que algunos lncRNAs pueden ser usados como biomarcadores en el diagnóstico del cáncer de próstata (PCA3) [1] o indicadores de riesgo metastático en cáncer de pulmón (MALAT-1) [2], por lo que un estudio más amplio con mayor número de muestras de paciente sería necesario para validar estos lncRNAs como biomarcadores del adenocarcinoma de pulmón.

Por otro lado, sería posible también estudiar el papel molecular exacto que cumplen estos lncRNAs en el desarrollo tumoral y comprobar si, al hallarse su expresión regulada a la baja en cáncer, funcionarían como genes supresores de tumores al restaurar su expresión en líneas celulares de pulmón.

Perfil de microARNs exosomales como herramienta diagnóstica y pronóstica en el cáncer de mama

A. Rodríguez-Martínez, D. deMiguel-Pérez, FG Ortega, M. Martínez-Ruiz, J. Lorente, MJ Serrano



OBJETIVO

Estudiar el valor diagnóstico y pronóstico de perfiles de expresión de microARNs contenidos en exosomas procedentes de suero en pacientes con cáncer de mama.

INTRODUCCIÓN

Los exosomas son pequeñas vesículas extracelulares (40–150 nm de diámetro) que contienen lípidos, proteínas [1], ARNm y microARNs [2]. Son secretados por la mayoría de células tanto en procesos patológicos como fisiológicos y juegan un importante papel en la comunicación celular. Los exosomas están presentes en la mayoría de fluidos biológicos (sangre, saliva, orina, etc) [3], por lo que son accesibles de forma no invasiva para los pacientes. Los microARNs son de gran interés ya que son un tipo de ARN no codificante de pequeño tamaño involucrados en la regulación de la expresión génica. Estudios previos han expuesto que los exosomas derivados de tumor pueden contener microARNs específicos que juegan un papel clave en el desarrollo del tumor, la formación del nicho premetastásico y la resistencia a fármacos [4,5]. Por esta razón, los microARNs exosomales son biomarcadores candidatos para el diagnóstico y seguimiento del cáncer de mama (CaM), utilizando la biopsia líquida como herramienta a tiempo real para obtener información sobre el tumor y las metástasis.

MATERIAL Y MÉTODOS

En este estudio prospectivo se incluyeron 49 mujeres diagnosticadas de cáncer de mama localmente avanzado (CMLA) en tratamiento con quimioterapia neoadyuvante, 6 con cáncer de mama metastásico (CMM) y 8 voluntarios sanos procedentes del Hospital San Cecilio (Granada). Se recogieron 2ml de suero y 15ml de sangre periférica para el estudio de microARNs y la enumeración de células tumorales circulantes (CTCs) respectivamente. En el caso de las pacientes con CMLA se realizó un seguimiento durante el tratamiento con el siguiente esquema:



Los exosomas fueron aislados del suero por medio de ultracentrifugación y los microARNs fueron obtenidos del pellet resultante. Se estudió un panel de 6 microARNs (miR-21, miR-221, miR-222, miR-105, miR155, miR34) por PCR cuantitativa a tiempo real. El aislamiento de las CTCs fue realizado separación inmunomagnética. Los resultados obtenidos se asociaron con las variables clinicopatológicas de los pacientes.

RESULTADOS

El protocolo de ultracentrifugación utilizado para el aislamiento de exosomas presentes en el suero de pacientes, fue validado previamente utilizando el medio de cultivo de células tumorales.

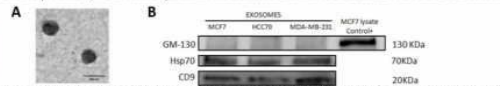


Figura 1. Presencia de exosomas purificados tras el proceso de ultracentrifugación. Los exosomas obtenidos fueron visualizados mediante microscopía electrónica de transmisión (A). La pureza de la fracción obtenida fue demostrada mediante Western blot por la ausencia del marcador de Golgi GM-130 y la presencia de Hsp70 y CD9, marcadores específicos de exosomas.

Características	n	miR21	miR222	miR221	miR105	miR155
Edad						
<50	27	1.118	0.983	1.500	1.581	0.987
≥50	22	1.051	1.240	1.370	1.380	1.002
Menopausia						
Pre	30	1.179	0.930	1.381	1.474	1.004
Post	19	1.024	1.249	1.288	1.387	1.000
T						
T1	27	1.285	0.829*	1.375	1.370	1.000
T2	22	1.087	1.268	1.379	1.384	1.007
N						
0	26	1.042	1.000	1.519	1.467	0.951
1	23	1.048	1.244	1.342	1.373	0.948
Receptor de estrógenos						
Positivo	13	1.019	0.812	1.221	1.371	1.140
Negativo	36	1.062	1.242	1.380	1.376	0.981
Receptor de progesterona						
Positivo	17	1.015	0.775	0.981	1.383	1.138
Negativo	32	1.111	1.268	1.388	1.374	1.017
HER2						
Positiva	11	1.285	0.848	1.286	1.430	1.080
Negativa	38	1.057	1.244	1.379	1.376	1.019
HER1						
Positiva	8	1.147	0.438	0.504	1.132	1.119
Negativa	41	1.018	1.268	1.381	1.379	1.018
Clasificación de Perou						
Basal-like	0	1.100	0.774	1.100	1.000	1.117
Luminal A	1	1.000	0.774	1.100	1.000	1.117
Luminal B	27	1.044	0.876	1.119	1.370	1.015
Herceptin	8	1.080	0.786	1.000	1.387	1.000

Tabla 1. Asociación entre miARNs al diagnóstico y variables clinicopatológicas. Obtuvimos una asociación significativa entre niveles elevados en la expresión de miR21 y un mayor tamaño tumoral, así como una mayor expresión de miR222 en pacientes sin expresión del receptor de progesterona.

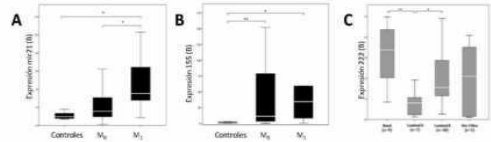


Figura 2. Expresión de miARNs, estadio tumoral y clasificación de Perou. Pudimos observar diferencias significativas en los niveles de expresión de miR21 entre las pacientes con CMM y las diagnosticadas de CMLA (p=0,027), así como las con CMM y los donantes sanos (p=0,013) (A). Además, se encontraron diferencias significativas en los niveles de expresión de miR105 entre los donantes sanos y las diagnosticadas de CMLA (p=0,018), así como de CMM (p=0,029)(B). Por otro lado pudimos observar un patrón diferencial en la expresión de miR222 entre los distintos grupos de la clasificación de Perou, siendo significativamente inferior la expresión de miR222 en pacientes Luminal A que en los tipo Basal y luminal B.

RESULTADOS

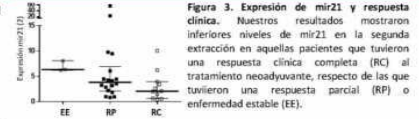


Figura 3. Expresión de miR21 y respuesta clínica. Nuestros resultados mostraron inferiores niveles de miR21 en la segunda extracción en aquellas pacientes que tuvieron una respuesta clínica completa (RC) al tratamiento neoadyuvante, respecto de las que tuvieron una respuesta parcial (RP) o enfermedad estable (EE).

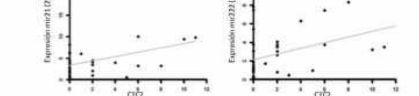


Figura 4. Relación entre la expresión de miARNs y el número de CTCs. Los análisis de correlación de Spearman realizados mostraron una relación significativa entre mayor número de CTCs presentes en la sangre de los pacientes tras 4 ciclos de QT neoadyuvante (CTC2) y niveles más elevados de miR21 en el mismo momento (p=0,048), así como niveles más elevados de miR222 (p=0,019).

CONCLUSIONES

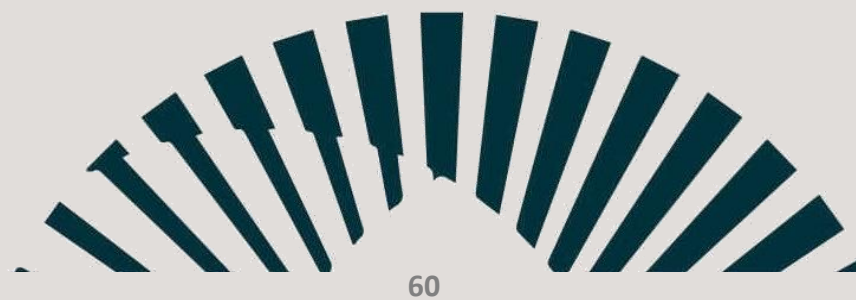
- Los niveles exosomales del oncomir21 al diagnóstico fueron superiores en los pacientes con CMM y en los pacientes de CMLA con mayor tamaño tumoral (T=III-IV) indicando que existe una relación entre su detección en suero y la carga tumoral de paciente. Así mismo, la expresión de miR21 tras 4 ciclos de QT neoadyuvante es inferior a medida que existe una mejor respuesta clínica al tratamiento administrado.
- Los niveles de miR155 al diagnóstico fueron superiores tanto en pacientes con CMM como en pacientes con CMLA respecto a los controles sanos.
- Existe una correlación entre un mayor número de CTCs detectadas y los niveles elevados de miR21 y miR222 tras 4 ciclos de QT neoadyuvante .
- El análisis del perfil exosomal de microARNs en muestras de biopsia líquida puede ser una herramienta complementaria para la mejora del diagnóstico y el seguimiento de los pacientes con cáncer de mama.

AGRADECIMIENTOS

Beca de Formación del Profesorado Universitario FPU 2014. REF FPU14/05461.

REFERENCIAS

1. Serrano M, Ruzos B. *Qm Gen Biol* (2008)
2. Bhatnagar S, et al. *J Cell Physiol* (2005)
3. Jafari S, et al. *J Transl Med* (2011)
4. Ghossein C, et al. *Oncotarget* (2014)
5. Zhou W, et al. *Cancer Cell* (2014)



Estudios de prospectiva



ALTERNATIVAS NO FARMACOLÓGICAS PARA ALIVIO DEL DOLOR DURANTE EL PARTO

INTRODUCCIÓN

El dolor del parto es una experiencia multidimensional y única como respuesta fisiológica a un estímulo orgánico, que no todo el mundo soporta de la misma forma.

OBJETIVOS

Determinar las diferentes medidas no farmacológicas existentes y comprobar su eficacia en el trabajo del parto.

METODOLOGÍA

Se realiza una búsqueda bibliográfica en las bases de datos de Lilacs, Medes, Pubmed y Csicys; usando como descriptores: dolor del parto, terapias no farmacológicas. Se seleccionan 27 artículos para nuestra revisión publicados entre 2012y 2015.

RESULTADOS

La medida que alivia mejor el dolor es la epidural, pero aparte existen otras medidas que son no farmacológicas

Medidas no farmacológicas: inmersión en agua, libertad de movimientos, inyección de agua estéril, masaje, terapia eléctrica de estimulación nerviosa a través de la piel (TENS), óxido nitroso, técnicas de relajación, acupuntura, musicoterapia, hipnosis, aromaterapia y reflexoterapia.

CONCLUSIONES

Se puede concluir que entre todas las medidas no farmacológicas que existen para el alivio del dolor durante el trabajo de parto que la inmersión de agua y el masaje son los métodos con mayor eficacia y efectividad para el alivio del dolor, reducir el estrés y la ansiedad que este dolor genera.

Autoras: Sara Maldonado Santos; Ana Belén Diéguez Juliá; Emilia Gómez Rodríguez

Comunicación Núm. 61. Alternativas no farmacológicas para alivio del dolor durante el parto. Maldonado Santos S, et al.

Cómo mejorar la experiencia de los pacientes ante una polisomnografía

Delgado Lozano, Carmen (DUE); Millán Fernández, Carmen Inmaculada (TCAE) de la UGC Neumología del HUVV

Contexto y descripción del problema

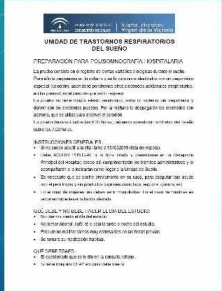
La polisomnografía (PSG) es una prueba que aun no siendo invasiva provoca en los pacientes temor, si a esto le unimos el largo periodo de tiempo que pasa desde la solicitud de la prueba hasta el día de su realización (en nuestro hospital debido a que solo hay un polisomnógrafo, aunque se realicen hasta los domingos, tenemos una lista de espera mayor a un año) y el hecho de que la cita se dé por teléfono mediante personal no sanitario, conduce a que los pacientes lleguen el día de la PSG ansiosos, mal preparados, sin su medicación, sin mascarilla de CPAP, etc y esto provoca que la prueba pueda no ser válida o muy difícil de interpretar.

Descripción y objetivo de la intervención propuesta

El objetivo de la intervención es proporcionar información fiable por escrito al paciente para que el día de la prueba este tranquilo y bien preparado.

Procedimiento e instrumentos desarrollados

El primer paso fue el desarrollo por parte de enfermería de un documento informativo para el usuario donde se explica en que consiste la PSG, su duración media, horarios, teléfono de contacto, instrucciones generales (evitar uso de gomas, maquillaje, barba, tomar la medicación habitual, no realizar siesta ese día, no tomar bebidas energéticas en las horas previas, y la importancia en caso de pacientes que usan CPAP de traer su mascarilla ya que si no deberán usar una genérica que suele provocar gran incomodidad y dificultad para conciliar el sueño, cosa que es esencial para la realización de la prueba. Este documento se entrega en la consulta de neumología a los pacientes que se les solicita una PSG a través del TCAE que pasa consulta con el facultativo.



Lecciones aprendidas

Dar una información fiable y basada en la evidencia a los pacientes es imprescindible no solo por la calidad de los cuidados que brindamos, sino también para reducir demoras, evitar repeticiones y mejorar la experiencia del paciente.

Comunicación Núm. 62. Cómo mejorar la experiencia de los pacientes ante una polisomnografía. Delgado Lozano C, et al.

PRIORIDADES DE LA INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA Y SUS PUNTOS DE MIRA

Blanca María García Vílchez, María Gema Ruiz Padilla, María Francisca Delgado López

Según el Plan Nacional de I+D+i, 2004-2007, "La investigación biomédica es necesaria para llevar a cabo cualquier estrategia que se proponga mejorar la salud de las personas. La investigación con la práctica clínica favorece una mayor calidad de los servicios de salud y una mejor y más rápida implantación de los avances científicos en la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, así como un cuidado más ético y eficiente de los pacientes".


Pero, ¿sabemos cuáles son sus prioridades? ¿Conocemos las enfermedades que estudia principalmente?

Los **objetivos** que habrán de tenerse en cuenta y prioridades de la investigación biomédica:

- * Las necesidades de salud de la población y el impulso de la innovación asistencial y la modernización de la estrategia de la I+D biomédica, en servicios sanitarios y de salud pública.
- * La participación de todos los agentes sociales afectados.
- * La mejora de la calidad en la gestión de la investigación, mediante la implantación de sistemas eficaces de intercambio de información, evaluación y administración económico-financiera.
- * La transferencia de resultados a la práctica clínica.
- * La consideración de los resultados científicos en la toma de decisiones.
- * El incremento de la colaboración con los centros privados de investigación así como con los centros extranjeros, favoreciendo la concurrencia de recursos en reas de objetivos comunes.
- * La conciliación de la actividad investigadora con la normativa vigente y con los principios éticos vigentes.
- * La investigación biomédica está basada en una metodología participativa y fundamentada en datos objetivos.

SUS PUNTOS DE MIRA

- Cáncer.
- Enfermedades cardiovasculares.
- Enfermedades del sistema nervioso y mentales.
- Enfermedades infecciosas y SIDA.
- Enfermedades genéticas, modelos de enfermedad y terapia.
- Enfermedades respiratorias.
- Otras enfermedades crónicas e inflamación.
- Además existen tres **prioridades** temáticas que abordan la investigación desde los ámbitos de farmacia, salud pública y servicios de salud.
- Investigación farmacéutica.
- Investigación en salud pública.
- Investigación en servicios de salud.



Objetivos:
Reflexionar y conocer en profundidad que tipo de prioridades tiene la investigación biomédica y qué enfermedades son prioritarias en su campo.

Metodología:
Investigación mediante análisis (Base de datos Enfispo) de contenido explorando elementos asociados al sector biomédico.

Saber qué es la investigación biomédica, qué objetivos busca y los temas que prioriza es una asignatura pendiente que tenemos todos los trabajadores del sector sanitario. La ignorancia nos provoca un bloqueo en cuanto a la participación activa y nuestra aportación a la Salud Pública.

Comunicación Núm. 63. Prioridades de la investigación biomédica y sus puntos de mira. García Vílchez BM, et al.

Riesgo para la salud pública del brazo hemipléjico de los pacientes con accidente cerebrovascular y las transferencias del celador

AUTORES:
JORGE CASAL FERNÁNDEZ

MODALIDAD: PÓSTER ELECTRÓNICO

CONTEXTOS Y DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA: Un accidente cerebrovascular ocurre cuando el suministro de sangre a una parte del cerebro se interrumpe repentinamente o cuando un vaso sanguíneo en el cerebro se rompe, derramando sangre en los espacios que rodean a las células cerebrales. De la misma forma que se dice que una persona que sufre una pérdida de flujo sanguíneo al corazón tiene un ataque cardíaco, puede decirse que una persona con una pérdida de flujo sanguíneo al cerebro o una hemorragia repentina en el cerebro tiene un "ataque cerebral" o sufre un accidente cerebrovascular. Las células cerebrales mueren cuando dejan de recibir oxígeno y nutrientes de la sangre o cuando son dañadas por una hemorragia repentina en el cerebro y alrededor del mismo. *Isquemia* es el término utilizado para describir la pérdida de oxígeno y nutrientes en las células cerebrales cuando no existe un flujo adecuado de sangre. La isquemia conduce finalmente a un *infarto*, la muerte de células cerebrales que con el tiempo son sustituidas por una cavidad llena de fluido en el cerebro lesionado. Una de las consecuencias de un accidente cerebrovascular es la hemiplejía que es Parálisis de un lado del cuerpo causada por una lesión cerebral o de la médula espinal. Uno de los principales problemas de estos pacientes es que el brazo pléjico pierde su musculatura aumentado de esta forma el riesgo de padecer luxaciones del miembro superior.

DESCRIPCIÓN Y OBJETIVOS DE LA INTERVENCIÓN PROPUESTA: Durante las transferencias en el hospital se producen lesiones que posteriormente, en ocasiones, no se pueden remediar, apareciendo el hombro doloroso. El objetivo es indicar cuáles son los errores que los celadores cometen durante las transferencias de los pacientes hemipléjicos que pueden provocar el hombro pléjico doloroso e indicar cuales son los métodos correctos a utilizar por los mismos.

PROCEDIMIENTO E INSTRUMENTOS DESARROLLADOS: Basándome en artículos encontrados en base de datos medline plus, existen varios tipos de transferencias:

1. Cambios posturales: de supino a decúbito lateral y viceversa. El principal problema es que en esta transferencia el brazo pléjico no quede colgando o presionado con el peso del propio cuerpo. Si está acostado sobre el lado sano el brazo deberá estar apoyado sobre una almohada o similar.
2. De decúbito a sedestación en butacón. Tendremos especial cuidado con no tirar del miembro al realizarla y con no dejar colgando el miembro.
3. Utilización del arnés de las grúas. Tendremos cuidado de no dejar colgado el brazo y de tenerlo bien colocado en el arnés.

LECCIONES APRENDIDAS:

1. El brazo pléjico es muy sensible a cualquier situación debido a que es una zona que está sujeta básicamente por musculatura.
2. Debido a una mala transferencia tenemos muchos riesgos de desencadenar un hombro doloroso por lo que el trabajo del celador y el conocimiento de dichos riesgos, y la forma de evitarlos es fundamental.
3. Debemos controlar el brazo en todo momento porque es muy frecuente que se lesione por que se caiga durante las transferencias.
4. Es importante el uso de almohadones pero de forma correcta.
5. Es fundamental el adiestramiento de los celadores que ven este tipo de pacientes y la especialización en este sector.

Comunicación Núm.360. Riesgo para la salud pública del brazo hemipléjico de los pacientes con accidente cardiovascular y las transferencias del celador. Casal Fernández J, et al.

XI Jornadas de Salud Pública
 Salud pública ante escenarios de futuro
 Del 20 al 25 de noviembre / 2017 #11jornadasSP





POSIBLES NUEVOS ESCENARIOS EN ODONTOLOGÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA: APLICACIÓN DE LA TECNOLOGÍA LÁSER. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Bejarano-Ávila G (1), Reyes-Gilbert E (1), Reinoso-Santiago A (1)

1. Odontólogo/a del Distrito Sanitario Aljarafe Sevilla Norte.



MARCO CONCEPTUAL Y/O ANALÍTICO: Desde hace 20 años, se está usando el láser en Odontología por su versatilidad, nuevas aplicaciones terapéuticas y para mejorar la calidad de vida de algunos pacientes. Su uso no es común en Odontología de Atención Primaria a pesar de sus múltiples ventajas, exceptuando el alto coste de esta nueva tecnología. Sin embargo en servicios más especializados de Cirugía Oral y Maxilofacial a nivel hospitalario el láser es una herramienta terapéutica más utilizada desde hace años.

OBJETIVOS: Ilustrar algunos de los usos actuales de los distintos tipos de láser en Odontología.

METODOLOGÍA: Revisión narrativa de la literatura de artículos en la base de datos Medline, a través de su buscador Pubmed, con los Mesh: ("Oral Health" OR "Dental Care") AND ("Lasers" OR "Laser Therapy"). En una primera búsqueda encontramos 95 artículos y aplicando los límites de ser artículos originales en inglés o castellano de los últimos 5 años, nos quedamos con 18.

RESULTADOS: El láser diodo de bajo nivel es clínicamente eficaz en la prevención y reducción de la mucositis oral causada por la quimioterapia en pacientes con transplante de células hematopoyéticas, mejorando la calidad de vida oral. Actualmente existen láseres duales como el "LightWalker" que actúan sobre tejidos duros (Erbio) y blandos (neodimio), tipos YAG (en estado sólido con óxido de [itrio](#) y [aluminio](#)), de gran utilidad en periodoncia ya que el primero elimina el tejido blando y microorganismos patógenos periodontales facilitando la formación del coágulo de fibrina y promoviendo la curación, y el segundo crea un lecho sangrante óseo y la vibración y ondas altera los depósitos calcificados y el biofilm subgingival. La técnica para usar este tipo de láseres es muy minuciosa y requiere una previa formación profesional. Las caries dentinarias interproximales pueden ser detectadas igualmente por un bolígrafo láser de fluorescencia como por las radiografías intraorales de aleta de mordida, que son la "prueba oro" para su diagnóstico y con menor coste-efectividad. No obstante el láser aún tiene algunas limitaciones como la hemostasia local asistida por láser Nd: YAG en los pacientes con anticoagulantes sometidos a cirugía oral menor versus cirugía convencional o la escasa utilidad del Erg:YAG para las caries. Existe riesgo de crear un enfisema subcutáneo por el aerosol de refrigeración durante el tratamiento con láser dental.

CONCLUSIONES : Actualmente existen muchos tipos de láseres que se podrían utilizar en la práctica clínica odontológica de AP debido a su versatilidad y múltiples ventajas, aunque existen algunos inconvenientes principalmente su alto coste en equipamiento y formación.

BIBLIOGRAFÍA :
 1. Bizhang M, Wollenweber N, Singh-Hüsken P, Danesh G, Zimmer S. Pen-type laser fluorescence device versus bitewing radiographs for caries detection on approximal surfaces. Head Face Med. 2016;12(1):30.

Comunicación Núm.366. Posibles nuevos escenarios en odontología de Atención Primaria: aplicación de la tecnología láser. Revisión bibliográfica. Bejarano-Ávila G, et al.

Evaluación del impacto en salud



CARRO DE UNIDOSIS: COMO IDENTIFICAR RIESGOS ASOCIADOS

Autores: 1. Alcaide García, María Dolores (Hospital Universitario Virgen Macarena) 2. Muñoz Zamorano , Rosalía (Hospital Universitario Virgen Macarena).3. Armenteros Berral, Marina del Mar (Hospital Valle de los Pedroches)

INTRODUCCIÓN: Identificar los riesgos asociados a la gestión y uso de los medicamentos del carro de unidosis en un Hospital y realizar una propuesta de medidas de control para minimizarlos. Aplicación de un análisis modal de fallos y efectos al proceso de prescripción, validación y dispensación de medicamentos en pacientes hospitalizado

METODOLOGIA: Para la identificación de los riesgos se realizó un análisis Modal de fallos y efectos (aMfe). se creó un grupo de trabajo multidisciplinar, en el que participaron dos farmacéuticas de atención Primaria, una farmacéutica de hospital, una enfermera del hospital y un médico. este grupo realizó un curso de formación en gestión de riesgos asistenciales. - la gestión y uso de los medicamentos del carro de unidosis es un proceso complejo, el primer paso fue realizar un diagrama de ujo para identi car cada uno de los procesos que lo conforman. a continuación se identi caron los modos de fallo, se categorizaron a través del número de priorización de riesgo (nPR) en función de la gravedad, probabilidad de ocurrencia y capacidad de detección. Por último se realizaron las propuestas de medidas de control de los riesgos identi cados.

RESULTADOS: en el proceso de "Prescripción del medicamento" el riesgo identificado fue prescripción de medicamento inadecuado, para lo que se propone como medida de control historiar correctamente al paciente antes de realizar la prescripción y dejar constancia en registro.- Para el proceso "transcripción de la orden médica en farmacia" el modo de fallo es transcribir un medicamento incorrecto o falta de medicamento, y se propone la implantación de prescripción electrónica, establecer procedimientos de doble chequeo y cumplir los horarios de envío de orden.- en el proceso de "Preparación del carro en farmacia" la colocación de medicación en cajetín equivocado es el modo de fallo, y el doble chequeo y cumplir los horarios de envío de orden las medidas recomendadas.- durante el proceso de "Preparación de la medicación en planta" el modo de fallo es la rotulación equivocada, ausencia de vial o medicamento equivocado, para lo que se recomienda mantener el criterio de unidosis y no recolocar los medicamentos una vez que llegan a planta.- Por último en el proceso de "administración de la medicación" puede haber duplicidad de medicamentos (entre la medicación que el paciente trae de casa y la que se le administra en el hospital), para lo que se recomienda poner en marcha un plan de conciliación de la medicación. la administración del medicamento al paciente equivocado, o via de administracion, dosis, forma farmaceutica incorrecta ase identifica también como modos de fallo, y la pulsera identificativa

CONCLUSIONES: • La implantación de un sistema de distribución de medicamentos en dosis unitarias incrementa la calidad de la asistencia reduciendo signi cativamente la incidencia de errores de medicamentos. sin embargo, dada la complejidad del sistema, se siguen originando errores..

BIBLIOGRAFÍA: 1. Plan Nacional de Calidad. Ministerio de Sanidad y Polí- tica Social. Disponible en: <http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/tic00.htm> 2. Alvarez Díaz AM, Delgado Silveira E, Pérez-Menéndez Conde C, Pintor Recuenco R, Gómez de Salazar Gómez de Silanes E, Serna Pérez J, et al. Nuevas tecnologías aplicadas al proceso de dispensación de medicamentos. Análisis de errores y factores contribuyentes. Farn Hosp. 2011;63(4): 59—67.

Comunicación Núm. 68. Carro de unidosis: cómo identificar riesgos asociados.

Alcaide García MD, et al.

INTERVENCIÓN FISIOTERAPÉUTICA EN LAS PATOLOGÍAS RESPIRATORIAS SUSCEPTIBLES DE TRASPLANTE Y SUS REPERCUSIONES


AUTORES: María José Castellano López. Fisioterapeuta. H. C. Valle de los Pedroches.
Sara Elisabeth Cuevas Ballén. Fisioterapeuta. H. C. Valle de los Pedroches.
Ana Belén Sánchez Moreno. Fisioterapeuta. Distrito Sanitario. Jaén.

MARCO ANALÍTICO
Realizamos este trabajo a propósito de un caso de un paciente afectado por EPOC que entra en lista de espera para trasplante pulmonar. Encontramos una persona con sus capacidades cardiorrespiratorias muy mermadas. Enfrentarse en estas condiciones a una cirugía tan importante, implica, con mucha probabilidad, la aparición de numerosas complicaciones.


OBJETIVOS
Analizar cómo un paciente con EPOC, y en lista de espera para trasplante, mejora su condición física y cardiorrespiratoria de acuerdo a un protocolo diseñado de fisioterapia, intentando potenciar estas capacidades para evitar futuras complicaciones.

METODOLOGÍA
Se le realizó al paciente un test de marcha de 6 minutos en el que recorrió una distancia de 482 metros utilizando un suplemento de oxígeno de 6 litros. Con una saturación inicial del 100%, final del 89% y una frecuencia cardíaca inicial de 110 y final de 160. Aplicamos el protocolo de fisioterapia durante 2 meses con 3 sesiones semanales realizando un trabajo cardiorrespiratorio. Trabajamos con saturaciones entre 90-94 y el esfuerzo se realiza con un suplemento de oxígeno mínimo de 4 litros. Durante el primer mes trabajamos al 75% de la frecuencia máxima alcanzada en el test de 6 minutos y en el segundo mes lo hacemos al 85%. Comenzamos con un tiempo de trabajo de 15 minutos de trabajo aeróbico, concretamente bicicleta y vamos aumentando progresivamente hasta alcanzar los 40 minutos de esfuerzo continuado. Previo a ésta se realizan ejercicios de fortalecimiento muscular con pesas, incluyendo ejercicios de miembros superiores e inferiores acompañados de una correcta respiración y ejercicios respiratorios tanto costales como diafragmáticos.


RESULTADOS
Al cabo de los 2 meses de tratamiento se vuelve a realizar el test de 6 minutos. Obteniendo unos resultados de frecuencia cardíaca inicial de 95 y final de 155 en el que el paciente recorre 592 metros (110 metros más que en la prueba anterior), y utilizando un suplemento de oxígeno de 5 litros.



Tiempo de trabajo aeróbico



Distancia recorrida en 6 minutos



CONCLUSIONES
Como se puede observar en los datos, la mejoría del paciente ha sido evidente. Con el trabajo realizado buscamos que el paciente llegue al quirófano en las mejores condiciones posibles y que en el post-operatorio aparezcan las mínimas complicaciones, lo que repercutirá en el tiempo de estancia hospitalaria que disminuirá. Y, por tanto, también lo harán los costes sanitarios.

BIBLIOGRAFÍA

1. Postoperative Physiotherapy in subjects with idiopathic pulmonary fibrosis qualified for lung transplantation: implications on hospital length of stay and clinical outcomes. Polshetti M, Dell'Amore A, Zagnoli, Nava S. J. Thorac Dis. 2016 May;8(5):E86-9.
2. Impact of pulmonary rehabilitation on quality of life and functional capacity in patients on waiting lists for lung transplantation. Florán J, Rubin A, Matellán R, Fontana FF, Camargo Jde J, Teveiras P, J Bras Pneumol. 2015 May;21(5):39-45.
3. Effect of pulmonary rehabilitation in lung transplant candidates: a systematic review. Hoffman M, Claves G, Ribeiro-Santos GA, Brito RB, Pereira VF. BMJ Open. 2017 Feb;17(2):e013445.

Comunicación Núm. 246. Intervención fisioterapéutica en las patologías respiratorias susceptibles de trasplante y sus repercusiones. Castellano López MJ, et al.

KRISTELLER: LA MANIOBRA INVISIBLE

AUTORES: Leticia Molina García, Luisa Ponce Cornejo, Beatriz Arredondo López, Manuel Hidalgo Ruiz.
Especialistas en Enfermería Obstétrico-Ginecológica (MATRONA).

INTRODUCCIÓN
Aunque en tiempos de Hipócrates ya se practicaba presión uterina en los partos, la expresión "Maniobra de Kristeller" fue acuñada en **1867**, cuando un médico alemán llamado **Samuel Kristeller** publicó un estudio descriptivo sobre la asistencia manual de empujar al feto. El autor la describía como: "Nuevo procedimiento para el parto, consistente en la utilización de la presión externa de las manos en caso de contracciones débiles. La presión debería durar entre 5 y 8 segundos, sincronizada con la contracción uterina y con una pausa de 0,5 a 3 minutos".

OBJETIVO
Conocer la presencia clínica de la Maniobra de Kristeller así como su seguridad en la práctica asistencial.

METODOLOGÍA
Búsqueda bibliográfica en las bases de datos Pubmed, Cuiden, Lilacs, SciELO y Cochrane Library a partir de los descriptores "maniobra de kristeller", "presión uterina", "presión fúndica", "parto" "seguridad" e "historia", unidas por los operadores lógicos AND y OR. También se consultaron fuentes científicas de interés como la SEGO, la OMS y la Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal. Los criterios de selección de los artículos fueron: trabajos escritos en español o inglés, originales o revisiones, sin restricción en el límite del tiempo, con al menos el resumen disponible en formato electrónico. Se trabajó finalmente con 11 documentos.

RESULTADOS
La maniobra de Kristeller ha llegado a nuestros días y se sigue transmitiendo a sucesivas promociones de personal obstétrico en formación por "tradición oral", aunque no forme parte de ningún plan de estudios con el objetivo de fortalecer las contracciones uterinas y acortar el período expulsivo del parto. En la actualidad se estima que esta maniobra se continúa realizando en, al menos, el **26,1%** de los partos, es decir, uno de cada cuatro partos aproximadamente, presentando el **63,5%** de las madres y el **26,5%** de los recién nacidos algún tipo de secuela. Entre las **complicaciones maternas** destacar: rotura uterina, desprendimiento prematuro de placenta, fractura de costillas y esternón, mayor incidencia de desgarros perineales de tercer y cuarto grado y malestar materno. Y entre las **fetales**: fractura de húmero y clavícula, aumento de la presión intracraneal, hemorragia intracraneal, hipoxia fetal y aumento de la transfusión de sangre entre la madre al feto. En la literatura se le conoce como "**maniobra invisible o fantasma**" porque además de no informar a la mujer sobre ella y realizarla **sin su consentimiento (96%** de los casos), raramente queda reflejada en la historia clínica.

CONCLUSIONES

- La maniobra de Kristeller es una práctica controvertida sobre la que no existen estudios que validen su efectividad e inocuidad.
- Fuentes de interés científico indican que se trata de una técnica poco segura, desprovista de regulación, que puede originar problemas con implicancias legales, sociales y de salud para la madre y el recién nacido.

Comunicación Núm. 278. Kristeller: La maniobra invisible. Molina García L, et al.

XI Jornadas de Salud Pública: Salud pública ante escenarios de futuro

El hierro durante los primeros seis meses de vida

Autoras: Lucía Fátima Lara Leiva¹, Alba Illana Álvarez², Juana Rodríguez Garvín³.
Hospital Médico-Quirúrgico Jaén¹, Hospital Universitario Lozano Blesa², Hospital San Juan de la Cruz de Úbeda (Jaén)³.

INTRODUCCIÓN

El hierro es un nutriente esencial para el óptimo desarrollo mental, motor y conductual. Esta presente en todas las células del cuerpo y es fundamental para procesos fisiológicos, como ser la producción de hemoglobina y la función enzimática.

OBJETIVOS

- Conocer la importancia del hierro para un desarrollo saludable.
- Evaluar las principales causas de la deficiencia del hierro en lactantes menores de 6 meses de edad.

METODOLOGÍA

Revisión narrativa durante septiembre de 2017 en bases de datos de ciencias de la salud: Cochrane, Pubmed, Medline y Cinahl. Cómo pregunta de investigación teníamos: ¿Conocen los padres los efectos negativos a largo plazo por la deficiencia de hierro en lactantes menores de 6 meses? Para nuestra búsqueda utilizamos descriptores MeSH: "Iron in infants", "anemia", "causes of deficiency", "healthy development", "long-term negative effects".

Criterios de inclusión: se incluyeron artículos con datos reales, en los que se reflejara los problemas que pueden aparecer por falta de hierro en lactantes menos de 6 meses y se mostrara la magnitud de la deficiencia del hierro, ya que ha sido identificado por la OMS como la deficiencia nutricional más común en el planeta.

Criterios de exclusión: aquellos artículos que no fueran de lactantes menos de 6 meses.

Idioma: Se utilizaron artículos en inglés y español.

Tiempo: Se limitó a artículos que no superaran los 10 años de publicación.

De un total de 247 artículos encontrados, tras hacer nuestra criba con las condiciones anteriores, finalmente seleccionamos 21 para nuestra revisión.

RESULTADOS

- Bajo condiciones normales, los lactantes deberían tener suficientes reservas de hierro al nacimiento, las que deberían durar aproximadamente durante los primeros 6 a 8 meses de vida. Sin embargo, por varios motivos, muchos lactantes no pueden alcanzar este objetivo: Inadecuados niveles de hierro de la madre durante el embarazo, prematuridad (< a 37 semanas de gestación) y bajo peso al nacer (< a 2500 gramos) y prácticas inapropiadas en relación a la ligadura del cordón umbilical (por ejemplo, el pinzamiento inmediato o antes de que cese el latido del cordón) después del nacimiento.
- La anemia por deficiencia de hierro que ocurre durante la infancia y la niñez temprana está asociada con pobres resultados en las áreas cognitiva, motora y/o social/emocional, en comparación con niños que no la han padecido. Incluso son de mayor preocupación, los resultados de estudios que demostraron la existencia de deficiencias permanentes del desarrollo en lactantes anémicos o crónicamente deficientes de hierro y que recibieron tratamiento para corregir esta deficiencia o para corregir la anemia.
- Un estudio realizado en lactantes de 6 meses de edad, mostró que los niños con anemia por deficiencia de hierro presentaban menores tiempos de conducción para las respuestas auditivas del tallo cerebral, en comparación con controles normales, lo cual sugiere que existiría una alteración de la mielinización neuronal en los lactantes con anemia por deficiencia de hierro.

CONCLUSIONES

El hierro corporal total al nacimiento, es uno de los factores más importantes para mantener niveles adecuados de hierro durante la primera mitad de la infancia. Las acciones de carácter preventivo para mejorar el hierro corporal total incluyen:

- Asegurar adecuados niveles de hierro en las madres durante el embarazo e, idealmente, antes de la concepción.
 - Disminuir la prevalencia de bajo peso al nacer y de los nacimientos prematuros.
- Practicar el retraso del pinzamiento del cordón umbilical después del nacimiento, para asegurar que el recién nacido inicie su vida extrauterina con niveles adecuados de hierro corporal total.
- Apoyar y promover el inicio de la lactancia materna exclusiva durante la primera hora después del nacimiento.
 - Evitar la introducción de otros líquidos (incluyendo agua) o sólidos antes de los 6 meses de edad.

Por lo tanto, las intervenciones de salud pública para evitar los efectos negativos de la deficiencia del hierro y de la anemia por deficiencia de hierro, deben estar claramente orientados hacia su prevención.

BIBLIOGRAFÍA

1. Dewey KG, Chaparro CM. Session 4: Mineral metabolism and body composition Iron status of breast-fed infants. Proc Nutr Soc 2007;66(3):412-422.
2. Black RE, Allen LH, Bhutta ZA, et al. Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences. Lancet 2008;371(9608):243-60.

Comunicación Núm. 335. El hierro durante los primeros seis meses de vida. Lara Leiva LF, et al.

TICs



APLICACIONES MÓVILES DE SALUD: AVANZANDO HACIA EL FUTURO

Autores: 1. Alcaide García, María Dolores (Hospital Universitario Virgen Macarena) 2. Muñoz Zamorano , Rosalía (Hospital Universitario Virgen Macarena).3. Armenteros Berral, Marina del Mar (Hospital Valle de los Pedroches)

INTRODUCCIÓN El atractivo de las tecnologías de comunicaciones móviles es que permiten la comunicación inmediata en movimiento, facilitando que las personas entren en contacto entre sí, independientemente del tiempo y del lugar. Como resultado de estos avances tecnológicos se produce una mayor capacidad de mejorar el acceso a la información y la comunicación bidireccional. Según la OMS, los desarrollos destinados a la salud incluyen principalmente apps destinadas directa o indirectamente a mantener o mejorar los comportamientos sanos, la calidad de vida y el bienestar de las personas. mHealth, abreviatura de salud móvil, es un término que se utiliza para referirse a la práctica de la medicina y la salud pública con el apoyo de dispositivos móviles.

METODOLOGÍA: El App Date, junto al Observatorio Zeltia, publicó el Informe 50 Mejores apps de salud en Español⁹. Este es un estudio de referencia en el que se han analizado 97.000 apps disponibles en español en todas las plataformas, con la finalidad de servir de punto de referencia y determinar criterios de aquellas de más calidad en este sector. Para ello se establecieron los siguientes criterios selección: -Contenido riguroso y de calidad, con especial atención a la presencia de avales científicos. -Diseño y experiencia de uso. -Reconocimiento y premios. -Utilidad para el público al que va dirigido

RESULTADOS:- Entre los retos que debe afrontar los organismos reguladores frente al mercado de aplicaciones del ámbito de la salud son que existe un número muy extenso de aplicaciones, su calidad es muy variable, tanto en contenidos como funcionalidades, muchas de ellas son de dudosa fiabilidad, la mayoría de ellas no están integradas en el sistema sanitario, lo que lleva a confusión tanto entre profesionales como entre pacientes, que no saben cómo discriminar las realmente útiles y seguras de las que no lo son, y además de existir necesidad de formación en cómo sacarles el máximo aprovechamiento.

CONCLUSIONES: • La calidad de cada aplicación en muchos casos está en función de las necesidades específicas del usuario; • El precio no determina la calidad de la aplicación; • El mundo IOS tiene una ventaja competitiva en cuanto a usabilidad, y el mundo Android en cuanto a apertura. Las mismas apps presentan a veces comportamientos distintos en uno u otro; • Un valor esencial es la compatibilidad de formatos y sistemas operativos y la capacidad de interacción con otras aplicaciones y redes sociales.

BIBLIOGRAFÍA: 1. Informe-TAD-50-Mejores-Apps-de-Salud.pdf [Internet]. [citado 8 de julio de 2017]. Recuperado a partir de: <http://madrid.theappdate.com/wp-content/uploads/2014/03/Informe-TAD-50-Mejores-Apps-de-Salud.pdf> 2. Microsoft Word - Directriz para el sistema de vigilancia Word.doc - vg-profnota.pdf [Internet]. [citado 8 de julio de 2017]. Recuperado a partir de: <http://www.aemps.gob.es/vigilancia/productosSanitarios/docs/vig-profnota.pdf>

Comunicación Núm. 36. Aplicaciones móviles de salud: Avanzando hacia el futuro.

Alcaide García MD, et al.

GESTIÓN VIRTUAL DE CONSULTAS QUIRÚRGICAS

Autores: 1. Armenteros Berral, Marina del Mar (Hospital Valle de los Pedroches)
2. Alcaide García, María Dolores (Hospital Universitario Virgen Macarena).3.. Muñoz Zamorano , Rosalía (Hospital Universitario Virgen Macarena).

INTRODUCCIÓN Lograr la eficiencia en la gestión de las consultas de preanestesia , mediante la aplicación de un programa de consulta anestésica virtual. Reducir los tiempos de espera entre los diferentes momentos que componen el Proceso quirúrgico - Disminuir la presión asistencial en las consultas externas de anestesia. - Disminuir el número de desplazamientos de los pacientes

METODOLOGIA: -Estudio descriptivo, longitudinal y retrospectivo de los Pacientes del Área Hospitalaria del Hospital Reina Sofía , que precisan estudio preanestésico para intervenir de cataratas. Se estudian a pacientes de ambos sexos, para la intervención de cataratas, con aplicación virtual. Se han seleccionado una población de 150 pacientes en el periodo comprendido entre enero y junio del 2017. Los criterios de inclusión son: ASA 1 Y 2 para intervención de cataratas con anestesia local con tópica. Los datos se han procesado mediante las aplicaciones ofimáticas (Openoffice) La intervención sería pacientes inscritos en RDQ para faco. Se informa al paciente, con entrega de cuestionario y se procede a valoración del anestesista virtual que valora apto/ no aptoformación recibida y la elección de hospital.

RESULTADOS:- Disminución de los tiempos de espera para la intervención quirúrgica.
- Ahorro en el nº de consultas de anestesia - Ahorro de estudio preanestésico - Reducción de costes: anestesia por parte del oftalmólogo

CONCLUSIONES: Los resultados de gestión virtual de consultas quirúrgicas es satisfactorio. La técnica anestésica con local en pacientes tipo ASA 1 y ASA 2 realizada por profesionales diferentes a los anestesista , como son los oftalmólogos, se puede llevar con niveles de seguridad elevados.

BIBLIOGRAFÍA: 1. Biblioteca virtual del Sistema Andaluz de Salud. (2017) 2. - Moya González Mª del Mar, Nolla Palmer Miguel, Mata Estevez Javier. Consulta preanestésica de enfermería. *Enfer Anest.* 2007;15:6-10

Comunicación Núm. 38. Gestión virtual de consultas quirúrgicas. Armenteros Berral MM, et al.

XI Jornadas de Salud Pública
Salud pública ante escenarios de futuro
Del 20 al 25 de noviembre / 2017 #11jornadasSP

INTRODUCCIÓN Y DIFICULTADES EN LA IMPLANTACIÓN DE LAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN EN LA FUNCIÓN ASISTENCIAL.

López Villén A., Navarro Mena A., Hernández Castillo M., Ramírez Mañas C.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Las tecnologías de la información y las comunicaciones (TIC) se han convertido en el recurso más importante de la sociedad, creando en consecuencia un estallido importante en el intercambio y transmisión de información, conocimientos y datos, a los que se pueden acceder sin importar la zona geográfica o limitaciones de tiempo. Debido a ello, casi todos los países del mundo han impulsado proyectos, estrategias y políticas para promover el uso de las TICs aprovechando los beneficios que estas aportan.

Las TICs se han introducido en los más disímiles campos, entre ellos, la enseñanza, donde han determinado la aparición de nuevos roles para las instituciones educativas, los docentes y los estudiantes, así como en el desarrollo de materiales de apoyo al proceso de enseñanza-aprendizaje.

1.- Averiguar cuáles son los aspectos que impiden o dificultan la expansión de las TICs.

2.- Identificar cómo se han incorporado las TICs en la función asistencial.

METODOLOGÍA

Se llevó a cabo una revisión bibliográfica sobre el tema durante el periodo de Junio-Septiembre de 2017 de artículos científicos consultado las bases de datos Pubmed y Scopus. Los descriptores utilizados fueron: "expansión", "función asistencial", "tecnología", "TIC".

Criterios de inclusión

- Artículos de una antigüedad máxima de 8 años (2010-2017)
- Filtro de idioma aceptando artículos publicados en Español e Inglés
- Estudios completos y originales (Full text)

Resultados de la búsqueda

- La búsqueda bibliográfica dio como resultado 28 artículos para analizar.
- De esos 28 artículos, se seleccionaron 15 para su análisis
- Un total de 7 artículos fueron analizados en mayor profundidad.

RESULTADOS

Ancho de banda para internet, la velocidad todavía insuficiente de diversos procesadores para realizar diversas tareas, incompatibilidades entre sistemas operativos y tipos de ordenadores.

Aspectos técnicos

Barreras socioeconómicas

Aspectos que impiden o dificultan la expansión de las TICs

Seguridad informática

Déficit en la formación

Posible robo de códigos de tarjetas de crédito al comprar de forma virtual y de contraseñas, acceso no autorizado a ordenadores de empresas conectadas a internet.

Existe la necesidad de una alfabetización en TIC, puesto que no todas las personas poseen los conocimientos técnicos y prácticos necesarios en las aptitudes y actividades favorables al uso de estas nuevas herramientas.

En España, salvo algunas excepciones, las TIC se incorporaron a los hospitales a finales de los años setenta y principios de los años ochenta. Esta incorporación se produjo mediante dos vías de acceso. En primer lugar, a través de tecnologías médicas, como el TAC o los entornos incipientes sistemas de información de laboratorios, incluidos en los autoanalizadores.

La otra vía de entrada fue más convencional, vinculada a la gestión económico-financiera y logística de los hospitales.

No obstante, la total incorporación de las TIC se constituyen como un instrumento clínico formando parte de la actividad asistencial, siendo imprescindibles para tal actividad y, en estratégicas para el cumplimiento de los objetivos de la organización.

CONCLUSIONES

Las nuevas tecnologías de la información y las comunicaciones constituyen un recurso valioso e innovador para la educación, ya que aportan herramientas poderosas que pueden lograr la formación de los profesionales del futuro con las competencias que demanda el desarrollo del país.

Un error, que con frecuencia se relaciona con la ausencia de una estrategia TIC adecuada, es considerar que las tecnologías son una cuestión meramente departamental y que, por lo tanto, su gestión compete solo a los profesionales tecnológicos.

Se puede afirmar que es en el área de las Ciencias de la Salud donde el uso de las TIC no puede concebirse sin ellas, dado que el avance de la tecnología está soportado en las mismas.

BIBLIOGRAFÍA

- Moya, Fabio. Importancia de las TIC en la enseñanza de salud, Barranquilla, Ed. Coruniamericana, Vol.1, 2012, 81-86.
- Prieto Díaz Vicente, Quiñones La Rosa Ileana, Ramirez Durán Giselle, Fuentes Gil Zoe, Labrada Pavón Tahimi, Pérez Hechavarría Orlando et al. Impacto de las tecnologías de la información y las comunicaciones en la educación y nuevos paradigmas del enfoque educativo. Educ Med Super. 2011 Mar; 25(1): 95-102.
- Almeida S, Febles JP, Estrada V, Bolaños O. Las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones en la universalización de la enseñanza médica. Educ Med Super. 2009;23(4):261-71.

Alergia: Información y control de síntomas, a través APP de Salud Responde

María Belén Ramos Rodríguez
Manuel Quero Haro
Eva Frías Palma
Juan José Cubillas Mercado

Desde Salud Responde, a través de la cartera de servicios de Salud Andalucía 24 Horas, se facilita información, se resuelven dudas y se dan consejos sobre salud.

Motivos de Consultas
Alergia
Medicación
Vacunas
Fiebre
Sexualidad e IVE/SIDA
Dolor
Gastroenteritis
Otros motivos...

A través de la APP se facilita información sobre la alergia al polen y sus síntomas.

El sistema envía mensajes de alerta a los usuarios inscritos de las actualizaciones semanales sobre los niveles de polen.

Resultados

Desde el inicio del servicio en 2015 hasta la actualidad:

Pacientes inscritos: **70.296**
Mensajes enviados (Push): **303.812**

Conclusiones

- Reducción de síntomas por la información de niveles de polen semanales.
- Reduce el impacto de la enfermedad y sus complicaciones.
- Aumento de información sanitaria.
- Evitamos desplazamientos innecesarios.

Comunicación Núm. 111. Introducción y dificultades en la implantación de las tecnologías de la información y la comunicación en la función asistencial. López Villén A, et al.

Comunicación Núm. 114. Alergia: Información y control de síntomas a través de APP de Salud Responde. Ramos Rodríguez MB, et al.

XI Jornadas de Salud Pública. “Salud pública ante escenarios de futuro”

Impacto de las tecnologías de la información y la comunicación sobre el paciente crónico. Una revisión sistemática.

Claudia López de Miguel; Javier Guillén Fernández; Cristina Guillén Fernández; Irene Guillén Fernández; Irene Monje Alcázar; Antonio López González.

Marco conceptual y/o analítico

Las enfermedades crónicas, según la OMS, constituyen el mayor desafío de los sistemas sanitarios actuales es por ello que se sugiere la puesta en marcha de nuevas líneas investigación basadas en el empleo de las TIC como instrumento encaminado a la mejora de la calidad de vida del paciente crónico. Gracias al desarrollo científico y tecnológico que ha experimentado la sociedad moderna desde la última década del s. XX se hace posible el empleo de recursos tecnológicos novedosos dirigidos a la mejora de la gestión de la enfermedad en este colectivo de pacientes cuyo tratamiento supone el 70% del gasto sanitario.

Objetivo

❖ La pregunta de investigación planteada es: ¿Existen evidencias acerca de que el empleo de las TIC por parte del paciente crónico puede mejorar aspectos relacionados con su salud? Siendo así el objetivo: analizar la evidencia disponible acerca del impacto sanitario que supone el uso de las TIC por parte del paciente crónico.

Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica de la literatura disponible en las bases de datos: Medline, Pubmed, Cuiden y Scielo. Las palabras clave empleadas fueron “health technology” “information and communication technology” “chronic disease” “TIC” y “enfermedad crónica”. Se seleccionaron un total de 20 artículos potenciales publicados entre 2010 y 2017 a texto completo en inglés y español. Tras su revisión y tras determinar que su aporte fuera significativo y se acordara al objetivo, se seleccionaron como relevantes 8. Se incluyó todo aquel artículo que abordase aspectos relacionados con la influencia de las TIC sobre el paciente crónico en términos de calidad de vida, nivel de salud y satisfacción percibidas. Se excluyeron aquellos artículos que no analizaban estos aspectos así como los que hablaban del paciente crónico afectado por una patología crónica en particular.

Resultados

La totalidad de los documentos revisados ponen de manifiesto que el empleo de las TIC por parte de este tipo de pacientes es un método práctico y viable para promover su acceso a la información sanitaria, la solución de problemas de salud, el fortalecimiento de habilidades de cuidado o la adherencia al tratamiento. Los medios más utilizados para tales fines, según 4 de los artículos, son el teléfono e internet haciendo hincapié en los blogs y las redes sociales que cada vez con más fuerza se están convirtiendo en un medio en el que los pacientes pueden expresar libremente sus inquietudes, dificultades y vivencias a personas que se encuentran en una situación similar a ellos constituyendo una vía de apoyo relevante.

Conclusiones

Las TIC constituyen en la actualidad una herramienta a la que cada vez se tiene mayor y más fácil acceso siendo considerada por la mayoría de autores como un recurso con gran potencial, que actualmente está generando múltiples beneficios como soporte sanitario al paciente crónico. Como profesionales sanitarios no debemos considerar las TIC como una amenaza si no integrarlas en la práctica clínica, actualizar nuestros conocimientos y habilidades en este campo y ser capaces de proporcionar medios de apoyo fiables y adaptados a nuestros pacientes.

#11jornadasSP



Panorama actual de las publicaciones internacionales indexadas en PubMed sobre la m-salud en el ictus

Cristina Torres-Pascual.
Escola Universitària de la Salut i l'Esport. EUSES-Salt. Girona, España

Introducción

El uso de la m-salud es un nuevo modelo de cuidados de la salud que ha permitido en los últimos años dar un salto cualitativo en el sistema sanitario gracias a la telefonía móvil.

Objetivo. Identificar el panorama actual de las publicaciones internacionales sobre m-salud en el ictus para conocer la proyección de las investigaciones.

Metodología

Tipo estudio

Análisis bibliométrico sobre el m-salud en pacientes con ictus.

Periodo

Periodo entre 2007 y 2016.

Recuperación de registros

Base de datos PubMed. Combinación de términos “Public Health”[Mesh] AND (mobile OR cellular pone OR m-health) AND (stroke OR ictus OR hemiplegia), limitando la búsqueda a términos en el título.

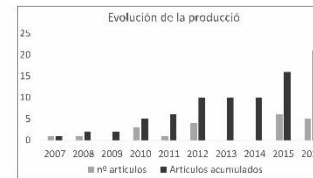
Indicadores bibliométricos

De producción.
Autoría.
Colaboración
Dispersión de Bradford para identificar revistas especializadas y su visibilidad con el JCR.

Resultado

Producción

La población analizada está formada por 21 artículos publicados en 14 revistas internacionales con una tasa de crecimiento del 40%.



Autoría

La producción está firmada por 163 autores filiados a 32 instituciones de 7 países. El 12,88% de los autores son productores medianos mientras que el porcentaje restante son autores ocasionales. El autor más productivo es JC Grotta (14,28%) de la University of Texas, siendo esta universidad la más prolífica (14,28%). Según cobertura geográfica el principal país es EEUU (47,62%).

Países	nº artículos	% artículos
Estados Unidos	10	47,62
Alemania	4	19,04
Canadá	4	19,04
Japón	4	19,04
España	1	4,76
Hungría	1	4,76
Suecia	1	4,76

Revistas especializadas

Tras aplicar la dispersión de Bradford y obtener un multiplicado de Bradford (k=2) se observa que el núcleo, donde se localizan las revistas especializadas, está formado por dos revistas. Sin embargo, al identificar en segunda posición tres revistas candidatas de formar parte del núcleo por presentar todas el mismo número de artículos, se toman como revistas especializadas a cuatro revistas, todas de primer cuartil.

Colaboración

Todos los artículos presentan coautoría (8,846,3). El 23,81% están firmados por más de una institución de ámbito nacional no existiendo colaboraciones internacionales.

Zonas	nº revistas	nº artículos	k
Núcleo	2	7	
Zona 1	4	7	2
Zona 2	8	8	2
TOTAL	14	21	

Stroke (23,8%)
Cerebrovascular Diseases (9,5%)
Neurology (9,5%)
Lancet Neurology (9,5%)

Conclusiones

Si bien se observa un crecimiento de la producción, todavía el volumen de trabajos es reducido teniendo en cuenta las oportunidades que nos presta la telefonía móvil en el tratamiento y seguimiento de los pacientes con ictus. Para consolidar la literatura científica sobre el campo a estudio es preciso incrementar las investigaciones, preferentemente con autores de élite y en colaboración internacional.

Comunicación Núm. 141. Impacto de las tecnologías de la información y la comunicación sobre el paciente crónico. Una revisión sistemática. López de Miguel C, et al.

Comunicación Núm. 142. Panorama actual de las publicaciones internacionales indexadas en PubMed sobre la m-salud en el ictus. Torres-Pascual C, et al.

XI Jornadas de Salud Pública
Salud pública ante escenarios de futuro
Del 20 al 25 de noviembre / 2017 #11jornadasSP





LAS APLICACIONES MÓVILES EN SALUD, UN FUTURO MUY PRESENTE.

Javier Guillén Fernández, Cristina Guillén Fernández, Irene Guillén Fernández, Irene Monje Alcázar, Antonio López González, Claudia López de Miguel

MARCO CONCEPTUAL

El asma, como enfermedad crónica, supone un desafío cada vez mayor para los profesionales sanitarios y el sistema de atención de la salud. La aparición o agravamiento de síntomas y complicaciones hacen necesario un control más exhaustivo de la misma, así como en su educación sanitaria. Por todo lo anterior, la utilización de aplicaciones móviles son herramientas potencialmente prometedoras por su fácil acceso y alto rendimiento, por su capacidad para almacenar datos y compartir información en situaciones concretas. Por otro lado, existen gran variedad de aplicaciones en salud, cada una con sus características y desventajas, y es complicado determinar la más idónea.

OBJETIVO

Determinar cuáles con las principales utilidades y carencias que poseen las aplicaciones móviles destinadas al manejo del asma. De este modo, nos planteamos la siguiente pregunta:
¿Cuáles son los principales beneficios y barreras con las que se encuentran los pacientes diagnosticados de asma en el uso de una aplicación móvil para el manejo de su enfermedad?

METODOLOGÍA

BASES DE DATOS	MeSH	CRITERIOS DE INCLUSIÓN	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN
- Pubmed - Web Of Science	- Public health - Mobile applications - Asthma	- Texto completo gratis - Publicaciones de los últimos 5 años y - Publicaciones basadas en humanos	- Solo datos acerca de la utilización del móvil - Un único grupo de edad - Sin datos de cómo mejorarlas.

RESULTADOS

AYUDA

- Incluyen: Para dejar de fumar, pérdida de peso y seguir dieta saludable
- No incluyen: Otros factores de riesgo modificables

UTILIDAD

- Gran para: Planificación, recordatorio de citas médicas y toma de medicación
- Poca: La motivación, adherencia al tratamiento y ansiedad en periodos de crisis

INFORMACIÓN

- Incluyen: Que es la enfermedad, sintomatología y tratamiento
- No incluyen: Como actuar en crisis o patrones de síntomas para predecir resultados adversos

PROBLEMAS A DESTACAR

- Frustración por del diseño, falta de interés por las tecnologías para apoyar su autogestión o miedo por la falta de privacidad de la información personal.

5 ESTUDIOS FINALES

CONCLUSIONES

Las enfermedades crónicas son un gran problema para la salud pública y el uso de aplicaciones móviles permitiría un mejor manejo de estas y una mayor autonomía de los pacientes, así como una disminución de los recursos sociosanitarios y tiempos de espera.

Intervención para el bienestar emocional y resiliencia en diálisis pediátrica a través de realidad virtual: un estudio de caso

Juan Miguel Fluja-Contreras, Dyanne Ruiz-Castañeda, Diana Castilla & Inmaculada Gómez

Objetivo

El objetivo del presente trabajo es mostrar una intervención en bienestar emocional, competencias emocionales y resiliencia en un paciente de diálisis pediátrica a través de un programa de realidad virtual, La Academia Espacial.





Método

Participantes:
Rafael (R.) era un niño hispano de 15 años hospitalizado en pediatría diagnosticado de diálisis. R. debutó su enfermedad con 5 años de edad y fue hospitalizado cada 15 días

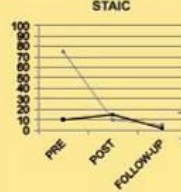
Instrumentos:

- STAIC – Para medir ansiedad estado y rasgo
- Escala Visual de Dolor
- Escala de Afecto Positivo y Negativo (PANAS)
- Cuestionario de Evitación Experiencial para jóvenes (AFQ-YV)
- Cuestionario de Resiliencia
- Cuestionario de Aceptación para niños y adolescentes (WAM-CA)

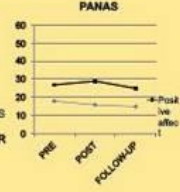
Procedimiento: LA ACADEMIA ESPACIAL

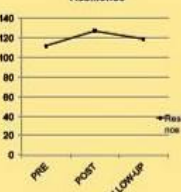
Resultados




STAIC



PANAS



Resilience



Avoidance / Acceptance

Conclusiones

Con respecto al resultado del tratamiento, el paciente ha mejorado principalmente en puntuaciones de resiliencia que crecen de una resistencia moderada a una mayor resiliencia, en evitación experiencial y fusión cognitiva (AFQ), el paciente ha reducido su puntuación a una puntuación muy baja, lo que significa que el paciente aprendió comportarse e interactuar con sus pensamientos, emociones y sensaciones (eventos privados) de una manera adaptativa, en lugar de evitar o tratar de eliminar algunos eventos privados de incomodidad que aprendió a permanecer con ellos. Este resultado también se muestra en el instrumento de aceptación y voluntad (WAM: A / C) que mejora su puntuación, es decir, el paciente aprendió a aceptar algunos eventos privados de malestar y la disposición de apertura hacia ellos. Sin embargo, se observan cambios menores en la ansiedad o el dolor, aunque puede explicarse debido al bajo nivel de dolor o ansiedad al comienzo del tratamiento. La resiliencia y las competencias emocionales se han mostrado como un factor de protección para el progreso del paciente

Grupo de Investigación: HUM 057 Avances en intervención y epidemiología con infancia, adolescencia y familias. Universidad de Almería

Comunicación Núm. 148. Las aplicaciones móviles en salud, un futuro muy presente. Guillén Fernández J, et al.

Comunicación Núm. 184. Intervención para el bienestar emocional y resiliencia en diálisis pediátrica a través de realidad virtual; un estudio de caso. Fluja Contreras JM, et al.

DESARROLLO DE UNA APLICACIÓN MÓVIL PARA LA PARENTALIDAD POSITIVA (SIVAE)

Juan M. Fluja-Contreras¹, Azucena García-Palacios², & Inmaculada Gómez¹

¹Universidad de Almería ²Universitat Jaume I, Castellón.

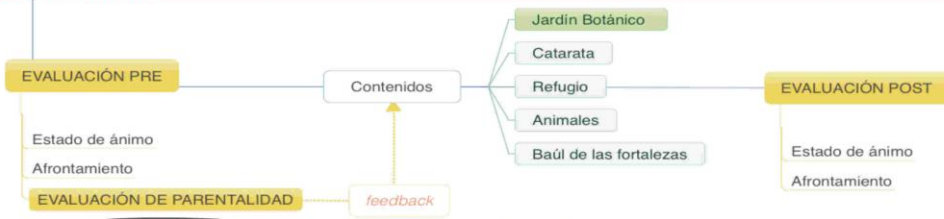
Objetivo

Mejorar el bienestar emocional y las actitudes, actuaciones, pautas y estilos educativos de padres de niños o adolescentes con enfermedades pediátricas crónicas y dependientes

Participantes

Padres con hijos diagnosticados de las enfermedades de carácter crónico: (cáncer infantil, cuidados paliativos, parálisis cerebral, enfermedades raras, neurodegenerativas, trastornos generalizados del desarrollo graves,...).

Procedimiento



Una vez que se completa la evaluación inicial, el sistema organiza los escenarios de intervención en función de las puntuaciones en la escala de parentalidad enviando a los padres a diferentes escenarios

La evaluación por medio de la aplicación nos permite realizar una **Evaluación Ecológica del Momento (Ecological Momentary Assessment)**, es decir, medir y evaluar la conducta de los sujetos en tiempo real y en su contexto natural. SIVAE evalúa:

Afrontamiento	Antes y después de cada uso
Estado de ánimo	
Parentalidad (6PAQ)	En el primer uso



JARDIN BOTÁNICO

Este escenario tiene como objetivo clarificar valores en los padres. Es un registro conductual para la motivación al cambio y establecer objetivos.



REFUGIO

Orientado a intervenir en regulación emocional atención plena (*mindfulness*) y análisis de pérdidas-ganancias.



CATARATA

Potenciar la toma de perspectiva en los padres. Para ser capaz de actuar sin dejarse llevar por sus emociones o pensamientos.

Contacto: jfc397@ual.es

Comunicación Núm. 185. Desarrollo de una aplicación móvil para la parentalidad positiva (SIVAE). Fluja Contreras JM, et al.

Estudio de usabilidad y aceptabilidad de la Academia Espacial: un programa de bienestar emocional y resiliencia basado en Realidad Virtual.

Juan Miguel Fluja-Contreras, Dyanne Ruiz-Castañeda, Diana Castilla & Inmaculada Gómez

Contacto: jfc397@ual.es

Objetivo

El objetivo del presente trabajo es mostrar los datos de usabilidad y aceptabilidad de una intervención psicológica para el afrontamiento del dolor y la ansiedad en pacientes pediátricos de larga hospitalización, aplicada a través de un programa de realidad virtual.

Resultados

Las puntuaciones de aceptabilidad y usabilidad del tratamiento. En la valoración del programa se obtiene una puntuación media de 29.5 puntos ($DT = 4.63$), en valoración del tratamiento se obtiene una puntuación media de 15.66 puntos ($DT = 3.20$) y en inmersión se obtiene una puntuación media de 10 puntos ($DT = 2.28$), todas estas puntuaciones se consideran altas. En la puntuación total se obtiene una media de 55 puntos ($DT = 7.94$).

Valoración de usabilidad y aceptabilidad

	Val. prog.	Val. trat.	Inmersión	Total
1	30	15	13	58
2	31	15	11	56
3	31	19	10	60
4	35	13	10	58
5	29	20	10	59
6	21	12	6	39
M	29.5	15.66	10	55
DT	4.63	3.2	2.28	7.94

Val. prog.: Valoración del programa; Val. trat.: valoración tratamiento; M: Media; DT: Desviación típica

Método

Participan 6 pacientes con enfermedades de larga duración
Edad Media de 12 años.

Tras recibir una intervención en competencias emocionales y resiliencia evalúan la usabilidad del programa: La Academia Espacial.



1a. Space Academy interface



1b. Tierra del bienestar



1c. Parque del bienestar



1d. Libro de la vida

Cuestionario: Usabilidad y Accesibilidad (24 ítems)

- Adherencia
- facilidad de uso
- accesibilidad

Conclusiones

- Se obtiene una puntuación alta en todas las variables de evaluación, la elevada implicación y la aceptabilidad del tratamiento, fomentan y facilitan la adherencia al tratamiento para este tipo de población.
- El estudio muestra un alto nivel de motivación a la intervención mejorando así su adherencia y accesibilidad a la población.
- Este puede ser uno de los aspectos beneficiosos del uso de las TIC para el apoyo a la intervención, especialmente en infancia y adolescencia.

Grupo de investigación: HUM 057 Avances en intervención y epidemiología con infancia, adolescencia y familias. Universidad de Almería

Comunicación Núm. 187. Estudio de usabilidad y aceptabilidad de la Academia Espacial: un programa de bienestar emocional y resiliencia basado en Realidad Virtual. Fluja Contreras JM, et al.

VALIDACIÓN PRELIMINAR DEL CUESTIONARIO DE ACEPTACIÓN PARENTAL (6PAQ)

Juan M. Fluja-Contreras¹, Azucena García-Palacios² & Inmaculada Gómez¹

1. Universidad de Almería
2. Universitat Jaume I, Castellón

OBJETIVO

Validar el Cuestionario de Aceptación Parental (6PAQ, Parental Acceptance Questionnaire; Greene, Field, Fargo, Twhig, 2015) población española

PARTICIPANTES

N	69
Edad padre	40,25 (DT= 5.96)
% Mujeres	68.5%
Nº hijos	2 (DT=.7)
Edad hijos	10.7 (DT= 5.3)

RESULTADOS

Puntuaciones medias (DT)

Aceptación (AQ)	4.73 (1.6)
Defusión (DQ)	4.81 (1.5)
Estar presente (EAQ)	6.17 (1.6)
Yo contexto (YQCQ)	6.43 (1.9)
Valores (VQ)	4.85 (1.3)
Acciones (ACQ)	5.82 (1.5)
Total	32.6 (6.04)

Consistencia interna

Escala	α Cronbach
Aceptación	.595
Defusión	.484
Estar presente	.439
Yo contexto	.649
Valores	.666
Acciones	.441
Total	.625

Análisis correlacional

	AQ	DQ	EPQ	YQCQ	VQ	ACQ
DQ	.493**					
EPQ	.301*	.332**				
YQCQ	.449**	.701**	.215			
VQ	.360**	.345**	.097	.267*		
ACQ	.14	.023	-.043	-.094	-.355**	
Total	.739**	.784**	.521**	.713**	.616**	.346**

La correlación es significativa: ** al nivel 0.01. * al nivel 0.05 ((bilateral))

CUESTIONARIO DE ACEPTACIÓN PARENTAL

El 6PAQ mide flexibilidad psicológica en padres. Consta de 18 ítems en una escala Likert de 4 puntos. Mide 6 procesos básicos desde la terapia contextual:

- ACEPTACIÓN**
Disposición activa a estar en contacto con los eventos privados que producen malestar.
- ACCIONES COMPROMETIDAS**
Comportamientos permiten el logro de objetivos ligados a valores.
- DEFUSIÓN**
Toma de perspectiva, es decir, tomar distancia de emociones, pensamiento y sensaciones.
- ESTAR PRESENTE**
Estar conscientemente conectado y participando en lo que esta sucediendo.
- VALORES**
Cualidades vitales deseables de acción en curso. Son las direcciones de vida globales.
- YO CONTEXTO**
Consiste en ser consciente del propio flujo de eventos privados sin apegarlos a ellos.

CONCLUSIONES

El instrumento muestra propiedades psicométricas moderadas. Las puntuaciones medias de la escala muestran puntuaciones inferiores a la escala original. Las puntuaciones en consistencia interna se sitúa en un rango moderado para todas las subescalas y la puntuación global de la escala. Estas puntuaciones son inferiores a la escala original. En el análisis correlacional presenta correlación entre la mayoría de sus subescalas y con la puntuación global. No obstante, continúa en proceso de validación para mejorar la bondad psicométrica.

Contacto: jfc397@ual.es

Greene, R. L., Field, C. E., Fargo, J. D., & Twhig, M. P. (2015). Development and validation of the parental acceptance questionnaire (6-PAQ). *Journal of Contextual Behavioral Science*, 4(3), 170-175

Comunicación Núm. 188. Validación preliminar del cuestionario de aceptación parental (6PAQ). Fluja Contreras JM, et al.

APLICACIONES DE MOVILES EN SALUD. RECUERDAMED

Vela Cuevas Mercedes (1), Gálvez Castro Joaquina (1), Del Corral Ávila Esther (2)

1. Enfermera del Servicio Andaluz de Salud, 2. TEL del Hospital Virgen del Rocío

CONTEXTOS



Los usuarios de los servicios sanitarios demandan constantes mejoras de estos y la introducción de las nuevas tecnologías hace que se puedan ofrecer mejores servicios. Más del 60% de la población utiliza internet para consultar datos sobre salud. Una reciente aplicación gratuita de móvil llamada RECUERDAMED, desarrollada en colaboración con el Hospital Puerta del Mar de Cádiz, recordará la toma de medicación a los usuarios, pero además se está desarrollando muchas más utilidades de la aplicación según se van viendo las necesidades.

OBJETIVOS

- ✓ Intercambiar la información entre los referentes miembros que trabajan en los servicios sanitarios para que las incorporen como herramientas de trabajo.
- ✓ Adquirir nuevos conocimientos sobre TICs para poder ofrecérselas al demandante.
- ✓ Mejorar la calidad de vida de los usuarios del sistema sanitario.
- ✓ Hacer partícipes a los ciudadanos de las ventajas de utilizar Internet y las TICs.

INSTRUMENTOS DESARROLLADOS

La aplicación de móvil recuerdaMed está diseñada para facilitar al paciente, o cuidador@, a llevar un control de su medicación, contrastarla y/o corregirla si es necesario, con los profesionales sanitarios que lo atienden. La app recuerda a través de una alarma, la toma del tratamiento, pero no es su único uso, que en pacientes con pluripatología y polimedcados es muy útil, también está diseñada y en continua actualización para añadir avisos sobre alergias, fotografías de los medicamentos para facilitar su reconocimiento, consultar prospectos para aclarar alguna duda, fechas de caducidad, compartir informe en formato PDF a través de correo electrónico o Whatsapp... La aplicación se actualiza todos los días a través de la base de datos oficial de la Agencia Española del Medicamento. La APP se desarrolla en el Observatorio para la Seguridad del Paciente de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía y ha conseguido uno de los accésit del I Premio a las Mejores Iniciativas en Seguridad del Paciente puesto en marcha por el grupo IDCSalud-Quirón. La valoración de GOOGLE PLAY es de 3.3/5

LECCIONES APRENDIDAS

La aplicación se ha desarrollado en colaboración con la Unidad de Farmacia Hospitalaria del Hospital Puerta del Mar de Cádiz. Allí se gestiona la integración de la aplicación con el sistema de información e historia clínica del centro. Posteriormente, se llevará a cabo un programa piloto de la misma, entregando la app con la carga automática de la medicación a los pacientes con alta hospitalaria de fin de semana, reduciendo el riesgo de que se produzcan errores relacionados con la medicación. Debemos conocer ésta o cualquier aplicación que pueda beneficiar al paciente susceptible de poder utilizarla. Debemos manejarla y explorar sus funciones, y si está en nuestra mano, proponer mejoras a los encargados de las mismas, a través de las herramientas que disponemos (dispone de un enlace con la página web de la Agencia donde hay un contacto con los desarrolladores). Es una aplicación en vías de desarrollo con un gran potencial que no sólo facilita y beneficia al paciente y/o cuidadores, también es práctica para el profesional sanitario y debe verse comprometido en la mejora de la aplicación.

Comunicación Núm. 191. Aplicaciones de móviles en salud. Recuerdamed. Vela Cueva M, et al.

LA SALUD A TRAVÉS DE INTERNET

M^a Ángeles Ruiz Sánchez y Antonio Fuentes Pérez

Centro de Salud de Coin

Introducción:

Internet es una herramienta en constante crecimiento y tremendamente influyente en la población. Nos proporciona información prácticamente ilimitada, pero no toda es confiable.

Objetivos:

Conocer si los pacientes hacen uso de Internet para informarse sobre salud, si lo hacen previa o posteriormente a consultar con profesionales sanitarios y credibilidad que le dan a la información recibida. Así mismo, observar la evolución de las búsquedas a lo largo del tiempo y la influencia generacional de su uso.

Métodos:

Estudio descriptivo transversal mediante un cuestionario auto-administrado a 150 pacientes hospitalizados y de consultas, compuesto por cuatro ítems sobre usos habituales de búsqueda en Internet relacionados con la salud. Posteriormente se estudia comparativamente los resultados obtenidos respecto a datos del INE (Instituto Nacional de Estadística) correspondientes a años anteriores.



Resultados:

El 65% de los pacientes usan Internet para informarse sobre salud. Entre los pacientes menores de 60 años lo hacen el 85.5% mientras que entre los mayores de 60 el 24.5%. Un 47.4% se informa antes y otro 47.4% lo hace después de contactar con profesionales (5.2% antes y después). La credibilidad media es de 5.67 puntos sobre 10. Las búsquedas en Internet sobre salud siguen aumentando con el paso de los años.

Conclusiones:

Internet es una herramienta de uso habitual para informarse sobre salud, sobre todo entre los más jóvenes, pero la credibilidad otorgada a esa información no es muy alta, por lo que es necesario un mayor control de la información existente, así como una educación sanitaria correcta, adecuada y continuada por parte de los profesionales.

Comunicación Núm. 204. La salud a través de Internet. Ruiz Sánchez MA, et al.

SALUD RESPONDE

M^a Ángeles Ruiz Sánchez y Antonio Fuentes Pérez

C.S.Coin

Introducción:

Salud Responde es el acceso directo al Sistema Sanitario Público de Andalucía, desde los que a cualquier hora y desde cualquier sitio de Andalucía, se podrá solicitar los servicios descritos en su cartera.

Objetivos:

·Garantizar el acceso del ciudadano a la información sobre los servicios que presta la Consejería de Salud.
·Mejorar los tiempos de respuesta del Sistema.
·Facilitar la gestión de citas al Centro de Salud.
·Evitar a los ciudadanos desplazamientos innecesarios.
·Lograr mejor captación y gestión de la información sobre las expectativas del ciudadano respecto del S.S.P.A.

Métodos:

Los canales de acceso del ciudadano son:
-De teléfono 955 545 060
-Desde el fax 953 018 715
-Por mensajes SMS, enviando el texto "CITASAS", seguido de un espacio y el número de la tarjeta sanitaria al número 600 123 400
-Mediante correo electrónico saludresponde@junco.deandalucia.es
-Mediante la aplicación móvil APP "Cita Médica Andalucía"



Resultados:

Salud Responde ha conseguido en los últimos años, agilizar y mejorar la respuesta del sistema sanitario, facilitando así, el acceso a los ciudadanos, siendo capaz de gestionar más de 100,000 llamadas de ciudadanos al día con un tiempo medio de respuesta de tan solo 2 segundos y un índice de satisfacción de 9,5 sobre 10.

Conclusiones:

Salud Responde unifica toda la información, los servicios y consejos sanitarios que interesa a los ciudadanos, ofreciendo una respuesta inmediata en cualquier momento, rompiendo las barreras de acceso al sistema. Ha permitido ampliar fácilmente la cartera de servicios a lo largo de los años, desde solo dos soluciones iniciales (citas con médicos de familia o pediatra y segunda opinión médica), hasta más de 30 servicios en toda la región.

Comunicación Núm. 205. Salud Responde. Ruiz Sánchez MA, et al.

FORMACIÓN CONTINUADA EN ATENCIÓN PRIMARIA

Antonio Fuentes Pérez y M^a Ángeles Ruiz Sánchez
Centro de Salud de Coin

Objetivos:

Conocer las sugerencias en contenidos formativos expresadas por los profesionales sanitarios y no sanitarios, el valor que asignan a las diferentes opciones, las dificultades detectadas para la asistencia a las actividades presenciales y sus preferencias en cuanto a horario y formato de los cursos.

Métodos:

Estudio descriptivo transversal. Emplazamiento. Área 7 de Atención Primaria de Madrid. Participantes. Profesionales sanitarios y no sanitarios del área (n = 1.053). Mediciones principales. Encuesta auto-cumplimentada y anónima.



Resultados:

Porcentaje de respuestas: 39% (enfermeras 46%; auxiliares administrativos 42%, y médicos 40%). Las áreas temáticas que más solicitan los médicos son dermatología, cirugía menor y radiología; las enfermeras: urgencias, vendajes funcionales e informática, y los administrativos: informática, gestión de prestaciones del servicio sanitario y aplicaciones en Internet. Las opciones de formación continuada a las que asignan un mayor valor son cursos/talleres del programa de formación continuada del área, sesiones auto-formativas y rotaciones. Las principales dificultades expresadas para la asistencia a los cursos son la falta de presupuesto de suplencias y horarios fuera de la jornada laboral. El 42% prefiere el horario de mañana y el 35% los cursos de más de 20 h.

Conclusiones:

Las necesidades formativas expresadas por los profesionales de enfermería y medicina de familia son mayoritariamente de contenido clínico, y las de los administrativos están relacionadas con la informática. Las opciones formativas más valoradas son los cursos/talleres del programa de formación continuada del área y la principal dificultad expresada para la asistencia a cursos es la no suplencia del puesto de trabajo.

Comunicación Núm. 206. Formación continuada en Atención Primaria. Fuentes Pérez A, et al.

LA CIBERSALUD

Antonio Fuentes Pérez y M^a Ángeles Ruiz Sánchez
Centro de Salud de Coin.

Introducción:

La Ciber-salud consiste en el apoyo que la utilización de las tecnologías de la información y las comunicaciones ofrece a la salud y a los ámbitos relacionados con ella. Con el auge de las nuevas tecnologías de la información y sobre todo con el uso de los recientes Smartphone se pone a disposición de los pacientes y profesionales un método ágil, rápido, y personalizado de la gestión de la salud, teniendo toda la información a un solo "clic", sin embargo todavía lejos de estandarizarse debido a los problemas de seguridad, confidencialidad y conocimiento de su uso por parte de un gran sector de los pacientes (ancianos, niños, discapacitados...).

Objetivos:

Tiene como objetivos dar a conocer lo que es la e-salud y en qué y cómo se aplica, mostrar como interfiere en la relación médico-paciente e introducir estas nuevas tecnologías en la educación, tanto de los profesionales como de los usuarios.

Métodos:

Recabar información de los profesionales, usuarios y centros que utilizan las nuevas tecnologías. Uso de aplicaciones móviles deportivas y de control de la alimentación. Estudio y uso de la tele-asistencia.



Resultados:

- Comunicación directa del paciente mediante videoconferencias en tiempo real entre centros, profesionales y médico- paciente.
- El individuo consulta dudas acerca de su enfermedad, medicación, estado de salud o diagnóstico.
- Control de parámetros fisiológicos y biométricos de manera electrónica.
- Asistencia y cuidado de pacientes crónicos o personas mayores dependientes con la aplicación de la telemedicina
- Rehabilitación remota mediante dispositivos tecnológicos
- Registro y almacenamiento de datos en archivos e historiales clínicos electrónicos
- Receta electrónica.
- Pronóstico, prevención y seguimiento de enfermedades.
- Personalización del sistema sanitario.
- Participación de los ciudadanos en la evolución, adaptación y mejora de las políticas y servicios relacionados con la atención en salud.

Conclusiones:

La Ciber-salud hace que la administración sanitaria sea más rápida, ágil y cercana al paciente pero conlleva los riesgos de los nuevos métodos de información, esto es, confidencialidad, seguridad y la dependencia en el uso de infraestructuras y dispositivos electrónicos, conocimiento de su uso etc. Es resultado de un complejo entramado que tiene como objetivo la protección de la vida, pero que depende de infraestructuras, dispositivos, sistemas de información, médicos y pacientes capaces de administrar todos los recursos tecnológicos disponibles en pro de su cuidado.

Comunicación Núm. 207. La ciber-salud. Fuentes Pérez A, et al.

TECNOLOGÍA DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

Antonio Fuentes Pérez y M^o Angeles Ruiz Sánchez
Centro de Salud Com

Introducción:

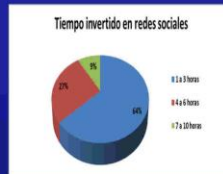
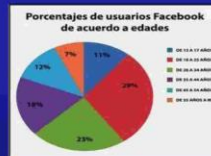
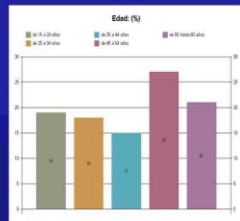
Las redes sociales permiten fomentar la interrelación con personas, obtener respuestas rápidas y/o intercambiar mensajes. Se cree que las nuevas generaciones en la actualidad se enfrentan a nuevos comportamientos de la mente.

Generales: determinar los factores de la adición de redes sociales para disminuir causas y problemáticas.
Específicos: estudiar entornos sociales para determinar los problemas que influyen en su vida cotidiana.

Objetivos:

Métodos:

TIPOS DE TECNOADICIONES: A Internet, cibersexo, pornografía, juegos online, video juegos subastas, chat, redes sociales, blogs, compras, teléfono móvil, SMS.



Resultados:

Los menores utilizan Internet de forma regular constante. - El tiempo de conexión es moderado. El 65% de los menores se conecta menos de 5 horas a la semana. - El 54,5% de los encuestados afirmaba no haber recibido nunca información sobre las normas básicas de seguridad en Internet. - El 66% de los menores que usa Internet como herramienta de ocio, dejando en un segundo plano su amplia oferta informativa. - El 11% de los menores que se conectan, está desarrollando características propias del Desorden de Adicción a Internet. - El 37% de los menores reconoce la necesidad de conectarse con frecuencia. - Dentro del grupo de menores que reconoce esa necesidad de conexión, se comprobó que el 33% había entrado en páginas con contenido pornográfico y el 40% había visitado páginas con violencia. - El 19% de los menores que se conecta a Internet en un cibercentro realiza actividades ilegales: el 12% realiza copias pirata, el 4% amenaza a otras personas, ... - El 44% de los menores se ha sentido acosado sexualmente por Internet en alguna ocasión. El 14,5% de los menores ha llegado a concertar una "cita a ciegas" con una persona que solo conocía a través de Internet.

Conclusiones:

Las redes sociales llegaron para facilitar la comunicación entre la sociedad a diferentes partes del mundo y eliminar largas distancias con las personas, dándole un buen uso a las redes sociales no se llegaría a padecer este problema sobre la dependencia que se presenta hoy en día. No se puede dar un diagnóstico real sobre este caso, aunque no se puede relacionar con el término de adicción si como dependencia a las redes sociales.

Comunicación Núm. 208. Tecnología de información y comunicación. Fuentes Pérez A, et al.

MODELO DE IMPLANTACIÓN PROGRESIVA DE LA HISTORIA DE SALUD INFORMATIZADA

Autores: JESUS DAVID ARMENTEROS BERRAL, CONCEPCION ALCAIDE LUCENA, JUSTINA CHVATOVA

XI Jornadas de Salud Pública
Salud pública ante escenarios de futuro

Del 20 al 25 de noviembre / 2017



OBJETIVOS

El objetivo es la representación gráfica del modelo de implantación informática de los documentos componentes de la Historia de Salud en el Hospital Universitario Virgen de las Nieves.

MÉTODO

En el último trimestre de 1998 se diseñó la estructura de los informes normalizada. El criterio de priorización serían los documentos asistenciales (Hospitalización, Urgencias y Consultas Externas) y los documentos de pruebas diagnósticas. En cuanto al desarrollo, se ha hecho de manera horizontal (en primer lugar todas las secretarías de planta y de consultas, para ir ampliando la cobertura de equipamiento a la totalidad de los servicios). El material utilizado ha sido un programa de gestión de historia clínica electrónica con emisión de informes de varios tipos, incluyendo el Informe de Alta, de Consultas Externas, de Urgencias, de Radiología, así como otros protocolos normalizados.

CONCLUSIONES

Información accesible a cualquier profesional que esté relacionado con la asistencia al paciente, independientemente del lugar y el momento y dentro de unos niveles de protección y seguridad en el acceso.

La Historia Clínica Electrónica reúne de forma clara y precisa todos los datos de un paciente.



RESULTADOS

El número total de informes en red hasta la actualidad es de 202.539. El modelo de implantación seguido desde 1998 a 2003 se clasifica en tipos de informes y servicios por años. Se da respuesta rápida a las necesidades de información de los distintos usuarios, mejorando la calidad en la codificación realizando consulta a tiempo real y acceso al informe de Anatomía Patológica. Se consigue disminuir la carga de trabajo del archivo.

Comunicación Núm. 213. Modelo de implantación progresiva de la historia de la salud informatizada. Armenteros Berral JD, et al.

USO INTEGRADO DE LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS Y APLICACIONES CORPORATIVAS PARA LA MEJORA DE LAS COMPETENCIAS PROFESIONALES

Autores: JESUS DAVID ARMENTEROS BERRAL, CONCEPCION ALCAIDE LUCENA, JUSTINA CHVATOVA

XI Jornadas de Salud Pública
Salud pública ante escenarios de futuro
Del 20 al 25 de noviembre / 2017

OBJETIVOS	MÉTODO
<p>Promover la innovación en metodologías de aprendizaje y el uso de las tecnologías de información y comunicación como herramientas para facilitar el desarrollo competencial y las actividades formativas; Utilizar las aplicaciones informáticas y plataforma de teleformación para mejorar la accesibilidad de nuestros profesionales a la formación de calidad.</p>	<p>Se diseñó en el primer cuatrimestre del año un plan integral de formación para el que abarca todas las etapas formativas (pregrado, formación de especialistas y la formación continuada). Dentro del plan integral definimos como detectaríamos las necesidades formativas utilizando aplicación GPDI. Dicha aplicación permite realizar los planes de desarrollo individual y los planes de necesidades formativas de las UGC en base a:</p> <ul style="list-style-type: none"> a: Competencias asignadas a los colectivos profesionales definidas en el Modelo de Gestión por Competencias de la Consejería de Salud ; Competencias técnicas asignadas a los puestos de trabajo; Objetivos de desarrollo pactados entre profesionales y responsables de las diferentes áreas y unidades. Éstos objetivos se vincularán a buenas prácticas dentro de los mapas competenciales de los profesionales; Diseñamos estrategia de evaluación de las actividades formativas y de su impacto. Para evaluar la satisfacción de las actividades utilizamos aplicación Evalúa; Evaluar y analizar los resultados de los planes de formación en términos cuantitativos y cualitativos, para incorporar las mejoras oportunas y garantizar su adecuado desarrollo y la satisfacción de los profesionales incluyendo la perspectiva de género; Evaluar los costes de formación, hacer el seguimiento presupuestario y garantizar la eficiencia de los recursos y actividades. <p>Realizamos Plan de difusión de la oferta formativa; Nuestro distrito apostó por utilizar en este año la formación a través de plataforma formativa Moodle (http://www.fabis.org/aula/course/category.php?id=6) que permitirá mejorar la accesibilidad de los profesionales a la formación continuada, ampliar la oferta formativa y disminuir el coste de la formación.</p>
RESULTADOS	CONCLUSIONES
<p>Se han aumentado las actividades semipresenciales y online gracias a la utilización de nuevas tecnologías. Se está realizando evaluación de las actividades de una forma más transparente y unificada. Se ha reducido el coste de la formación de nuestro Distrito.</p>	<p>Las nuevas tecnologías facilitan el acceso a la información y la difusión de los resultados de las actividades formativas al igual que una disminución del coste</p>

Comunicación Núm. 214. Uso integrado de las nuevas tecnologías y aplicaciones corporativas para la mejora de las competencias profesionales. Armenteros Berral JD, et al.

EMPLEO DE TECNOLOGÍAS PARA FAVORECER EL ACCESO A CENTROS HOSPITALARIOS

Autores: JESUS DAVID ARMENTEROS BERRAL, CONCEPCION ALCAIDE LUCENA, JUSTINA CHVATOVA

XI Jornadas de Salud Pública
Salud pública ante escenarios de futuro
Del 20 al 25 de noviembre / 2017

OBJETIVOS	MÉTODO
<p>Saber cómo llegar a la consulta, para ser examinado o tratado, es parte de la experiencia del usuario con el hospital y la asistencia que se le ofrece. No saber a dónde acudir puede provocar preocupación en los pacientes y sus familiares. Por ello en el presente trabajo se abordan dos objetivos principales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Facilitar a los ciudadanos el acceso a los diferentes centros del complejo hospitalario y la planificación de la ruta interior hacia el destino deseado. • Aumentar la capacidad de posicionamiento de los ciudadanos durante su estancia en el hospital. 	<p>Se ha optado por la utilización de nuevas tecnologías, en particular las herramientas de localización y geolocalización de Google. Estas herramientas son de uso gratuito y global, siendo de amplia difusión en España. Las herramientas utilizadas son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Google Maps para el posicionamiento de los diferentes centros del hospital. • Google Indoor Maps para posicionamiento y navegación dentro de los edificios. <p>Google Indoor Maps se vale de las redes WiFi instaladas en los centros del hospital para calcular la posición física de los dispositivos móviles y permitir navegación hasta el sitio deseado. El hospital publica en su página web la posición exacta de los centros asistenciales, tanto a través de mapas como de coordenadas geográficas. Así mismo, para facilitar el acceso a esta información, el hospital ha reclamado como propios estos edificios en Google Maps, añadiendo toda la información de contacto necesaria para los ciudadanos. Para la puesta en marcha de Google Indoor Maps, el hospital ha publicado los planos de sus instalaciones, que son visibles desde Google Maps.</p>
CONCLUSIONES	RESULTADOS
<p>Google Maps ofrece herramientas útiles que pueden ser utilizadas para facilitar el acceso de los ciudadanos a los centros hospitalarios. La utilización de las opciones más avanzadas de estas herramientas facilita la movilidad dentro de los centros y afianza nuestro Hospital como pionero en el uso de nuevas tecnologías.</p>	<p>La nueva utilidad de Google Indoor Maps ha permitido a los ciudadanos que necesitan acudir a alguno de los centros planificar su ruta hasta llegar al lugar exacto (consulta, habitación), dentro de un edificio del que se dispongan los planos. El hospital ha firmado un acuerdo con Google Inc., para permitir que la aplicación Maps de dispositivos móviles pueda posicionarse (planta y lugar exacto) dentro del Hospital. Así, los visitantes podrán usar sus dispositivos móviles para guiarse y navegar dentro del hospital como si de un GPS se tratase.</p>

Comunicación Núm. 216. Empleo tecnologías para favorecer el acceso a centros hospitalarios. Armenteros Berral JD, et al.

TIC COMO INSTRUMENTO DE DIRECCIÓN DE LAS SOLICITUDES DE ORTOPRÓTESIS DERIVADO DE HOSPITALES CONCERTADOS

Autores: JESUS DAVID ARMENTEROS BERRAL, CONCEPCION ALCAIDE LUCENA, JUSTINA CHVATOVA



OBJETIVOS

Evaluar la implantación en el Servicio de Atención a la Ciudadanía (SAC) de un Área de Gestión Sanitaria de un procedimiento para la gestión de las solicitudes de ortoprótesis que proceden de uno de los tres hospitales concertados existentes en el Área. Los objetivos específicos son: Valorar la eficacia del nuevo procedimiento en la reducción de los plazos de envío de la receta de ortoprótesis al interesado/a; Analizar las incidencias que más han afectado al procedimiento; Valorar su implantación en el resto de los hospitales concertados existentes en el Área Sanitaria

RESULTADOS

Tras la implantación del nuevo procedimiento, basado en un correo electrónico ad hoc, la demora se reduce a cinco días. El número de incidencias administrativas ha sido prácticamente nulo. El control y seguimiento de las solicitudes es mucho más riguroso y de mejor accesibilidad en su localización.

MÉTODO

Análisis descriptivo de carácter retrospectivo de los últimos cinco años, de 2008 a 2013, de las solicitudes de ortoprótesis realizadas en el Área. Ello ha supuesto la revisión de 79.976 prescripciones facturadas, de las cuales 7.350 afectan al hospital concertado donde se instauró el procedimiento apuntado. Las variables de estudio han sido las demoras, el tipo de producto, localidad del usuario/a, el coste, el prescriptor y la demora antes y después de la implantación del nuevo procedimiento en junio de 2011. Los datos se han procesado mediante las aplicaciones ofimáticas de código abierto, en concreto la suite Apache Open Office 4.0, que incluye herramientas para el procesamiento de palabras, hojas de cálculo, presentaciones gráficas y bases de datos.

CONCLUSIONES

Se observa una clara inequidad en la accesibilidad a la prestación ortoprotésica de los usuarios/as atendidos en los hospitales concertados. Asimismo, al no poder contar con los mismos entornos administrativos, se hace necesario generar alternativas eficientes, y de bajo coste, mediante herramientas TIC ex profeso para el control, seguimiento y evaluación de estas prestaciones. Se ha exportado el procedimiento de manera escalonada al resto de hospitales concertados del área de manera exitosa. Con el objeto de mejorar en eficiencia y rigurosidad, tanto de forma general como en este caso en particular, se observa la necesidad de apostar por aplicaciones corporativas en red que permitan su gestión integral dentro de la historia de salud digital, incorporando los centros concertados.

Comunicación Núm. 217. TIC como instrumento de dirección de las solicitudes de ortoprótesis derivado de hospitales concertados. Armenteros Berral JD, et al.

ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD DEL CENTRO DE GESTIÓN DE SERVICIOS TIC EN EL SERVICIO ANDALUZ DE SALUD. PERIODO 2009-2013

M. CARMEN TORRES CALVO, AURORA PEÑA GONZÁLEZ, MERCEDES ALMAGRO CALZADA

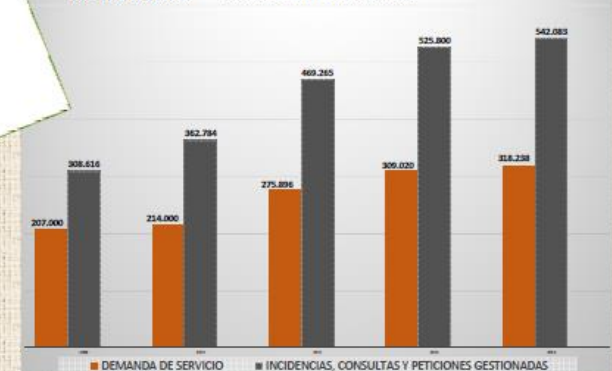
INTRODUCCIÓN: El Centro de Gestión de Servicios de Tecnologías de la Información y Comunicaciones del Servicio Andaluz de Salud (CGES) ofrece cobertura y soporte como centro cualificado de innovación tecnológica y facilita a todas aquellas personas que trabajan en el Servicio Andaluz de Salud (SAS) el uso de los sistemas de información en el desempeño de su labor profesional asistencial o de gestión y servicios. Actualmente, CGES está orientado en la integración y gestión de todos los servicios de tecnologías de la información (TIC). Estos servicios van dirigidos a los profesionales vinculados a la gestión y provisión de servicios de tecnologías de la información y a usuarios de estas tecnologías. **OBJETIVO:** Analizar la actividad de CGES del Servicio Andaluz de Salud en el periodo 2009-2013.

METODOLOGÍA: Realizamos una búsqueda del uso de las TIC en el buscador Google Académico, y en la página del SAS de la Junta de Andalucía. Realizamos gráfica con datos obtenidos.




GESTIÓN DE SERVICIOS TIC

RESULTADOS: DATOS DE ACTIVIDAD 2009-2013



CONCLUSIONES: Se han realizado un total de 1.324.159 demandas de servicio en estos cinco años analizados, y 2.208.548 de incidencias, consultas y peticiones gestionadas. Observamos un claro aumento en este periodo estudiado, en el que debemos destacar que en los dos últimos años ha sido de 42.342 (3,20%) demandas de servicios y de 72.818 (3,30%) incidencias, consultas y peticiones gestionadas. Ahora sabemos que CGES funciona como engranaje para hacer operativa la estrategia de integración de los diferentes Sistemas de Información que forman parte del Servicio Andaluz de Salud. Concluimos sabiendo que los principales beneficios de la implementación de las TIC en el sector sanitario son cuatro: Incremento de la calidad en la atención al paciente y de la eficiencia, reducción de los costes operativos de los servicios médicos, disminución de los costes administrativos y posibilidad de llevar a cabo modelos de sanidad completamente nuevos.

Comunicación Núm. 224. Análisis de la actividad del centro de gestión de servicios TIC en el Servicio Andaluz de Salud. Periodo 2009-2013. Torres Calvo MC, et al.



SALUD PÚBLICA Y APLICACIÓN MÓVIL EN FISIOTERAPIA DOMICILIARIA


ANA BELÉN SÁNCHEZ MORENO. FISIOTERAPEUTA DISTRITO SANITARIO JAÉN.
SARA ELISABETH CUEVAS BALLÉN. FISIOTERAPEUTA HOSPITAL VALLE DE LOS PEDROCHES
M^º JOSÉ CASTELLANO LÓPEZ. FISIOTERAPEUTA HOSPITAL VALLE DE LOS PEDROCHES.

Contexto y descripción del problema

En nuestra sanidad dónde la tecnología informática adquiere cada vez más importancia y donde de tipo de máquinas, ordenadores, aplicaciones ayudan o facilitan al profesional sanitario en su trabajo, sus investigaciones, sus desplazamientos así como en todas sus actividades; cada uno querría encontrar la ayuda en su campo preciso, y es por ello por lo que planteamos la creación de una aplicación móvil destinada a personas que deben seguir unas pautas y recomendaciones del fisioterapeuta en casa para que se puedan conseguir los objetivos planteados en el plan de actuación rehabilitador.

Objetivo

Procurar innovación en salud pública y más en el tratamiento fisioterápico domiciliario supervisado por profesionales del equipo rehabilitador con la ayuda de una herramienta informática.



Procedimiento e instrumentos desarrollados

Esta aplicación permite al paciente ver en su dispositivo móvil, una pantalla partida en la que por un lado se visualiza una sesión previamente grabada en el centro sanitario durante una sesión de rehabilitación, y en otro lado ver cómo realiza los ejercicios desde casa, aprovechando la cámara frontal del dispositivo y actuando a modo de espejo. Esto también queda grabado y se envía a una plataforma en la que el fisioterapeuta puede analizar estos vídeos, y enviar los resultados así como modificaciones, al dispositivo del paciente.


Mediante una sencilla aplicación el paciente obtendrá información para poder continuar el tratamiento rehabilitador en casa: se programará el horario, el número de sesiones, tipo de entrenamiento, progresión en la consecución de objetivos, siempre supervisado por un equipo rehabilitador interdisciplinar... siendo una herramienta útil en el feedback del paciente, pues puede aprender de sus propios errores y puede superarlos con las indicaciones y supervisiones del equipo rehabilitador.

Lecciones aprendidas

Con este tipo de herramienta informática se consigue una continuidad asistencial, una supervisión profesional interdisciplinar y por supuesto, un beneficio físico y psíquico para el paciente ya que se encuentra supervisado en todo momento, siendo el centro del sistema sanitario rehabilitador. Igualmente este tipo de aplicación se puede programar en cualquier otro tratamiento sanitario y aportar un espacio de aprendizaje que permita intercambiar conocimientos y experiencias para el fortalecimiento de la salud pública andaluza.

Gracia Fernández Ruiz
Rosario Guijo López

LA SANIDAD ELECTRÓNICA. LA TRANSFORMACIÓN DEL MODELO SANITARIO ACTUAL



MARCO CONCEPTUAL

En los últimos años, la sanidad andaluza ha experimentado unos significativos cambios, ha incorporado las nuevas tecnologías de comunicación (técnicas TIC), ha crecido sensiblemente con la incorporación de nuevos servicios y unidades a su red, ha ido diversificando y especializando sus servicios.

La implantación de la telecomunicación, abre un campo muy extenso y a la vez más cercano al paciente que puede comunicarse en tiempo real con los servicios sanitarios, permitiendo una medicina más personalizada, directa, interrelacionada que desembocará en la creación de centros sanitarios virtuales de atención al ciudadano, desde donde, de manera remota, se analizarán, administrarán y distribuirán los servicios y prestaciones.

OBJETIVOS

- ✓ Señalar la importancia que en el avance de la sanidad tendrá la incorporación y desarrollo de las nuevas tecnologías (técnicas TIC).
- ✓ Analizar, enumerar y desarrollar todos los cambios tele-sanitarios que se van a llevar a cabo hasta el año 2020.
- ✓ Reconocer las consecuencias directas de este nuevo sistema sanitario sobre el paciente.

METODOLOGÍA

Se realizó una revisión bibliográfica narrativa. La búsqueda inicial incluía los términos: *técnicas TIC, telemedicina, sanidad virtual, fármaco-genómica*. La búsqueda se desarrolló en la base de datos de internet y Dialnet, el estudio se realizó desde 2008 a 2016. De un total de diez artículos, la revisión se ha centrado en aquellas que incluían palabras: radiofrecuencia, tecnología en tres D, fármacos a "medida". Se ha contado con cinco artículos.

RESULTADOS

- ✚ La industria farmacéutica desarrollará fármacos a "medida" adaptados al tipo de enfermedad y al perfil genético de la persona que la padezca (farmacogenómica)
- ✚ Utilización de etiquetas de identificación por radiofrecuencia (RFID), que adheridas a unos brazaletes que lleven los pacientes, servirán, para conocer su ubicación, para transmitir de forma inalámbrica datos del enfermo, como sus constantes vitales, etc.
- ✚ Se desarrollarán biosensores no invasivos implantables en el cuerpo, capaces de detectar, analizar y transmitir datos sobre el estado de salud de una persona en tiempo real.
- ✚ El uso de nuevas tecnologías basadas en 3D, permitirán el diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico a distancia.
- ✚ Combinación de información clínica y genómica con bases de datos de pacientes, lo que permitirá un diagnóstico temprano de las enfermedades y la administración de tratamientos presintomáticos.
- ✚ Utilización de bio chips que permitirán hacer análisis complejos sin dolor y sin necesidad de extraer muestras de sangre.

CONCLUSIONES

La incorporación de las TICs a la medicina ha conseguido, y logrará, pasos importantes para avanzar en los métodos de tratamiento y diagnóstico.

Comunicación Núm. 238. Salud pública y aplicación móvil en fisioterapia domiciliaria. Sánchez Moreno AB, et al.

Comunicación Núm. 258. La sanidad electrónica. La transformación del modelo sanitario actual. Fernández Ruiz G, et al.

ACCESO A LA HISTORIA CLÍNICA EN EL HOSPITAL CARLOS HAYA

AUTORES: DOLORES MORENO LUCENA, ROSA M^a PINTOR LUNA, RAFAEL A. DELGADO NARANJO

INTRODUCCIÓN:

En los últimos años ha aumentado el número de solicitudes de petición de historias clínicas por parte de los usuarios, entre los motivos más demandados es presentarlo a otro especialista o ante un tribunal médico. El acceso a la Historia Clínica es un derecho del usuario. Está regulado por la Ley 41/2002 de autonomía del paciente, y completado con la Ley de Protección de Datos de Carácter Personal



OBJETIVO:

El objetivo de esta investigación es saber cuánto es el tiempo de espera para poder acceder a la historia clínica y cuáles son los requisitos necesarios para que se le entregue al paciente o familiar la documentación.

METODOLOGÍA:

Se ha estudiado el número de solicitudes que se han llevado a cabo en dicho hospital desde Enero a Septiembre de 2017, de todas las solicitudes se ha hecho una separación para detectar cuáles son para acceder a la historia clínica y cuáles han sido para hacer una cancelación o rectificación de sus datos.

RESULTADOS

El Servicio de Documentación y Archivo del Hospital Carlos Haya ha atendido de Enero a Septiembre más de 2.000 solicitudes (más de 1.500 entre abril y septiembre). Estas solicitudes son atendidas por un Técnico en Documentación Sanitaria que atiende directamente a los usuarios.

El 95% de los casos se resuelven en el momento presentando los documentos requeridos por ley, si es titular, mediante el documento de identificación y, en caso de no ser el titular de la información, el solicitante tendrá que aportar el documento que acredite la relación, ya sea de consanguinidad o afinidad, conjuntamente con una autorización del titular si es mayor de edad.

CONCLUSIONES:

Más de 400 usuarios de este hospital acceden cada mes a su historia clínica y para poder ofrecerla en el momento es sumamente importante que esté completa, lo más ordenada posible y que sea atendido por un profesional que sepa cómo actuar en cada momento. Es recomendable crear un estándar de calidad, generar confianza y no negar nunca la información a la que tiene derecho de acceso la persona solicitante.

Comunicación Núm. 293. Acceso a la historia clínica en el Hospital Carlos Haya. Moreno Lucena D, et al.

XI Jornadas de Salud Pública
Salud pública ante escenarios de futuro
del 20 al 22 de noviembre de 2017

LA IMPORTANCIA DE TICS EN LA OPTIMIZACIÓN Y EFICIENCIA EN EL DIAGNÓSTICO CLÍNICO

Gálvez Castro Joaquina (1), Vela Cuevas Mercedes (1), Del Corral Ávila Esther (2)

1. Enfermera del Servicio Andaluz de Salud, 2. TEL del Hospital Virgen del Rocío

CONTEXTOS

En la actualidad, las tecnologías de Información y comunicaciones, TICS, han ido evolucionando de manera exponencial al introducir grandes avances que aplicados al área de la salud consiguen agilizar y mejorar los procesos de apoyo médico y una mejora en la atención del usuario. Estos TICS se aplican a Medicina, Laboratorio de Análisis Clínicos, Imágenes digitales en los servicios de Radiología, Gestión hospitalaria, Historia clínica electrónica, etc.

OBJETIVOS

- ✓ Mejorar la calidad asistencial de los usuarios del Sistema Sanitario.
- ✓ Poner en conocimiento a los profesionales sanitarios de los nuevos TICS para que las incorporen como herramientas de trabajo

INSTRUMENTOS DESARROLLADOS

Dentro de los Servicios de Radiología de importantes Hospitales Privados en la provincia de Sevilla hablamos desde hace años de avances tecnológicos como el PACS, Workstation, RIS, todos ellos enlazados entre sí. El RIS, Sistema de Información Radiológica, está integrado en el PACS y en el HIS (Sistema de Información Hospitalaria). Este principalmente proporciona información acerca de citaciones, agendas de las distintas salas dentro del servicio de radiología e historial de Informes.

Un servidor PACS (Picture Archiving and Communications System) es un sistema de almacenamiento digital así como de transmisión y visualización de imágenes radiológicas. A su vez este servidor PACS está enlazado con las estaciones de trabajo, Workstation, donde se envían dichas imágenes digitales para poder trabajar con ellas (función autobone, análisis de vasos, etc), visualizarlas y emitir un informe radiológico sobre dicha imagen.

LECCIONES APRENDIDAS

La integración de los sistemas de Información dentro de los Servicios de Radiología (RIS, PACS, WorkStation) con los sistemas de Información del Hospital, HIS, tiene como finalidad mejorar la comunicación entre los distintos servicios así como el seguimiento de los pacientes, optimizando la eficiencia y calidad asistencial en el Hospital. Además estos sistemas de digitalización de imágenes en los Servicios de Radiología ofrecen una alta calidad en la imagen con acceso inmediato a ellas pudiendo trabajar con las mismas bien mejorando el contraste, ampliando determinadas áreas, etc. y a su vez permite reducir la dosis de radiación en los pacientes.

Comunicación Núm. 315. La importancia de las TICs en la optimización y eficiencia en el diagnóstico clínico. Gálvez Castro J, et al.

PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DEL NOVEDOSO MÓDULO DE AYUDA A LA CODIFICACIÓN (MAC) CON CIE-10

AUTORES: DOLORES GUTIÉRREZ MORENO, EVA PLATA LUNA, CLARA ISABEL GONZÁLEZ LOZANO.

OBJETIVO: Para presentar el MAC lo primero que hay que explicar es que es una herramienta de ayuda a la codificación que se puso en funcionamiento en 2016 coincidiendo con la llegada de la CIE10. Fue concebido y desarrollado por el S.A.S. para usuarios del S.N.S. a través del Ministerio de Sanidad S.S. e Igualdad.

El desarrollo de esta aplicación se hace con el objetivo de mejorar la codificación y facilitar este proceso a todos los profesionales que tienen relación con la novedosa CIE-10. El desarrollo de esta aplicación es compartido entre las instituciones del servicio nacional de salud, dentro del proyecto de implantación de la CIE-10 en nuestro S.N.S. que se lleva haciendo estos últimos años.

METODOLOGÍA: Hay que dejar claro antes de utilizar el MAC que se trata de una herramienta de ayuda a la codificación y nunca se debe usar para codificar automáticamente. Su funcionamiento está basado en mapeos o equivalencias generales por lo que puede haber errores. En el siguiente apartado trataremos de dar las claves de uso más importantes y formas de utilización simplificadas que faciliten y aclaren su funcionamiento, para ello aportaremos pantallazos de imágenes reales con ejemplos que harán la comprensión del comando más comprensible.

RESULTADO: Hay muchas más funciones pero entendemos que las más frecuentes y útiles para codificar y la correcta utilización del MAC son:

Búsqueda de Procedimientos CIE10:

- Es posible escribir palabras completas de un determinado término, pero también incompletas, puede utilizarse un sólo término o varios. Si se utilizan varios términos deben estar separados por comas, sin espacios.
- Para buscar un texto exacto, (búsqueda de acrónimos frecuentes) se obtendrán los nodos donde aparezcan palabras que lo contengan, en cambio, si se introduce la secuencia espacio/término/espacio aparecerán los nodos que contengan el término exacto.
- Al entrar en la página inicial, se selecciona el icono del margen derecho, a la derecha de la caja de texto ("filtro"), se accede a construir el código secuencialmente.
- Se puede seleccionar un código pinchando dos veces en él lo que agiliza mucho la asignación de códigos.
- El icono "atrás" representado por una flecha curva en el margen superior derecho, cierra la ventana emergente.
- Al escribir directamente sobre la caja de texto se desplegarán grupos que contienen ese término; se selecciona el grupo pertinente y aparecerá la página con todos los códigos posibles, siendo posible obtener el código en tan sólo 2 o 3 clics.
- Es posible borrar el/los resultado/s pinchando sobre "limpiar resultados" y limpiar el cuadro de texto pinchando sobre el aspa roja del cuadro.
- Para codificación múltiple, a la izquierda del código aparece una casilla de selección; al marcarla se despliegan los posibles acompañantes.
- Para seleccionar los códigos hacer clic sobre las casillas y el botón "Agregar" que aparece en la parte inferior.

CONCLUSIONES: Tratamos de explicar cómo realizar las búsquedas de códigos para que su rendimiento sea eficiente. Las funcionalidades más avanzadas derivan del uso de su tesoro de términos. El funcionamiento está basado en equivalencias generales lo que puede dar lugar a errores de ahí deriva la importancia del saber utilizarlo bien para poder expresar todo su potencial siempre sabiendo que no se debe codificar sin criterio con él, si no como un apoyo y herramienta de consulta. Hay que poner en valor el momento tan delicado y de transición en el que se implementó esta herramienta que facilitó la rápida y más fácil adaptación a la nueva CIE-10 de todos ya que ponía a tu alcance un método de orientación rápido y al alcance de todos que agiliza mucho el trabajo diario y limita mucho las opciones de error.

Comunicación Núm. 397. Presentación y análisis del novedoso módulo de ayuda a la codificación (MAC) con CIE-10. Gutiérrez Moreno D, et al.

LA DIABETES MELLITUS Y LAS APPS

AUTORES: M^a MERCEDES CARRASCO RACERO; FÁTIMA FERNÁNDEZ GARCÍA; MARIBEL MONTORO ORTIZ

PALABRAS CLAVE: DIABETES MELLITUS, APP, SALUD

OBJETIVOS:

- Destacar la importancia del uso de apps móviles para el manejo de enfermedades crónicas
- Demostrar la eficacia de apps destinadas al manejo de la diabetes mellitus

METODOLOGÍA:

En nuestro proyecto se ha llevado a cabo una revisión sistemática en las bases de datos Pubmed, Scopus, y ScienceDirect. La búsqueda se realizó entre los meses de agosto y septiembre utilizando los descriptores MESH "Healthliteracy", "Healtheducation", "diabetes mellitus" y las palabras clave "mobileapps" y "aplicaciones móviles" y "m-health", las combinaciones se realizaron mediante el operador booleano AND. Finalmente fueron escogidos todos aquellos artículos publicados en inglés o español posteriores a 2010.

DISCUSIÓN/ CONCLUSIONES:

En un mundo cada vez más informatizado en el que las nuevas tecnologías se han hecho partícipes de nuestro día a día, sobre todo, los teléfonos móviles y tablets de los cuales nos hemos vuelto prácticamente "inseparables", podemos hablar de las m-health como una herramienta a considerar en el cuidado de la salud. Los estudios hallados a pesar de no mostrar cambios altamente significativos en los comportamientos de la población por sí solos, sí muestran ligeros beneficios una vez que los unimos con los cuidados convencionales. Al mismo tiempo, se observa aceptación bastante considerable por parte de la sociedad, que las consideran una herramienta muy útil. A todos estos hallazgos debemos de sumarle los avances que poco a poco se van atisbando en el diseño, desarrollo y efectividad de las apps. Aún queda mucho camino por recorrer en el mundo de las apps sanitarias, pero si seguimos indagando y perfeccionando más este campo dentro de la atención sanitaria, el uso de dichas herramientas podrá ir ganando peso y haciéndose un hueco en nuestra sociedad hasta llegar a considerarse una estrategia de peso en el cuidado de nuestra salud actual.

RESULTADOS:

Del total de artículos hallados, aproximadamente unos 200, finalmente fueron elegidos para este estudio un total de tres artículos que cumplían con los criterios de inclusión previamente establecidos. Los tres estudios hallados, estaban diseñados con una metodología mixta que constaba de unas entrevistas cualitativa pre-post test y un estudio aleatorio controlado en el que se medían parámetros como la hemoglobina glicosilada, entre otros. A pesar de que el tamaño de la muestra en los tres estudios era relativamente pequeño, en todos se obtuvieron resultados positivos, tanto objetivos (como la mejora de los niveles de glucemia) como subjetivos, gran satisfacción por parte de la población que formó parte del estudio; todos coincidían en que consideraban útil la existencia de este tipo de herramientas para el manejo de su enfermedad y estaban de acuerdo en integrar el uso de dicha app en su rutina diaria.

Comunicación Núm. 452. La diabetes mellitus y las apps. Carrasco Racero MA, et al.

TELEASISTENCIA DOMICILIARIA. ¿INFLUYE EN LA CALIDAD DE VIDA DE NUESTROS MAYORES?

Autores: Maribel Montoro Ortiz; Fátima Fernández García; M^a Mercedes Carrasco Racero

Palabras clave: Teleasistencia; calidad de vida; anciano frágil; envejecimiento activo.

INTRODUCCIÓN

En España el servicio de tele asistencia nació a principios de los años 90. Es uno de los recursos de atención sociosanitaria a la población mayor que más desarrollo está experimentando y que más aceptación tiene entre sus usuarios. Sus objetivos son proporcionar compañía, seguridad y tranquilidad tanto al anciano como sus familiares; garantizar el servicio las 24 horas del día; aumentar la autonomía del anciano; prevenir situaciones de riesgo en el anciano frágil; proporcionar una atención inmediata y adecuada ante situaciones de emergencia.

OBJETIVOS

- Analizar la influencia del servicio de teleasistencia domiciliaria en la calidad de vida del anciano frágil.
- Estudiar si el servicio de tele asistencia domiciliaria es asequible para la población anciana.



METODOLOGÍA

Se seleccionó una muestra de 30 personas, 19 mujeres y 11 hombres, con edades de entre 80 y 95 años, pertenecientes a cupos urbanos. Se les pasó un cuestionario de preguntas cerradas que incluían una serie de ítems sobre calidad de vida y el servicio de tele asistencia. Se incluyeron ancianos considerados frágiles y todos ellos fueron encuestados previo consentimiento informado.



EL CUESTIONARIO:

- ¿Tiene una buena opinión sobre la instalación del terminal de teleasistencia? ¿Le parece fácil de usar? ¿Recibe regularmente llamadas de seguimiento?
- ¿Ha mejorado su calidad de vida el uso de este servicio? ¿Lo ha utilizado en alguna ocasión?
- ¿Recomendaría el servicio a otras personas?
- ¿Le aporta beneficios este sistema? ¿Está satisfecho con las llamadas de seguimiento?
- ¿Se siente más seguro con el servicio?
- ¿Se siente más tranquilo con el servicio?

A estas preguntas podían responder como Sí; No; o No sabe/No contesta.

RESULTADOS

De un total de 30 personas encuestadas, 28 eran usuarios del servicio de tele asistencia domiciliaria (19 mujeres y 9 hombres). De este análisis podemos decir que: el 79% de los usuarios encuestados coinciden en que el servicio de tele asistencia domiciliaria les ha mejorado la calidad de vida; el 15% considera que tienen la misma calidad de vida antes y después de ser usuario del servicio de tele asistencia; el 6% de los usuarios encuestados no opina por no poseer dicho servicio.



CONCLUSIÓN

El servicio de tele asistencia domiciliaria mejora la calidad de vida en la mayoría de ancianos frágiles, siendo un mínimo porcentaje los que no manifiestan un cambio relevante en su vida con este servicio. Este servicio tiene un alto porcentaje de usuarios y un elevado grado de satisfacción y se recomendaría a otras personas. La mayoría opina que este servicio ha aumentado su seguridad. Y es una solución idónea para pacientes y proveedores sanitarios.

Comunicación Núm. 456. Teleasistencia domiciliaria. ¿Influye en la calidad de vida de nuestros mayores? Montoro Ortiz M, et al.

TIC EN LA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA

AUTORES: MARIBEL MONTORO ORTIZ; M^a MERCEDES CARRASCO RACERO; FÁTIMA FERNANDEZ GARCIA

PALABRAS CLAVE: ATENCIÓN PRIMARIA; NUEVAS TECNOLOGÍAS; PROYECTOS DE TECNOLOGÍAS DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN.

OBJETIVOS:

Las tecnologías de la comunicación y las comunicaciones (TIC) permiten abordar nuevos modelos de atención que mejoren la accesibilidad, las prestaciones, la seguridad de los tratamientos, y a su vez, consuman menos recursos sanitarios. La continuidad asistencial y el control del paciente por los profesionales adecuados a cada momento y según el estado de salud del paciente, hoy es posible realizarlos mediante la utilización de herramientas tecnológicas y permiten la integración de estructuras de atención especializada, de atención primaria, de los servicios sociosanitarios y con el propio domicilio del paciente.

El objetivo de este estudio es conocer el uso de diversas TIC en las consultas de diversos Centros de Atención Primaria de Málaga; así como incrementar la calidad en la atención al paciente y la eficiencia de la Atención Primaria.

METODOLOGÍA:

Estudio observacional descriptivo transversal que se llevó a cabo en 4 Centros de Salud, a un total de 40 profesionales (facultativos y DUE). Las variables a estudio fueron: sexo, centro de salud de pertenencia, edad y años de servicio prestados en Atención primaria. Se recogen los datos con encuestas de 15 preguntas previamente verificadas con otros profesionales que participan en el estudio.

Se observa la necesidad de implementar programas de formación a los profesionales para aumentar el rendimiento del uso de las TIC y aumentar tanto el número de pacientes que se benefician de éstas como la calidad de los cuidados y seguimiento de los mismos.

El hecho del poco entusiasmo por parte de algunos de los profesionales encuestados confirma la primera conclusión que se ha planteado, en el sentido de que quizás, los que reciben una formación personalizada y bien estructurada hagan cambiar el statu quo, y se impliquen en la mejora de rendimiento del centro de salud y en la mejora de la calidad asistencial de los pacientes.



RESULTADOS:

El 93% de los profesionales considera necesario el conocimiento y uso de las TIC para mejorar su rendimiento laboral; y cree que puede mejorar la calidad de las atenciones a los pacientes. El 58%, creen que necesitan una mayor formación para poder sacar el máximo rendimiento de las TIC y que puedan favorecerse la mayor parte de la población. El 17% no saben manejar las tecnologías y el 25% de los encuestados muestran rechazo a aprender a manejar nuevas tecnologías y no ven mejora en la calidad asistencial, reivindicándose en los métodos tradicionales. El 90% conocen las páginas webs utilizadas como apoyo en la consulta pero sólo el 30% las usan en la práctica clínica. El 60% usan el correo electrónico corporativo para formación continuada. Según las encuestas las TIC más utilizadas son: 85% el teléfono para seguimiento de los pacientes (móvil y teleasistencia); 13% el e-mail; y 2% otros métodos (videoconferencia, redes sociales).



Comunicación Núm. 458. TIC en la consulta de Atención Primaria. Montoro Ortiz M, et al.

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA AUTOMEDICACIÓN. ¿CONSULTAMOS DEMASIADO INTERNET?

Autores: Fátima Fernández García; Maribel Montoro Ortiz; M^o Mercedes Carrasco Racero.
Palabras clave: Automedicación; autocuidado; factores relacionados; Internet.

OBJETIVOS

El objetivo de este estudio es conocer la prevalencia de la práctica de automedicación en la población adulta, así como los factores, características y condicionantes relacionados.

METODOLOGÍA

Estudio de metodología cuantitativa, de tipo observacional descriptivo transversal. Muestra de 54 adultos en total. Para la recogida de datos se usó el cuestionario utilizado en la tesis "Automedicación en universitarios" realizado en Salamanca (Flores Carabias M. 2011), al que se le añadió algunas preguntas necesarias para lograr los objetivos del estudio. Ese cuestionario se compone de 70 preguntas, incluyendo diversos tipos. Los datos obtenidos se analizaron usando el programa estadístico SPSS versión 21. Se realizaron análisis descriptivos y análisis bivariantes.

RESULTADOS

Se observó que el porcentaje total de personas que se automedican fue del 46.3%. El 83.3% de las personas que consultaban Internet se automedicaban. Existe relación entre la práctica de automedicación y considerar que se tiene los conocimientos suficientes para tomar medicamentos sin prescripción ($p=0.036$). Se obtuvo que de aquellos que consideran que si tienen los conocimientos suficientes, se automedican un 58.3%. Por otro lado, de aquellos que consideraban sus conocimientos insuficientes, un 30% practicaban automedicación. Los porcentajes de automedicación en los distintos niveles de estudios fueron muy parecidos, ya que los que tienen un nivel de estudios superior se automedican en un 43.9%, frente a un 40% de aquellos que tienen estudios secundarios. Los porcentajes muestran que un 50% de los hombres se automedican frente a un 40% de las mujeres. El porcentaje de automedicación en personas sanas fue del 46.5%, mientras que en personas que padecen alguna enfermedad crónica fue del 27.3%. El porcentaje de automedicación en aquellos que poseen algún tipo de formación sanitaria fue de 47.4%. La edad media de las personas que se automedicaban fue de 32.43 años. Analgésicos y antiinflamatorios fueron los fármacos más usados.



CONCLUSIÓN

La prevalencia de automedicación fue de 46,3%. Se demostraron diferencias estadísticamente significativas entre la automedicación y la fuente de información consultada, la utilización de medicamentos de tratamientos anteriores para síntomas parecidos, considerar tener los conocimientos suficientes para tomar algún medicamento sin consultar a un médico y una valoración positiva del proceso asistencial por parte del sistema sanitario.

Comunicación Núm. 474. TIC en la consulta de Atención Primaria. Montoro Ortiz M, et al.



LA e-SALUD O e-HEALTH

AUTORA: NURIA HUERTA GONZÁLEZ

INTRODUCCIÓN	METODOLOGÍA
La e-Salud (e-Health en su terminología en inglés) es el término con el que se define al conjunto de Tecnologías de la Información y la Comunicación (TICs) que, a modo de herramientas se emplean en el entorno sanitario en materia de prevención, diagnóstico, tratamiento, seguimiento, así como en la gestión de la salud.	Se ha realizado una revisión bibliográfica mediante una búsqueda retrospectiva en las siguientes bases de datos: Cuiden Plus, Liliacs y Pubmed, utilizando como descriptores: Productos y Servicios de información; Planificación; Procesos de Enfermería. La búsqueda se restringió a los idiomas inglés y español. Se han seleccionado artículos científicos desde el año 2006 hasta el año 2017 y esto llevó a extraer los resultados y conclusiones que se explican en este trabajo.
OBJETIVOS	RESULTADOS
<p>Dar a conocer la realidad actual sobre las TICs en ciencias de la salud o e-Salud porque se pueden considerar una herramienta aliada al uso y divulgación del lenguaje enfermero al hacer que los cuidados sean ofertados con mayor calidad.</p> <p>Crear conciencia de la importancia del manejo y uso de las TICs, para la evolución de los cuidados de enfermería.</p>	<p>La profesión enfermera sigue evolucionando al utilizar las tecnologías de la información o e-Salud o e-Health como se están implementando en todos los ámbitos de las actividades asistenciales, docentes, de investigación y gestión, tanto en Atención Primaria como en Atención Especializada cada vez se está trabajando con un lenguaje enfermero común. Pero aún queda mucho camino por recorrer, no cabe duda que es importante seguir apostando por estas nuevas herramientas, pues son múltiples los estudios científicos que avalan que el uso de las TICs han supuesto un gran avance en la satisfacción de las necesidades y expectativas de os profesionales sanitarios, tras años del uso de las taxonomías NANDA, NIC y podemos afirmar que las TICs se han revelado como instrumentos que refuerzan, ayudan y mejoran el actual modelo sanitario. Pero existen muchas más ventajas como posibilidad de hacer consultas remotas, rentabilidad coste-efectividad, facilita un diagnóstico temprano y más preciso, permiten un acceso más rápido a la historia clínica del paciente, mejora la eficacia y coordinación administrativa.</p>
CONCLUSIONES	
<p>Trabajar con una metodología enfermera ayuda a organizar y estructurar el trabajo en la enfermería porque:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Construye un elemento fundamental de ayuda en la toma de decisiones clínicas - Posibilita la utilización de conocimientos y habilidades concretas dentro del marco conceptual definido por los principios básicos de la profesión enfermera. - Sirve para detectar los problemas existentes en la aplicación de planes de cuidado. - Delimita el marco de actuación de la enfermería y hace visible su trabajo - Favorece el avance científico de la profesión con nuevas utilidades. - Beneficios para el paciente y para la administración. 	

Comunicación Núm. 507. La e-salud o e-health. Huerta González N.

APLICACIONES DEL BIG DATA COMO HERRAMIENTA PARA MEJORAR LA SALUD PÚBLICA

Llanes Fdez de la Cueva G, Camacho-Bejarano R, Merino Navarro D, Mariscal CrespoMI, Díaz Perianez C

INTRODUCCIÓN:

El sector sanitario se enfrenta actualmente a un nuevo paradigma, la explosión del Big-data, que nace con los nuevos avances de la tecnología informática permitiendo almacenar cada vez más datos de salud.



PREGUNTA: ¿Cuáles son las aportaciones del Big-data en la Salud Pública?

OBJETIVOS:

- Describir los principios y aplicabilidad del Big Data en el ámbito sanitario.
- Analizar los beneficios del Big Data en el desarrollo de políticas de Salud Pública.
- Plantear nuevas líneas de desarrollo de políticas de Salud Pública basadas en el Big-data

RESULTADOS:

- La información obtenida en el Big-data, se puede utilizar para otros fines relacionados con la Salud Pública:
- Comportamiento de la Salud y actitudes (hábitos de vida).
- Farmacovigilancia
- La utilización de Big-data en Salud Pública debe ir encaminada a:
- Evaluación de los datos (investigar y analizar la ocurrencia y causalidad de los problemas de salud)
- Desarrollo de políticas encaminadas a obtener prioridades en Salud.
- Gestión de recursos.
- Información y Educación para la Salud.
- Razonamiento analítico, toma de decisiones y resolución de problemas.

METODOLOGÍA:

*Revisión bibliográfica de la literatura científica en Pub Med, Cinalh, Cochrane, Cuiden y Ciden Plus de 2012-17.
 *Descriptores: health professional, nursing, public health y big-data.
 *Criterios de inclusión: últimos 5 años, restringidos al idioma inglés-español.
 *Criterios de exclusión: Aplicación de Big data en otros contextos



CONCLUSIONES:

El Big-data influye en la Salud Pública por la combinación de una base epidemiológica sólida, la integración de conocimientos y principios de medicina y enfermería basados en la evidencia.

Mejora la salud al proporcionar conocimientos sobre las causas y los efectos de la enfermedad, así como de la predicción y prevención de la misma.

Comunicación Núm. 526. Aplicaciones del big data como herramienta para mejorar la salud pública. Llanes Fernández de la Cueva G, et al.



Innovación en salud pública



ANÁLISIS DE LOS GRUPOS DE INVESTIGACIÓN, ESTRUCTURAS ESTABLES DE INVESTIGACIÓN COOPERATIVA Y ENSAYOS CLÍNICOS EN EL SISTEMA DE SALUD PÚBLICO ANDALUZ (SSPA), AÑOS 2008 Y 2014.

Aurora Peña González, Mercedes Almagro Calzada y M^a Carmen Torres Calvo

INTRODUCCIÓN

Hablar de investigación e innovación (I+i) en salud en Andalucía es hablar de su Sistema Sanitario Público (SSPA), porque es la mayor empresa de servicios de atención sanitaria y la mayor organización del conocimiento de nuestra comunidad.

El SSPA es un elemento clave en el sistema de ciencia y tecnología andaluz, ya que mantiene la obligación de aplicar el conocimiento generado a la mejora de la salud de las personas a las que atiende, así como la optimización de los recursos empleados para generar salud.

OBJETIVO

Analizar los indicadores más relevantes en materia de recursos disponibles para la investigación, actividad investigadora y producción científica y tecnológica en el contexto del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

MATERIAL Y MÉTODO


Los datos los hemos obtenido de la **Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales** de la Junta de Andalucía.

Con los datos obtenidos hemos realizado dos tablas:

- Una tabla que contiene las estructuras estables de investigación a nivel autonómico e investigación cooperativa a nivel nacional e internacional. Años 2008 y 2014
- Una tabla que contiene los ensayos clínicos realizados en los años 2008 y 2014.

RESULTADOS

Estructuras estables de investigación a nivel autonómico	2008	2014
Grupos del PAID	80	197
Investigación cooperativa		
Grupos en CIBER		35
Grupos en RETICS	74	49
Grupos en redes internacionales		8



Ensayos clínicos nuevos	2008	2014
Presentados	298	364
Autorizados	267	333
Ensayos clínicos académicos (%)	16,1	17

CONCLUSIONES

La Investigación en el SSPA se ha venido estructurando de manera estable a través de las siguientes estructuras reconocidas a nivel autonómico, nacional e internacional:

A nivel autonómico: Grupos del PAIDI (Plan Andaluz de Investigación, Desarrollo e Innovación, 2008-2014) que han aumentado en un 42% en 2014.

Estructuras de investigación cooperativa a nivel nacional e internacional:

- Centros de Investigación Biomédica en Red (CIBER). La investigación ha aumentado en un 100% en 2014
- Redes Temáticas de Investigación Cooperativa en Salud (RETICS). Disminución en 2014 de un 20% respecto al 2008
- Redes Internacionales. Aumento del 100% en 2014.

En cuanto a los ensayos clínicos en 2014 se presentaron un 55% del total de los cuales se autorizaron casi un 92% y en 2008 se presentaron 45% de ensayos de los cuales se autorizaron casi un 90%.

El SSPA ocupa la tercera posición a nivel nacional en I+i en Salud en el ámbito de las CC.AA. dentro de la investigación en Biomedicina. Sin embargo, su participación en cuanto a captación de recursos en programas de financiación de agencias nacionales y europeas, así como en producción científica, es inferior al nivel que le correspondería en cuanto al volumen de recursos en el conjunto del SNS y a los factores demográficos.

En los últimos años se ha incrementado la capacidad de producción de manera significativa, contando con grupos e instituciones de excelencia que concentran la mayor parte de los proyectos y resultados. Sin embargo, un número importante de los centros sanitarios están por debajo de su capacidad.

El compromiso político de la Junta de Andalucía, es mantener el esfuerzo en I+i lo que incrementará la competitividad de nuestra región a nivel nacional.

La mejora en la gestión de la I+i requiere impregnar todos los niveles de la Gestión Clínica para multiplicar la capacidad operativa y obtener ventajas de las oportunidades que brinda el entorno.

Existen algunos sectores, como el de las TICs, mejor posicionados que los de Pharma y productos sanitarios que deberían ser objeto de mayor atención.

Comunicación Núm. 233 Análisis de los grupos de investigación, estructuras estables de investigación cooperativa y ensayos clínicos en el Sistema de Salud Público Andaluz (SSPA), años 2008 y 2014. Peña González A, et al.

XI Jornadas de Salud Pública
Salud pública ante escenarios de futuro
Del 20 al 25 de noviembre / 2017

futuro

Escuela Andaluza de Salud Pública

#11jornadasSP

INNOVACIÓN EN LAS PRIMERAS REVISIONES DE NIÑO SANO: APLICACIÓN DE TÉCNICAS CRANEOSACRAS EN RECIÉN NACIDOS ASINTOMÁTICOS.

ORTEGA PÉREZ, SARAY, RUBIO FERNÁNDEZ, FRANCISCA, GONZÁLEZ RODRÍGUEZ, SILVIA
Fisioterapeutas HAR GUADIX Y HAR TOYO

Introducción

El tratamiento craneosacro es una aplicación de terapia manual realizada por fisioterapeutas, formados de manera específica en técnicas de osteopatía y/o terapia manual craneal. Consiste en la revisión de las estructuras óseas y membranosas de la cabeza del recién nacido que por motivo de su vida intrauterina (apoyos continuados en la pelvis de la madre), o por el paso del canal del parto (cabalgamiento fisiológico de los huesos del cráneo en el expulsivo) o complicaciones como distocias mecánicas, malposiciones fetales, uso de ventosas, fórceps, producen compresiones a nivel de las suturas craneales que se resuelven, en la mayoría de ocasiones, de manera fisiológica, pero en otras es necesaria la terapia manual. El diagnóstico y tratamiento de cráneo del recién nacido ha de realizarlo un especialista en terapia craneal para evitar problemas de plagiocefalia durante el crecimiento del cráneo del bebé. Por último realizamos un trabajo a nivel craneosacro que pretende armonizar el movimiento del líquido cefalorraquídeo (LCR) a través de las meninges desde el cráneo al sacro.

DESCOMPRESIÓN SUBOCCIPITAL



TRATAMIENTO DE LA SEB



TRATAMIENTO FRONTO-OCCIPITAL



TRABAJO CRÁNEO-SACRO



Comunicación Núm. 275. Innovación en las primeras revisiones de Niño Sano: aplicación de técnicas craneosacras en recién nacidos asintomáticos. Ortega Pérez S, et al.

Acceder a la Historia Clínica en línea con ClicSalud

Autores: José María Espinar Martínez y Gloria Rodríguez Cortés

CONTEXTO:

El Sistema Sanitario Público de Andalucía cuenta con un sistema de información que recoge la historia de salud electrónica de cada una de las personas que lo usan. Este sistema (*Diraya*) ha sido concebido para que toda la información necesaria para atender a los pacientes sea accesible siempre, tanto si la asistencia se produce en un centro de salud como si se presta en urgencias o en un hospital.



¿Qué es ClicSalud?

Es una herramienta que permite a los ciudadanos acceder a la información básica de su historia clínica desde Internet, a través de InterSAS la Oficina Virtual del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

El objetivo de esta herramienta es *fomentar un mejor cuidado de la salud dando protagonismo a la comunicación entre los ciudadanos y los profesionales, promoviendo el intercambio de información y los programas de salud.*

PROCEDIMIENTOS:

- Para acceder a [ClicSalud](#) es necesario disponer de certificado digital o DNI electrónico con el objetivo de garantizar, en todo momento, la confidencialidad y la seguridad de los datos.
- Una vez que se haya identificado, [ClicSalud](#) le mostrará información actualizada partiendo de los datos recogidos.

Lecciones aprendidas

Es necesario dar a conocer más esta herramienta, que en numerosos casos puede resultar al usuario de gran utilidad, pero que hoy por hoy, no es conocida, ya que al Servicio de derechos ARCO (Acceso, Rectificación, Cancelación y Oposición) llegan numerosas solicitudes de informes que ya está a disposición del usuario a través de ClicSalud. Si tuviera una mayor difusión y conocimiento entre los usuarios descargaría de trabajo a este servicio.

DISTROFIA MUSCULAR Y ARTETERAPIA EN EL NIÑO

AUTOR
Carmen Santiago Tejero
Cándida Tejero Chamorro

Contexto y descripción

- Grandes dificultades en la vida diaria.
- Necesario un gran afán de superación: Esfuerzo personal.
- Motivación exterior.
 - **Arteterapia :**
 - ✓ Recurso eficaz.
 - ✓ Alivia tensiones y reactiva la motivación.
 - ✓ Fomenta la positividad.

Objetivos

- Mayor grado de confianza, conocimiento de sí mismo y de su cuerpo.
- Alejarse de pensamientos negativos y relajación como forma de terapia.
- Tomar conciencia de la capacidad para realizar actividades alternativas.
- Generar entusiasmo y deseo de superación.
- Mejorar el estado anímico y la salud mental y física.

Metodología

- Clima de confianza inicial.
- Técnicas apropiadas y sin riesgo.
- Actividad terapéutica: potenciar el proceso creativo, nunca la perfección del resultado final.
- Comunicación e intercambio de experiencias: Expresar y entender al otro puede ser gratificante.
- Clima distendido, ambientación musical, espacios alegres. Refuerzo del estado de optimismo.
- No establecer metas.

Resultado



Conclusión
**La expresión artística:
Un refuerzo terapéutico.**

Comunicación Núm. 280. Acceder a la historia clínica en línea con ClicSalud. Espinar Martínez JM, et al.

Comunicación Núm. 299. Distrofia muscular y arteterapia en el niño. Santiago Tejero C, et al.

Gracia Fernández Ruiz
Rosario Guijo López

BENEFICIO ECONÓMICO Y SATISFACCIÓN CON EL NUEVO MODELO DE DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS EN LOS CENTROS SOCIO SANITARIOS DESDE LAS FARMACIAS HOSPITALARIAS



MARCO CONCEPTUAL

Tras la puesta en marcha de los **RD ley 16/ 2012 y RD 512/2015 de 29 de Diciembre** que regula la prestación farmacéutica en los centros socio sanitarios, se comenzó con el programa piloto en el servicio de farmacia del **Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba**.

OBJETIVOS

- ✓ Cuantificar el beneficio económico del cambio del suministro de medicamentos a un centro sociosanitario desde una oficina de farmacia a un Servicio de Farmacia de Hospital a través de un sistema de distribución de medicamentos en dosis unitarias.
- ✓ Valorar la satisfacción por parte del personal del centro.

METODOLOGÍA

Se realizó una revisión bibliográfica narrativa. La búsqueda inicial incluía los términos **técnico de farmacia, dispensación dosis unitaria, farmacia hospitalaria, RD 512/ 2015 29 de diciembre**.

La búsqueda se desarrolló en la base de datos de internet y Dialnet, el estudio se realizó desde marzo a septiembre de 2017.

El gasto durante el periodo del estudio por el centro socio sanitario fue de 20312 € y el gasto en PVP de los mismos en oficina de farmacia es de 32569 €, lo que supone un ahorro de 12257 € (38%) aproximadamente.

RESULTADOS

La dispensación desde el Servicio de Farmacia de los medicamentos a un centro socio sanitario ha supuesto un ahorro económico del 38% aproximadamente en el gasto de medicamentos. Se recibieron 10 encuestas en las que el aspecto más valorado fue el 5, (4,86 sobre 5), seguido del 1, (4,71 sobre 5); el peor valorado fue el 2 (4,29 sobre 5), los aspectos 3, 4, 6 y 10 se valoraron con 4,57 sobre 5 y la valoración de los aspectos 7, 8 y 9 fue de 4,47 sobre 5; la puntuación global fue de 4,54.

CONCLUSIONES

La dispensación desde el Servicio de Farmacia de los medicamentos a un centro socio sanitario ha supuesto un ahorro económico en el gasto de medicamentos.
La integración del Servicio de Farmacia con el centro socio sanitario fue valorada con alto grado de satisfacción por el personal.

Comunicación Núm. 316. Beneficio económico y satisfacción con el nuevo modelo de dispensación de medicamentos en los centros sociosanitarios desde las farmacias hospitalarias. Fernández Ruiz G, et al.

SISTEMA BÁSICO DE MODELOS EN SALUD PÚBLICA

(Autor 1, Francisco José Torres Úbeda. Autor 2, Ana García González. Autor 3, Isabel García González)

OBJETIVOS

- Aplicar la teoría de modelos durante el desarrollo histórico desde su origen en salud pública.
- Conocer la importancia de la Salud Pública Global para el sistema básico de salud.

METODOLOGÍA

Hemos revisado una revisión bibliográfica (segundo semestre de 2017) de 13 artículos publicados en los últimos 4 años, de entre los cuales 9 de ellos son artículos que cumplen nuestros criterios de inclusión (aquellos sistemas que solo se ceñan a su aplicación en salud pública y que el desarrollo tenga peso desde el origen) y 4 eran revisiones sistemáticas sobre la historia de las teorías en Salud Pública.

Todos los artículos evaluados han sido en Castellano a excepción de las revisiones sistemáticas la cual una era en idioma Italiano y 3 en Inglés. Las bases de datos consultadas han sido Csic, Scielo, Cochrane Library, Dialnet, con descriptores (Cuidados, Evolución, Sanidad, Teoría), se han excluido los artículos de opinión y los que no se ceñían exclusivamente al tema a tratar.

RESULTADOS

De manera pormenorizada, 6 artículos de los analizados coinciden en que en el ámbito de la Salud Pública se continúa manteniendo la tendencia en torno al 73% de los profesionales sanitarios y de las organizaciones profesionales en los que sus objetivos siguen siendo principalmente la cura y la rehabilitación de la enfermedad, sin importancia suficiente en materia de prevención. En los 3 restantes y las revisiones sistemáticas hacen más énfasis en que la prevención de la enfermedad tiene y debe ser el pilar fundamental de la Salud Pública Global, siendo esencial para consolidar el origen de las teorías de desarrollo evaluadas.

CONCLUSIONES

Como conclusión dentro de las teorías de mayor peso en Salud Pública desde sus orígenes, continúan teniendo el mayor peso dentro de sus pilares la prevención de la enfermedad. Además, dependiendo del nivel de cuidado en el que nos encontremos, la prevención de la enfermedad pierde un poco de peso, sin llegar a desvincularse nunca sea cual sea el nivel de cuidado ni el nivel sanitario del que se trate.



Comunicación Núm. 321. Sistemas básicos de modelos en salud pública. Torres Úbeda FJ, et al.

Realidad virtual: terapia eficaz en niños oncológicos hospitalizados


AUTOR : Carmen Santiago Tejero – Cándida Tejero Chamorro

CONTEXTO Y DESCRIPCIÓN

- La hospitalización prolongada crea tensiones y estados anímicos negativos en los niños.
- Éstos son perjudiciales en la evolución terapéutica y en su bienestar emocional.
- La realidad virtual es una herramienta eficaz como ayuda terapéutica.
- Puede adaptarse a estos niños sin que conlleve un esfuerzo material y personal importante.

METODOLOGÍA


- La planta oncológica infantil ha de convertirse en un espacio de fantasía.
- Se diseñará un proyecto terapéutico basado en el uso de la Realidad Virtual (RV).
- Se utilizarán cuatro tipos de RV.
 - ✓ Aplicaciones de creación artística.
 - ✓ Aplicaciones de juegos virtuales.
 - ✓ Aplicaciones de entornos y espacios exteriores.
 - ✓ Aplicaciones de cuentos.
- Se dotará de los medios técnicos necesarios: ordenador, gafas de RV, teléfono móvil y aplicaciones (gran parte gratuitas)
- Se adaptará a cada niño.



OBJETIVOS

- Suprimir los miedos.
- Promover su imaginación.
- Aminorar el estrés.
- Crear una imagen ajustada y positiva de sí mismo.
- Desarrollar las emociones y los sentimientos.
- Fomentar el bienestar anímico.
- Incrementar los sentimientos de autoestima y autonomía personal.
- Generar actitudes de confianza, respeto y aprecio.

RESULTADO



CONCLUSIÓN

La Realidad Virtual beneficia el estado anímico del niño oncológico hospitalizado

Comunicación Núm. 333. Realidad virtual: terapia eficaz en niños oncológicos hospitalizados. Santiago Tejero C, et al.

UN MODELO DE TRABAJO PARA LA SALUD PÚBLICA

Miguel Ángel Pezzi Cereto¹, Gema Díaz Alonso¹, Antonio Álvarez Martín¹, Carlos Rafael Lebrun Bougrat¹, Diego Román Rico¹ y Raúl Racero Ríos¹.
1. UG Salud Pública 2. Hospital de la Serranía de Ronda (AGS Serranía de Málaga).

CONTEXTO

La publicación en BOJA de la Ley 16/2011 de 23 de diciembre de Salud Pública de Andalucía, conjuntamente con los Planes de Salud, supone el acercamiento de la administración pública a las necesidades de salud de la población y a la labor estratégica de planificación de la salud pública. La ley reconoce el carácter transversal de la salud pública, que comprende la integración de la perspectiva de la salud pública en el ejercicio de las competencias de las distintas políticas y acciones públicas, desde la consideración sistemática de los determinantes de salud, la igualdad de oportunidades y la equidad en salud.

DESCRIPCIÓN Y OBJETIVOS DE LA PROPUESTA

Con la citada ley se procede a una regulación del desarrollo de los servicios de salud pública para adaptarlos a los tiempos actuales, posibilitando ofrecer una respuesta proactiva, flexible e innovadora a los retos de salud y las demandas sociales, y garantizando la mayor efectividad, con autonomía de gestión que facilite la intersectorialidad. La norma pretende la colaboración profesional en redes, por la cooperación interadministrativa y la planificación en salud pública, y en ella se establece un perfil de profesionales de salud pública, se apuesta por su desarrollo profesional y se regulan las responsabilidades de profesionales de salud pública.

RESULTADO: UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE SALUD PÚBLICA

La Unidad de Gestión Clínica de Salud Pública (UGCSP) del AGS Serranía de Málaga se propone como modelo de trabajo para el desarrollo de los servicios de salud pública. Se establecen 4 áreas de conocimiento: vigilancia, protección, prevención y promoción de la salud y medicina preventiva. La Unidad trata de prestar los servicios incluidos en sus contenidos con la finalidad de promover, vigilar, prevenir y proteger la salud de la ciudadanía; con la máxima calidad y eficiencia, en el marco de las normas en vigor, sobre la base de la evidencia científica disponible y de acuerdo con las estrategias que emanan de la Consejería de Salud. Partimos de un trabajo colaborativo y multidisciplinar de profesionales en el abordaje de los problemas de salud sobre los que tiene competencias y con el reconocimiento de la unidad se pretende:

1. Iniciar un proceso de integración de profesionales que de forma clara deberían involucrarse en el proyecto
2. Establecer un espacio común y llegar a un mejor conocimiento de las actividades que se realizan
3. Abordar los problemas de salud considerando todas las perspectivas relacionadas (vigilancia, promoción, protección y prevención).



LECCIONES APRENDIDAS

Tras la configuración y puesta en marcha de la UGCSP se concluye que el trabajo colaborativo es beneficioso y repercute de forma positiva en la salud pública, por ejemplo:

1. Sinergia en las actuaciones
2. Visión global y multidisciplinar en el abordaje de las actuaciones
3. Cartera de servicios unificada
4. Rápida respuesta a las demandas de la ciudadanía
5. Criterios compartidos
6. Trabajo inter niveles en el AGS Serranía de Málaga (Atención primaria y Especializada)



Comunicación Núm. 500. Un modelo de trabajo para la salud pública. Pezzi Cereto MA, et al.



Organización de los servicios de salud



PREVENCIÓN DE LESIONES MUSCULOESQUELÉTICAS EN LOS CELADORES DE UNA UNIDAD DE FISIOTERAPIA

Caraballo Camacho, N; de la Banda Palmar, S; Serrano de la Banda, F. UGC Rehabilitación. AGS Norte de Huelva. Servicio Andaluz de Salud.

Contexto y descripción del problema

La OIT reconoce que la lesión más común dentro del personal que moviliza pacientes los trastornos músculo-esqueléticos, debido al esfuerzo asociado a la movilización. En la actualidad, casi el 40 % de los accidentes por sobreesfuerzos se deben a la manipulación manual de cargas y a la movilización de pacientes, llevada a cabo en especial por celadores y personal de enfermería.

Descripción y objetivos de la intervención

Nos planteamos realizar una evaluación ergonómica del puesto de trabajo del celador en la unidad de fisioterapia con el objetivo de identificar y analizar los factores de riesgo a los que se ve expuesto el celador y en función de sus resultados, adoptar las medidas preventivas oportunas.

Procedimiento e instrumentos desarrollados

La evaluación de riesgos consiste en la identificación de peligros y su valoración. Para la valoración de la magnitud de los riesgos se utiliza el método empleado por el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el trabajo basando la estimación del riesgo en las consecuencias y en la probabilidad de que ocurra el hecho. Para determinar la severidad del daño se han de tener en cuenta las partes del cuerpo afectadas y la naturaleza del daño; de esta manera se puede clasificar en ligeramente dañino, dañino o extremadamente dañino. La probabilidad de que ocurra se clasifica en baja, media o alta. Una vez obtenida la estimación del nivel del riesgo podemos establecer la prioridad a la hora de aplicar medidas preventivas.

La evaluación de riesgos en el puesto de celador de la unidad de fisioterapia arrojó los siguientes resultados:

Riesgo	Probabilidad	Consecuencias	Estimación
Sobreesfuerzo por manipulación de cargas	Baja	Dañinas	Tolerable
Sobreesfuerzos por movilización de personas con movilidad reducida	Alta	Dañinas	Importante
Carga física: manejo de cargas	Media	Dañinas	Moderado
Carga física: movilización de personas	Media	Dañinas	Moderado
Caidas al mismo nivel	Baja	Ligeramente dañina	Trivial
Choques contra objetos inmóviles	Baja	Ligeramente dañina	Trivial


La movilización y manipulación de pacientes que realiza el celador de la unidad de fisioterapia constituye un importante riesgo ergonómico. Por ello hemos implantado las siguientes medidas preventivas en la unidad:

- Enseñanza al cuerpo de celadores de técnicas seguras de manipulación de pacientes y de cargas. Técnica adecuada de levantamiento cuyo principio básico es mantener la espalda recta y hacer el esfuerzo con las piernas.
- Utilización de ayudas mecánicas (grúas, tablas de transferencia, discos giratorios, etc) y solicitud de ayuda a un compañero cuando sea necesario.
- Consejo sobre la realización de ejercicios de fortalecimiento muscular de extremidades y tronco, así como aprovechar las pausas de descanso establecidas en el trabajo para relajar los músculos que son sometidos a mayor nivel de tensión.

Lecciones aprendidas

El celador de la unidad de fisioterapia se encuentra expuesto a sufrir trastornos músculo-esqueléticos ya que una de sus tareas fundamentales es movilizar y manipular a los pacientes. La prevención y la educación e información al trabajador es fundamental para evitar las lesiones de estos trabajadores.

Comunicación Núm. 17. Prevención de lesiones musculoesqueléticas en los celadores de una unidad de fisioterapia. Caraballo Camacho M, et al.



EL SERVICIO DE ATENCIÓN A LA CIUDADANÍA: RECOGIDA Y VERIFICACIÓN DE DATOS DE FACTURACIÓN A TERCEROS DE 2016 EN EL SERVICIO DE URGENCIAS.

AUTORES: MARÍA ISABEL GARCÍA SALZUEGO, SP DEL MAR MARTÍN MESTRE Y ANTONIO ROSALES GARCÍA NARANJO. HOSPITAL ALTA RESOLUCIÓN DE UTRERA. HOSPITAL PÚBLICA SANITARIA BAJO GUADALQUIVIR, SEVILLA.

INTRODUCCIÓN

Existe evidencia de que la falta de facturación adecuada, a la vez que la permisividad en la aplicación de la normativa que regula los derechos a la asistencia sanitaria en los diferentes supuestos, está suponiendo un lastre para el funcionamiento de nuestro sistema sanitario y una mermada en la recuperación de sus costes. Por otra parte, hay indicios de que al mejorar mínimamente la gestión en el proceso de facturación y si se sensibiliza sobre el problema a los distintos actores, se incrementa considerablemente la facturación y en última instancia la recaudación.

Se considerará un episodio como facturable cuando no esté cubierto por el Sistema Sanitario Público Andaluz y exista un tercero obligado al pago. La recogida de datos de Facturación sanitaria comienza cuando llega un paciente para ser atendido, habitualmente por Urgencias. Por ello es importante la actuación del personal administrativo en la identificación de los casos de facturación a terceros.

Una vez es identificado el caso se debe proceder inmediatamente si es posible, y si no lo es, a posteriori a la recogida y verificación de los datos para que posteriormente sea emitida la factura a terceros.


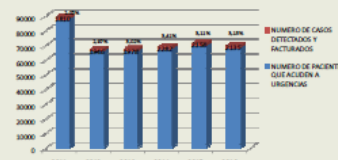
OBJETIVO

Identificar los casos en los que los servicios de urgencias prestan asistencia sanitaria a pacientes con procesos en los que exista un tercero obligado al pago, procediendo después de su identificación a la recogida y verificación de datos para la emisión de la correspondiente factura por parte del departamento competente del centro.

RESULTADOS

A lo largo de 2016 hemos asistido a 87.882 pacientes en nuestro servicio de urgencias. De los cuales 2135 han sido facturados a diversas entidades al no estar estos casos cubiertos por el Sistema Nacional de Salud. Lo que supone un 2,43% de los pacientes asistidos en urgencias.

También hemos podido comprobar que estos casos se reparten de manera homogénea a lo largo de todo el año. Variando desde los 150 casos en facturados en Enero a los 207 facturados en Junio.

CONCLUSIONES

El trabajo en equipo realizado por todos los administrativos ha enriquecido el proyecto. También podemos destacar el hecho de informar a todos los profesionales sanitarios de la importancia de conocer e identificar los casos facturables y comunicarlos al personal administrativo. OI vemos la evolución del número de pacientes asistidos en urgencias desde 2011 hasta 2016 y el número de los casos facturables detectados podemos afirmar que éste ha aumentado desde un 2,07% hasta el 3,11% en 2016.

Por todo ello podemos demostrar una mejora en la detección de los casos de facturación a terceros en el Hospital de Alta Resolución de Utrera.

METODOLOGIA

Los administrativos tenemos la responsabilidad de identificar el tipo de financiación, la gestión de la información y el envío de la documentación a facturación a terceros en tiempo y forma. Para ello establecimos distintas medidas para detectar los casos de facturación a terceros en la admisión de urgencias:

- 1. IDENTIFICACIÓN Y VERIFICACIÓN DE DATOS PERSONALES**
- 2. PREGUNTA DIRECTA AL PACIENTE:**
"¿La demanda de asistencia sanitaria es producida por un accidente o por enfermedad común?"
- 3. ANTE LA RESPUESTA DEL PACIENTE:**
 - ACCIDENTE:
 - NO: BIEN INFORMACIÓN, TIPO FARMACON, S.O.S.A.
 - SI: TIPO ACCIDENTE (TRAJIDO, LABORAL, PROXIMOS), FORTALECIMIENTO Y VERIFICACIÓN DE EQUIPAMIENTO, S.O.S.A. (SALUDADA SUFICIENTE).

Finalmente, se realiza la facturación a terceros.

AGENCIA PÚBLICA SANITARIA BAJO GUADALQUIVIR

Agencia Sanitaria Bajo Guadalquivir
CONSEJERÍA DE SALUD

HOSPITAL DE ALTA RESOLUCIÓN DE UTRERA
Avda. Brigadas Internacionales s/n 41710 Utrera (Sevilla)
955.83.90.01

Comunicación Núm. 31. El Servicio de Atención a la Ciudadanía: recogida y verificación de datos de facturación a terceros en 2016 en el Servicio de Urgencias. García Salguero MI, et al.

LA IMPORTANCIA DE LA ADECUADA HIGIENE DE MANOS EN UN CENTRO HOSPITALARIO

Objetivos: Actualmente las distintas campañas existentes es el mejor enfoque en la adecuada higiene de las manos y el uso correcto de los guantes. La observación directa del cumplimiento de las indicaciones forma parte de este proyecto. Debido a la gran importancia que supone la adecuada higiene en el medio hospitalario y al haber detectado errores en el proceso de higiene de manos y en el uso de guantes, hemos realizado una observación directa en las salas de hospitalización. El objetivo es saber si los protocolos de higiene se aplican correctamente.

Metodología: Un mismo observador realiza la monitorización de la higiene de manos y del uso de guantes durante dos meses, en TCAE y DUE y en diferentes turnos, en la sala de hospitalización de urgencias. Se recoge los datos del tipo de profesional, si los guantes se han utilizado con fines adecuados y si se ha realizado los protocolos de higiene de manos necesarios.

Autores: 1. Chvatova, Justina
2. Alcaide Lucena, Concepción
3. Armenteros Berral, Jesús David

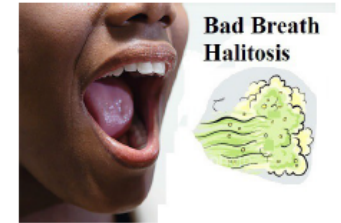
Resultados: Se analizaron 174 momentos. El 32,3% de las ocasiones el profesional fue un/a DUE y en el 68,7% un/a TCAE. En un 35,6% estaba indicado el uso de guantes, de los cuales se utilizó correctamente en 31,7%. La correcta higiene de manos se realizó en 78,9%, siendo el 53,7% de los errores, el momento de quitarse los guantes y el 33,7% antes de su uso.

Conclusiones: Aunque los protocolos de la higiene de manos en el medio hospitalario están consiguiendo una mejor aplicación en su realización, se sigue abusando del uso de guantes e incorrecta higiene de manos en los momentos previos y posteriores de la puesta de guantes. Los principales errores detectados conllevan el riesgo de transmisiones cruzadas. Es preciso que los profesionales sanitarios entiendan la gran importancia del uso adecuado de los guantes y utilicen las técnicas de la higiene de manos correctas.

Comunicación Núm. 70. La importancia de la adecuada higiene de manos en un centro hospitalario. Chvatova J, et al.

EFFECTOS DEL MAL ALIENTO EN LA SALUD DE LOS PACIENTES QUE LO PADECEN Y SU ABORDAJE ODONTOLÓGICO

García Rubio, A*



MARCO CONCEPTUAL/ANALÍTICO Y OBJETIVO

El mal aliento o halitosis está cada vez más presente en la práctica clínica de los odontólogos como una condición clínica a tratar correctamente, ya que afecta psicológicamente a los pacientes que la padecen, puesto que su presencia les impide relacionarse normalmente con otras personas por temor a que puedan percibir esa sensación incómoda de olor bucal desagradable.

El objetivo de esta investigación es analizar los factores etiológicos relacionados con la halitosis con el fin de conocer más a fondo su etiología y de este modo adoptar medidas que puedan ayudar a prevenir su desarrollo.

METODOLOGÍA

Para la recopilación de la información se ha realizado una revisión bibliográfica sistemática de las bases de datos electrónicas Pubmed y biblioteca Cochrane plus, cuyo intervalo de búsqueda ha sido desde 2012 a 2017.

Los descriptores utilizados fueron:

- "Diagnóstico"
- "Etiología"
- "Halitosis"
- "Mal aliento"

Como criterios de inclusión todos incluían el texto completo y trataban la temática en cuestión.

Como estrategia de búsqueda se utilizó: ("bad breath" AND ["diagnosis" OR "treatment"]).

RESULTADOS

Se seleccionaron 22 artículos de los 30 encontrados. Los 8 estudios restantes fueron excluidos al no centrarse específicamente en el objetivo de la investigación. La halitosis es una condición bucal que tiene una prevalencia en torno al 22.8% en la población adulta y suele afectar más al género masculino.

Su etiología es multifactorial estando involucrados una serie de factores, tales como:

- Factores anatómicos (en el 90% de los casos el origen está en aquellas zonas de la boca que albergan bacterias productoras de compuestos malolientes como son la lengua, las bolsas periodontales y los espacios interproximales).
- Ingesta de medicamentos.
- Enfermedades sistémicas (respiratorias o digestivas).
- Consumo de tabaco y alcohol, estrés, hiposalivación, etc.

CONCLUSIONES

Aunque en la actualidad las investigaciones están enfocadas en otros aspectos de la salud, la halitosis es muy relevante y sigue siendo importante estudiar sus factores etiológicos. Con el fin de evitar su aparición se debería actuar sobre dichos factores, realizando un correcto cepillado de la lengua y evitando el consumo de tabaco y alcohol.

REFERENCIAS

AlSadhan, S.A. (2016). Self-perceived halitosis and related factors among adults residing in Riyadh, Saudi Arabia. A cross-sectional study. *The Saudi Journal for Dental Research*, 28(3), 118-123.

Comunicación Núm. 81. Efectos del mal aliento en la salud de los pacientes que lo padecen y su abordaje odontológico. García Rubio A, et al.

LA ACTIVIDAD FÍSICA COMO FACTOR PROTECTOR FRENTE A PROBLEMAS DE SALUD PÚBLICA EN EL DENTISTA

García Rubio, A



MARCO CONCEPTUAL/ANALÍTICO Y OBJETIVO

El sedentarismo es un factor de riesgo para numerosas enfermedades crónicas, especialmente las cardiovasculares, que son una de las principales causas de muerte en el mundo occidental. La obesidad y las enfermedades crónicas asociadas a ella suponen un porcentaje cada vez mayor del gasto sanitario.

El objetivo de esta investigación es evaluar los efectos de la actividad física en la salud de los odontólogos con el fin de promover hábitos de vida saludables entre dichos profesionales.

METODOLOGÍA

Para llevar a cabo este trabajo se realizó una búsqueda bibliográfica sistemática de artículos concernientes a las patologías crónicas relacionadas con hábitos de inactividad física como el sedentarismo y como el ejercicio físico diario puede ayudar a prevenirlas.

La búsqueda bibliográfica ha sido realizada a través de las siguientes bases de datos: Cochrane, Medline y Pubmed.

Los descriptores utilizados fueron:

- Dentistas.
- Actividad física.
- Salud.
- Sedentarismo.

Como criterios de inclusión se revisaron aquellos estudios que presentaban el texto completo y tenían una cronología de los últimos seis años (2007-2017).

RESULTADOS

Se encontraron 17 artículos de los que se excluyeron 6 al no centrarse específicamente en el objetivo de la investigación. Según la evidencia científica disponible, cuando se compara con la población general, los dentistas son más obesos y presentan niveles incrementados de baja actividad física. Estos profesionales hacen más uso de los medios de transporte y disponen de un significativo tiempo de ocio. Los investigadores utilizan una medida llamada equivalentes metabólicos, o MET, para evaluar los niveles de actividad física en horas por semana. De acuerdo a un estudio, la puntuación media para los odontólogos y la población general fue de 33.72 MET y 36.24 MET respectivamente, lo cual resulta bastante bajo cuando se compara con la media europea. La actividad física se presenta como un factor fundamental para la prevención y el tratamiento en personas con factores de riesgo y patologías crónicas, así como en las personas sanas, para la prevención de enfermedades crónicas y promoción de la salud.

CONCLUSIONES

La actividad física regular es considerada como un estilo de vida adecuado para el desarrollo y mantenimiento de la salud y bienestar a nivel individual y de la comunidad. Es por ello que los dentistas deben mantener unos niveles adecuados de ejercicio físico.

REFERENCIAS

Srilatha, A., Doshi, D., Reddy, M.P., Kulkarni, S., Reddy, B.S., y Reddy, S. (2018). Physical activity among dental health professionals in Hyderabad City: A questionnaire survey. *Dental Research Journal*, 13(8), 544-551.

ABORDAJE DE LAS HEMOPATÍAS CONGÉNITAS EN SALUD PÚBLICA ORAL

García Rubio, A



MARCO CONCEPTUAL/ANALÍTICO Y OBJETIVO

La enfermedad de Von Willebrand es la hemopatía congénita más frecuente. Los pacientes afectados por ella precisan de estrategias efectivas para el control de la hemostasia por parte del odontólogo para intervenciones que pueden ir desde procedimientos dentales menores a cirugía mayor.

El objetivo de esta investigación es conocer el protocolo a aplicar en aquellos pacientes con enfermedad de Von Willebrand tipo II respondedora a desmopresina que se vayan a someter a procedimientos dentales.

METODOLOGÍA

Para ello se realizó una búsqueda bibliográfica sistemática utilizando las siguientes bases de datos electrónicas:

- Dialnet.
- Pubmed.

Los descriptores utilizados fueron:

- Enfermedad de Von Willebrand.
- Desmopresina.
- Hemostasia.
- Tratamiento dental.

Se aplicó un filtro temporal de los últimos 10 años (2007-2017) y del tipo de estudios (todos los que tienen el texto completo).

RESULTADOS

Se obtuvieron 32 trabajos, de los cuales se seleccionaron 30. Se descartaron los casos clínicos. En aquellas situaciones en las que se vaya a realizar una extracción dentaria o un proceso invasivo bucal el protocolo a aplicar es el siguiente:

- Suspender sintrom 3 días antes de la intervención y sustituir por enoxaparina 40mg/d. Deben pasar 24 horas entre la última dosis de heparina y la intervención.
- En segundo lugar, desmopresina 1 inhalación única por una nariz 1 hora y media antes de la intervención.
- El paciente no tomará ningún fármaco que contenga AAS, evitará los AINES, en caso de dolor o proceso inflamatorio se recomienda el paracetamol y metamizol magnésico y cuando se presenta sangrado de mucosas la principal opción es el ácido tranexámico.

CONCLUSIONES

Siempre que el odontólogo vaya a realizar un procedimiento dental, ya sea una cirugía menor o mayor, tartrectomías profundas o exodoncias, en pacientes con enfermedad de Von Willebrand tipo II respondedora a desmopresina debe consultar con su hematólogo para que este fármaco le sea pautado.

REFERENCIAS

Leissinger, C., Carcao, M., Gill, J.C., Joumeycake, J., Singleton, T., y Valentino, L. (2014). Desmopressin (DDAVP) in the management of patients with congenital bleeding disorders. *The Official Journal of the World Federation of Haemophilia*, 20(2), 158-167.

Comunicación Núm. 82. La actividad física como factor protector frente a problemas de salud pública en el dentista. García Rubio A, et al.

Comunicación Núm. 84. Abordaje de las homeopatías congénitas en salud pública oral. García Rubio A, et al.

OBJETIVOS

- El objetivo fundamental del TCAE es cuidar a la persona enferma.
- Ayudar a las personas que desarrollan los cuidados a ejercer adecuadamente su función.
- El cuidar requiere tiempo y espacio, dedicación y técnica, ciencia y sabiduría, conocimiento teórico y praxis.
- Los cuidados, siempre han de ir orientados a que el enfermo alcance el mayor grado de autonomía posible para la satisfacción de sus necesidades cotidianas.



EL TCAE EN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR, CON EL PACIENTE PSICOGERIATRICO.

La complejidad de manejo del paciente geriátrico en cuanto a la diversidad e interacción de distintos aspectos clínicos, físicos, funcionales, psicológicos y sociales requiere de una serie de conocimientos, habilidades y aptitudes que no suelen estar al alcance de un único profesional.

AUTORAS
M^a INMACULADA OLIVARES CARMONA
M^a DEL CARMEN PEREZ JIMENEZ
M^a FRANCISCA ORTEGA RUIZ

Comunicación Núm. 103. El TCAE en equipo multidisciplinar con el paciente psicogeriatrico. Olivares Carmona MI, et al.

EL USO DE LA ESPIROMETRÍA CON EL FIN DE REDUCIR EL TABAQUISMO

Objetivos: El tabaquismo es la primera causa de enfermedad y muerte evitable en los países industrializados. Aunque hay una tendencia a la disminución del consumo del tabaco el 34% de la población adulta fuma actualmente. Abandonar el tabaco es la medida coste-efectiva para reducir el riesgo de desarrollar la Enfermedad Pulmonar Obstructiva (EPOC) y disminuir la progresión una vez aparecida la enfermedad. Es el primer factor de riesgo en el 95% de los casos. Nuestro proyecto consiste en utilizar la espirometría como método para reducir el tabaquismo y así conocer el porcentaje de pacientes fumadores mayores de 40 años que tras una espirometría dejaron de fumar durante los últimos 6 meses.

Metodología: Estudio transversal. Hemos escogido el centro de salud Doña Josefina Carmona de Fernán Núñez. Del total de la población adscrita a nuestro centro de atención primaria (6700 personas) se han seleccionado los mayores de 40 años diagnosticados de dependencia al consumo de tabaco siendo un total de 489. De éstos se les realizó a 206 una espirometría, previa valoración del grado de dependencia a la nicotina y la motivación para dejar de fumar. Las variables analizadas fueron: edad, sexo, índice de masa corporal (IMC), REGICOR, test de Richmond, test de Fagestörn, LDL, HDL, FEV1/FVC, nº diagnosticados de EPOC, uso de inhaladores en EPOC y cesaciones tabáquicas durante el periodo. Datos analizados con SPSS versión 22.

Resultados: Un 90,9% no dejaron de fumar. De éstos un 12,6% presentaba espirometría alterada. Del 9,1% que ha dejado de fumar, un 14,3% tenía espirometría alterada. El 18,18% de la muestra son EPOC y de éstos un 13,2% ha dejado de fumar. El 71,3% tenía una motivación moderada o alta para dejar de fumar y un 29,6% presentaba dependencia muy alta y ninguno ha dejado de fumar.

Conclusiones: El valor espirométrico no influye en la cesación tabáquica. Realizar espirometrías con un fin educativo para la deshabituación tabáquica no es efectivo. Con relación al tabaquismo la espirometría es una herramienta diagnóstica.

Autores: 1. Chvatova, Justina
2. Alcaide Lucena, Concepción
3. Armenteros Berral, Jesús David

Comunicación Núm. 107. El uso de la espirometría con el fin de reducir el tabaquismo. Chvatova J, et al.

IMPLEMENTACIÓN DE ACTIVOS DE SALUD COMUNITARIOS POR EL FISIOTERAPEUTA DE ATENCIÓN PRIMARIA

AUTORES : FRANCISCO JESÚS ARANDA GARCÍA, ALMUDENA JIMÉNEZ TORRES , JUANA ROMERO MORCILLO
ÁREA DE GESTIÓN SANITARIA NORDESTE DE GRANADA.



DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

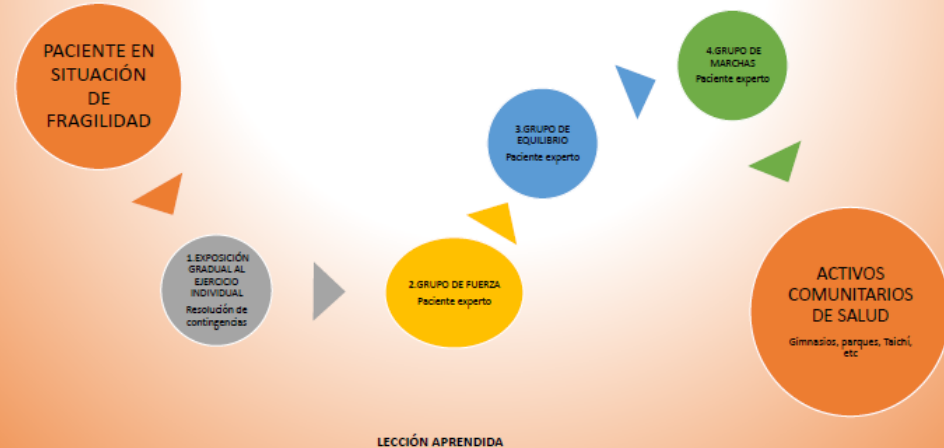
Existen cada vez mas pacientes en situación de fragilidad, aquel con determinada edad que tiene una disminución de las reservas fisiológicas de múltiples sistemas corporales y un mayor riesgo de declinar en una situación de mayor vulnerabilidad ante perturbaciones externas, con mayor probabilidad para presentar episodios adversos de salud (hospitalización, institucionalización, muerte, caídas) y pérdida de función, discapacidad o dependencia. El ejercicio es una actividad principal en la intervención de la fragilidad, la más efectiva y consistente de las intervenciones según evidencia fuerte. El fisioterapeuta de atención primaria debe promoverse como implementación de los activos de salud comunitarios para disminuir la incidencia de pacientes en situación de fragilidad.

OBJETIVOS DE LA INTERVENCIÓN

- Manejar la fragilidad a través de la educación en activos de salud personales y comunitarios a través del fisioterapeuta de atención primaria.
- Educar en el mantenimiento de la actividad y el ejercicio físico de cierta intensidad y adaptado.
- Capacitar al paciente con ejercicios personalizados para ejecutar de forma segura en casa y una vez logrado incluir en activos comunitarios.
- Familiarización del paciente con escalas (Timed Up and Go Test, Performance-oriented assessment of mobility problems (Tinetti) scale), Berg Balance Scale, Short Physical Performance Battery (SPPB), test de velocidad de la marcha en atención primaria, test del habla y fórmula de Karvonen)

PROCEDIMIENTO

En el centro de salud los pacientes frágiles son derivados al fisioterapeuta. Evaluada la marcha, equilibrio, movilidad, y debilidad muscular mediante escalas validadas. Se realiza una exposición progresiva al ejercicio de forma individual dos veces semana, máximo 8 sesiones en presencia del fisioterapeuta e indicaciones para realizar los ejercicios el resto de días. La exposición gradual individual se realiza hasta ser capaz de subir y bajar escaleras de la vivienda o salir a la calle. Una vez alcanzada se presenta al grupo activo de salud. Disponemos de tres activos de salud: el grupo fuerza, el grupo equilibrio y el grupo programa de marchas. Cada grupo instruido en ejercicios a ejecutar por el fisioterapeuta y un paciente experto que maneja herramientas de seguridad durante la ejecución que ya cada paciente conoció durante su exposición individual. Una vez que el paciente pasa por los tres grupos y alcanza los objetivos marcados se reevalúa para indicar si puede aumentar objetivos y hacer uso de otros activos comunitarios como grupos de gimnasia, taichi, mantenimiento, parques etc.



Para evitar que el paciente en situación de fragilidad una vez tratado por el fisioterapeuta abandone toda actividad y en poco tiempo se encuentra en la misma situación, se deben analizar todas las negativas y contingencias y resolverlas una a una. Cuando se aconseja continuar con la actividad física las negativas son: no dispongo de grupo, mis vecinos salen a pasear pero ya llevan un ritmo que no puedo alcanzar, en mi barrio no hay grupos de gimnasia etc. Contingencias que se intentan solucionar para exponer gradualmente al paciente hasta adaptarse al grupo o poner en contacto con los activos de salud comunitarios.

Comunicación Núm. 119. Implementación de activos en salud comunitarios por el fisioterapeuta de Atención Primaria. Aranda García FJ, et al.

ESTUDIO DEL DESARROLLO DE ESOFAGITIS EN PACIENTES TRATADOS EN EL SERVICIO DE RADIOTERAPIA

Perez-Luque S., Delgado-Arroniz L., Borrego-Reina M., Enguix Riego M.V., Gordillo Ortiz m^a
Jose, López Guerra, Jose Luis

OBJETIVOS

Estudio prospectivo de asociación del polimorfismo del nucleótido simple (SNP), situado en el gen *TGFB1* c. -1347T>C (Rs1800469) y el desarrollo de esofagitis tras radiación ionizante, en pacientes con cáncer de pulmón que han sido tratados en el Servicio de Oncología Radioterápica.

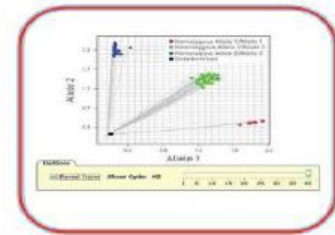
RESULTADOS

En cuanto a los resultados preliminares de dicho estudio, tras el análisis estadístico los genotipos CT/TT para el SNP rs1800469 se asociaron (pvalue<0.05) Con mayor riesgo de desarrollo de esofagitis en pacientes con CP.

MATERIAL Y MÉTODO

Dicho análisis ha llevado a cabo en 311 pacientes de los cuales se obtuvo una muestra de sangre periférica a partir de la cual se realizó la extracción de ADN genómico.

El proceso de genotipación se realizó en el sistema Viia™ 7 Real-Time PCR System (Applied Biosystems), con la utilización de la sonda Taqman prediseñada C_8708473_10.



CONCLUSIONES

El empleo del polimorfismo rs1800469 asociado a esofagitis en pacientes con cáncer de pulmón tratado con radio(qui)terapia, permitirá mediante un simple test genético, identificar a aquellos pacientes con mayor riesgo de toxicidad, proporcionando información al médico especialista para una mejor toma de decisiones en cuanto al plan de tratamiento y seguimiento, contribuyendo a una medicina más personalizada en favor del paciente oncológico.



Comunicación Núm. 131. Estudio del desarrollo de esofagitis en pacientes tratados en el Servicio de Radioterapia. Pérez-Luque S, et al.

CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DEL HAR GUADIX

Velasco Niño, B. (DUE HAR Guadix (Granada))

Introducción

La conciliación del tratamiento es el proceso por el cual se intenta prevenir los errores de medicación que ocurren en la transición asistencial de los pacientes.

Los errores de medicación son muy comunes en el ámbito hospitalario y producen un aumento de la morbilidad, mortalidad y costes sanitarios. Dichos errores se producen en la transición entre los niveles asistenciales (ingreso, transición interservicios o alta) y se deben al desconocimiento, total o parcial, del tratamiento actual de los pacientes, con lo que se omiten medicamentos, se producen duplicidades, se prescriben dosis o formas incorrectas, etc. Esto repercute al equipo de enfermería a la hora de poder garantizar una correcta administración del tratamiento al paciente.

Obtener la historia farmacológica completa del paciente en el medio ambulatorio y usarla como referencia, ayuda a la detección y corrección de las divergencias existentes.

Objetivos

- Cuantificar las discrepancias de conciliación producidas como consecuencia de la transición sanitaria del paciente entre los distintos niveles asistenciales: ingreso, alta o traslado a otro centro sanitario.
- Estudiar el tratamiento farmacológico completo tras una transición asistencial, detectar y tipificar los posibles errores de conciliación y mejorar la comunicación entre los distintos profesionales de la salud de los distintos niveles asistenciales.

Metodología y Material

Estudio prospectivo observacional realizado entre los meses de Enero a Junio de 2017 (6 meses) a los pacientes ingresados en la Unidad Médico – Quirúrgica del HAR Guadix y que cumplan uno de estos requisitos: tomen 5 o más fármacos de manera continua o padezcan alguna enfermedad crónica.

Para ellos se han utilizado las siguientes herramientas:

- Prescripción electrónica de Atención Primaria registrada en la HSU (Historia de Salud Única).
- Entrevista clínica con el paciente o familiares, realizada por el equipo médico y de enfermería, que determine el tratamiento actual.
- Prescripción realizada por los facultativos de la unidad.
- Registro de intervenciones farmacéuticas realizadas.

Resultados

Las discrepancias mayoritarias tras evaluar los programas de conciliación, se detectan en la diferencia en la dosis, la vía o pauta horaria.

Esto es un gran influente de forma negativa en el campo de enfermería ya que pueden ocasionar dudas y errores a la hora de la administración de forma correcta la medicación siguiendo las **Reglas Generales de Administración de la Medicación:**

- Paciente correcto.
- HORA CORRECTA.
- MEDICAMENTO CORRECTO.
- DOSIS CORRECTA.
- VÍA DE ADMINISTRACIÓN CORRECTA.

Conclusiones

- Debe de haber coordinación multidisciplinar (facultativos, enfermería y servicio de farmacia), para realizar la conciliación de la medicación.
- Los programas de conciliación ayudan a la detección de la discrepancia entre la medicación crónica y la prescrita al ingreso del paciente, evitando así por parte del equipo de enfermería, errores a la hora de administración del tratamiento durante la estancia en la unidad.
- El conocimiento de los problemas de conciliación ayuda a los profesionales sanitarios a mejorar y garantizar la continuidad asistencial del paciente.

Agencia Pública Empresarial Sanitaria Hospital de Poniente

Agencia Pública Empresarial Sanitaria Hospital de Poniente
CONSEJERÍA DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL

Hospital de Alta Resolución Guadix

Comunicación Núm. 132. Conciliación de la medicación en la Unidad de Hospitalización del HAR Guadix. Velasco Niño B, et al.

SEGUIMIENTO TELEFONICO DE LOS PACIENTES TRAS EL ALTA HOSPITALARIA

ROCIO MUÑOZ MARTIN
ENCARNACION TIRADO HERRERA
MARTA PEREZ DIONISIO

INTRODUCCION

La continuidad de cuidados en el domicilio que se oferta por parte del Equipo de Atención Primaria, a personas en situación de fragilidad, cuya necesidad de continuidad asistencial deriva del motivo de ingreso en un centro hospitalario y el hospital informa sobre las necesidades asistenciales de las mismas.

Incluye:

- Contacto con el usuario/a o familiar, con la finalidad de conocer su situación y concertar una primera visita domiciliaria. Con la siguiente sistemática: Preferentemente, se realizará un contacto telefónico antes de las 24 horas de estancia en el domicilio.
- Si este primer criterio no pudiera cumplirse (por ej. persona sin teléfono), ni tampoco hubiera otra forma de contacto (por ej. información derivada de consultas, programas, etc.) antes de las 48 horas del alta, se le realizará una visita domiciliaria.
- Tras el contacto con la usuaria/o o familiar, se establecerá un plan de cuidados con visitas domiciliarias protocolizadas, según las necesidades de cada caso.

OBJETIVO

Conocer el modo de realizar el seguimiento telefónico a pacientes. Evaluar la calidad de la atención a los pacientes por vía telefónica.

METODOLOGIA

Se lleva a cabo mediante un proceso de captación e intervenciones específicas en Hospital y At. Primaria. Procesos con Informes de Continuidad de Cuidados, domiciliario y telefónico. Plan de formación y de Procesos Asistenciales para la mejora continua. Control de las intervenciones y evaluación de la efectividad de las mismas y establecimiento de áreas de mejora.

RESULTADOS

La mayoría de los pacientes quedaron satisfechos con la resolución de las consultas telefónicas y no teniendo que acudir a urgencias después del alta hospitalaria. Con estrategias de atención a pacientes, la asistencia y la continuidad de los cuidados en los que toman parte activa el paciente y la familia mediante educación sanitaria, visitas domiciliarias, a Consulta y llamadas telefónicas. Mejorar la calidad de la atención a los pacientes para disminuir la incidencia de reingresos hospitalarios mediante la implantación de un programa de intervenciones específicas para pacientes de riesgo y mejorar la continuidad asistencial, la calidad de los cuidados y la formación continuada. Se establece desde el Hospital y Atención Primaria prestar los mejores cuidados al paciente y cuidadora en su propio entorno.

CONCLUSIONES:

El seguimiento de los pacientes por teléfono después del alta hospitalaria reduce los reingresos hospitalarios. Según la patología del paciente y su estado de salud necesitan distintos niveles de atención domiciliaria diferentes, con las llamadas realizadas por personal preparado se realiza la continuidad asistencial. Incluir a todos los pacientes después de su alta hospitalaria dentro del protocolo de tele-continuidad de cuidados asistencial podría ahorrar tiempo y dinero.

BIBLIOGRAFIA

<http://www.index-f.com/lascasas/documentos/co0570.pdf>
BIBLIOTECA LAS CASAS – Fundación Index
<http://www.index-f clinica.com/lascasas/lascasas.php>
http://www.asecma.org/Documentos/Articulos/03_18_3_OR_Argente.pdf

Comunicación Núm. 133. Seguimiento telefónico de los pacientes tras el alta hospitalaria. Muñoz Martín R, et al.

CASO CLÍNICO DE DIABETES MELLITUS TIPO 2

Descripción del caso

Mujer de 60 años , deportista ,hábitos alimentarios saludables y sin antecedentes familiares de diabetes mellitus (DM) acude a consulta por presentar poliuria ,polifagia y una importante pérdida de peso que la paciente piensa que puede ser por posibles cambios en su alimentación .

Exploración y pruebas complementarias

Se le pidió analítica que mostró una hiperglucemia de 400 y 300 al día siguiente. Se puso un tratamiento inicial a base de ejercicio ,medidas dietéticas y antidiabéticos orales (metformina). Se le realizó una segunda analítica desde atención primaria cuyos resultados nos evidenciaron una tiroiditis de Hashimoto .

JUICIO CLÍNICO

DM TIPO 2 .TIROIDITIS DE HASHIMOTO

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

DM TIPO 2 . DM TIP

CONCLUSIONES

Coincidiendo con el diagnóstico de la DM y tras la detección de la tiroiditis de Hashimoto se consulta con endocrinología para completar el diagnóstico .Desde endocrinología se confirma también la existencia de diabetes autoinmune latente en el adulto (LADA) .Tambien observamos una DM tipo 1 al detectarse AC-GAD positivos y una disminución del péptido C .Se suspenden los antidiabéticos orales (ADO) y se comienza con insulino terapia dando un control adecuado de los niveles de glucosa .Este caso nos hace reflexionar sobre los distintos mecanismos fisiopatológicos de la diabetes mellitus .

Autoras: Emilia Gómez Rodríguez; Sara Maldonado Santos; Ana Belén Diéguez Julia

EFICIENCIA DE ENFERMERIA EN LA GESTIÓN ONCOLOGICA

INTRODUCCIÓN

El equipo de enfermería en la práctica avanzada es el encargado de gestionar , investigar y supervisar los cuidados a los que se destina a los pacientes oncológicos desde que son diagnosticados hasta que son dados de alta. El equipo de enfermería está coordinado con los profesionales y servicios con el fin de asegurar la continuidad y seguridad de los cuidados , colaborando y fomentando la correcta utilización de los recursos para obtener una mejora en la calidad de vida de los pacientes y unos resultados en la mejora del coste-beneficio .

OBJETIVOS

Entre los objetivos se encontrará el apoyo y acompañamiento al paciente y a su familia contribuyendo así a mejorar la calidad de vida promoviendo la independencia e intentando cubrir las necesidades y expectativas de los pacientes oncológicos durante el proceso de la enfermedad .

METODOLOGIA

Es una revisión bibliográfica de un estudio descriptivo del año 2009 de American Society of clinical oncology donde hemos usado como descriptores ENFERMERIA ONCOLÓGICA-GESTIÓN –PRÁCTICA AVANZADA .

RESULTADOS

Se realizó un estudio en donde se atendió a 620 pacientes oncológicos ,el dato significativo fue que las demandas telefónicas y presenciales por dudas con la medicación , ansiedad ,toxicidad y cambios de cita bajaron significativamente .También se consiguió en un 75% de los casos la derivación a otros especialistas .

CONCLUSIÓN

La buena coordinación de enfermería de prácticas avanzadas en conjunto con otros profesionales ha resultado ser positiva para el paciente y familiares que refieren la existencia de una figura de referencia creando un vínculo de confianza y seguridad .Esta actuación ha llevado al logro de los objetivos del plan terapéutico contribuyendo a la mejora en la calidad de vida del paciente oncológico y a un ahorro sociosanitario al reducirse las urgencias ,consultas e ingresos .

Autoras: Emilia Gómez Rodríguez; Ana Belén Diéguez Julia; Sara Maldonado Santos

Comunicación Núm. 154. Eficiencia de la enfermería en la gestión oncológica.

Gómez Rodríguez E, et al.

EL USO LA HOJA GRÁFICA DE MEDICACIÓN PARA PACIENTES ANCIANOS

Autores: 1. Chvatova, Justina 2. Alcaide Lucena, Concepción 3. Armenteros Berral, Jesús David

Objetivos: El 80% de la población anciana son enfermos crónicos y el 36% pluripatológicos, en su mayoría polimedcados, con un elevado riesgo de incumplimiento y de acumulación de medicación en domicilio. Se establece la necesidad de conseguir una herramienta que facilite el cumplimiento. La hoja gráfica de medicación (HGM) es un instrumento visual que facilita el cumplimiento de quien la usa, disminuye los errores en los cambios terapéuticos, mejora la comunicación entre paciente y trabajadores sanitarios y es una herramienta de uso multidisciplinar. Se propone su difusión pero se requiere una evaluación inicial. Nuestro propósito es conocer el uso y beneficio de la HGM antes de su implantación definitiva. Justificar la utilidad de la implantación de la HGM en la población anciana.

Metodología: Estudio transversal descriptivo de la población mayor de 65 años de dos consultorios rurales. Entrevista a domicilio con un cuestionario específico con revisión de los medicamentos acumulados. Análisis estadístico con SPSS v16. La HGM es una herramienta visual donde quedan bien identificados los medicamentos (recorte de la caja que utiliza el paciente), la posología y comentarios para asegurar el cumplimiento.

Resultados: Población diana 198 pacientes. Se analiza una muestra 98. Tienen HGM el 16'5%. El 44% de los que la tienen la utilizan. En ambos grupos se encuentran una comprensión de la posología similar (100% vs 96.6%). Existen diferencias en el cumplimiento terapéutico (9,2% vs 72,7%) y en los errores (68,8% vs 27,1%) entre los pacientes que la tienen y no los que no. Sin embargo se detecta una drástica disminución de la medicación caducada acumulada entre los que usan la HGM respecto a los que no (3,7% vs 96,3%).

Conclusiones: En este estudio destaca una baja implantación de la herramienta, por lo que la muestra analizada puede resultar poco representativa. Se encuentra un bajo uso de la herramienta en los que la tienen. Se presume como una buena herramienta para el control de la medicación caducada.

Comunicación Núm. 163. El uso de la hoja gráfica de medicación para pacientes ancianos. Chvatova J, et al.

ESTRATEGIA DE GESTIÓN PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL: LOGISTICA HOSPITALARIA

Autores: 1. Muñoz Zamorano, Rosalía (Hospital Universitario Virgen Macarena.) 2. Alcaide García, María Dolores (Hospital Universitario Virgen Macarena) 3. Armenteros Berral, Marina del Mar (Hospital Valle de los Pedroches).

INTRODUCCIÓN Nuestro objetivo consiste en diseñar un proceso de implantación de un sistema de logística hospitalaria. Vamos a identificar áreas de mejora que liberen recursos personales para dirigirlos a la propia atención sanitaria mediante la implantación del nuevo sistema de logística hospitalaria (SLH). Se va a determinar la eficiencia y eficacia del nuevo sistema evaluando impacto y grado de satisfacción del usuario interno y diseñar nuevas líneas de mejora que nos permitan incorporar nuevas tecnologías.

METODOLOGIA: El EPHAG proporciona servicios sanitarios de calidad y de bienestar a la comunidad, y al mismo tiempo tiene que desarrollar nuevas técnicas de control de gestión para ser eficientes y productivos. Para ello se implanta del nuevo sistema de logística hospitalaria y se establecieron 5 fases:- 1a fase (2015-2016): diseño de procesos y mejora en almacenaje mediante reuniones del responsables de logística y de enfermería para definir catálogo de material fungible y sueroterapia ,revisar consumos por servicio determinando stock así como cantidades de seguridad . 2a fase: diseño estructural en los servicios para adaptar las dependencias de cada unidad ha necesitado de nueva distribución física del material y nuevos sistemas de almacenamiento y almacenaje. 3a fase: organización de actividades formativas del personal de enfermería y auxiliar de enfermería. 4a fase: asistencia técnica. Revisión anual del responsable de enfermería y de logística para evaluación de consumos por unidad , rotación de material e incorporación de nuevo material y revisión de stock. 5a fase: incorporación de nuevas estrategias: programas informáticos para la gestión de peticiones , consultas en base de datos...

RESULTADOS: Con este diseño provisional del nuevo circuito , se ha permitido al personal en las unidades una nueva distribución de los tiempos, tareas y ratios en la atención asegurando la accesibilidad a la dotación material evitando problemas de orden ,inmovilización de material ,control de caducidad o falta de controles de calidad. se realizaron 289 encuestas a usuarios internos (personal de enfermería , auxiliares de enfermería ,técnicos, celadores, administrativos, supervisores y responsables de unidad) evaluando stocks pactados ,frecuencia de rupturas de stock , tiempo de respuesta , trato recibido, funcionamiento del servicio de almacén.

CONCLUSIONES: Son muchos los beneficios y ventajas que aparecen ante la implantación de este sistema de logística hospitalaria. 1-Calidad :el balance y análisis del nuevo sistema es positivo. la evaluación a los usuarios del sistema es positiva en el 98% del personal ofreciendo altos niveles de calidad en la atención a pacientes y usuarios 2-Seguridad: la disponibilidad ,almacenamiento correcto y reposición garantizada del material proporcionado un aumento de la seguridad en la atención a nuestros pacientes 3- Innovación: optimización de recursos mejorando la eficiencia así como un ahorro en el costo aumentando la calidad asistencial y satisfacción del usuarios .

BIBLIOGRAFÍA: 1. Agencia Sanitaria Alto Guadalquivir. 2016 .2. "El caso de la hospitalización", Universidad de Sevilla, Facultad de Ciencias de la Salud, Sevilla, 2016. 3. "Estadística de indicadores hospitalarios", INE, Madrid, 2016.

MEDICACIÓN CON NOMBRE SIMILAR: PREVENCIÓN DE ERRORES

Autores: 1. Armenteros Berral, Marina del Mar (Hospital Valle de los Pedroches) 2. Alcaide García, María Dolores (Hospital Universitario Virgen Macarena) 3. Muñoz Zamorano , Rosalía (Hospital Universitario Virgen Macarena).

INTRODUCCIÓN Pretendemos valorar y diseñar una estrategia de difusión entre profesionales sanitarios, de la lista oficial y estandarizada de nombres de medicamentos similares en los que se recomienda utilizar letras mayúsculas resaltadas elaborada por el instituto para el uso seguro de Medicamentos. También conocer la opinión de los profesionales sanitarios sobre la utilidad de letras mayúsculas resaltadas y el grado de implantación en su lugar de trabajo.

METODOLOGIA: Como estrategia de difusión se realizó a través de sesiones clínicas y la divulgación de la relación de nombres a todas las unidades de gestión Clínica que estaban en proceso de acreditación del centro. Se realizó una encuesta posterior a las sesiones clínicas impartidas a los profesionales sanitarios que asistieron y que recogía la siguiente información: datos de la persona que responde a la encuesta y su unidad de gestión Clínica (ugC), puesto de trabajo (facultativo/duo/auxiliar o técnico/otros), hospital (general/Maternal/infantil/Rehabilitación y traumatología) y tipos de nombres (principio activo/nombre registrado/ambos) utilizados en su ugC. Datos sobre la utilidad de letras mayúsculas resaltadas: opinión sobre utilidad y necesidad de implantación, nombres de medicamentos (principio activo/nombre registrado/ambos) donde debería implantarse, estrategias donde se considera efectiva la implantación, opinión sobre el beneficio de que la industria farmacéutica implantase la relación de nombres de medicamentos similares en los etiquetados de los medicamentos y en caso afirmativo, estrategias de implantación. Los datos se procesaron y analizaron mediante estadística descriptiva a través de excel.

RESULTADOS: Se impartieron 2 sesiones clínicas, la primera en la unidad de gestión Clínica de farmacia y la segunda en la Comisión de seguridad Clínica del hospital. Se recogieron 11 encuestas de las cuales 8 corresponden a facultativos y residentes y 3 a enfermeros. En la mayoría de los lugares de trabajo (8) utilizan principios activos y registrados, en 3 utilizan principios activos. Entre las unidades en proceso de acreditación que incorporaron las letras mayúsculas resaltadas para diferenciación de nombres con apariencia similar, se incluye la unidad Clínica de farmacia siendo un servicio central del hospital y su repercusión elevada.

CONCLUSIONES: El: La utilidad de letras mayúsculas resaltadas ha sido favorablemente valorada entre los profesionales sanitarios. Las áreas que más se beneficiarían de su implantación según la opinión de los encuestados serían las pantallas de prescripción informatizada, prescripciones preimpresas y las etiquetas de gavetas o estantes de almacenamiento. Los nombres de medicamentos en los que debería implantarse el sistema de letras mayúsculas serían principio activo y registrado.

BIBLIOGRAFÍA: 1. Hoffman JM, Proulx SM. Medication errors caused by confusion in drug names. Drug Saf. 20016;26:445--52. 2. Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos. Prevención de errores por confusión en los nombres de los medicamentos [consultado 2 Abr 2011]. Disponible en: <http://www.ismpespana.org/estaticos/view/58>.

Comunicación Núm. 193. Medicación con nombre similar: prevención de errores.

Armenteros Berral MM, et al.

USO RECURRENTE DE LA MASCARILLA DE CPAP Y CUIDADOS ENFERMEROS


Objetivos: El uso habitual de mascarilla de CPAP puede producir lesiones físicas y psíquicas, la presión directa sobre la piel daría lugar a la aparición de úlceras y lesiones; sequedad por la emisión continua del aire a presión; y/o efectos psicológicos de claustrofobia o falta de control respiratorio. Por lo que queremos enumerar consecuencias derivadas del uso de mascarillas de CPAP en los pacientes tratados con ellas para la corrección de la apnea del sueño y describir la intervención de enfermería sobre las recomendaciones de cuidados en el manejo cotidiano de las mismas.

Metodología: Estudio descriptivo retrospectivo: N:126, se ha llevado durante 6 meses en el hospital Universitario Reina Sofía. Valorándose: capacidad manejo autocuidados, y posibles lesiones derivadas de dicha utilización. Mediante hoja de registro sistematizada y cuestionario con preguntas tipo Likert.

Resultados: N: 126, edad media: 49,91 años, (73,99% hombres). Tiempo de utilización medio de la mascarilla de presión de 14,30 meses (5,40). Efectos secundarios por el uso de la mascarilla de presión 12,54% (2,64), representados por: lesiones dérmicas faciales leves hasta necrosis del puente nasal (2,10%), intolerancia a la máscara por presión, nerviosismo, inquietud, sensación de claustrofobia... (6,32%) y sequedad de la mucosa buco-nasal, irritación, dolor e infección (4,12%). 89,95% hace uso diario de la máscara de CPAP durante el sueño nocturno. 15,66% también en las siestas diurnas. 87% (7,25) realiza la higiene personalmente de su propio aparato. Los cuidados de piel y mucosas cuando aparecen lesiones son tratados por los propios pacientes, 15,40% (3,45) precisaron valoración por médico de familia o dermatólogo.

Conclusiones: La población desconoce la enfermedad, así como su gravedad y trascendencia, y los hábitos de vida a corregir. La población se encuentra mayoritariamente en la etapa adulta media, realizándose los estudios de edades más tempranas en el género masculino. La edad media ronda los 50 años. La cuarta parte de la población estudiada es femenina. La aparición de lesiones derivadas del uso con CPAP pueden ser minimizadas o evitadas mediante el suministro correcto de autocuidados. Las principales complicaciones son debidas al manejo inadecuado del equipo y a la falta de preparación previa. Las recomendaciones de cuidados de la piel y mucosas resultan esenciales en la prevención de lesiones derivadas del uso de CPAP.

XI Jornadas de Salud Pública
Salud pública ante escenarios de futuro
Del 20 al 25 de noviembre / 2017



11 JORNADAS SP

MANEJO DE LA ANQUILOGLOSIA POR PARTE DE LA MATRONA EN LA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA

Quirós Muriel, Carolina; Fernández Cabalín, Juan; Campos López, María Remedios.

OBJETIVO

Conocer la importancia del diagnóstico y tratamiento precoz de la anquiloglosia en atención primaria para el desarrollo de una lactancia materna eficaz.

METODOLOGÍA

Esta revisión bibliográfica surge como respuesta ante la siguiente pregunta: ¿Cuál es el papel de la matrona en el manejo de la anquiloglosia cuando se presentan casos en la consulta de atención primaria?.

Los criterios de inclusión fueron artículos posteriores a 2010 sólo en inglés, versados en el manejo de la anquiloglosia como manejo por parte de la matrona. Para la elaboración de este póster se escogieron dos revisiones sistemáticas, una revisión bibliográfica y una opinión de expertos.

Para la realización de esta revisión bibliográfica se ha realizado una búsqueda en las bases de datos de MEDLINE, EMBASE y en la Biblioteca Cochrane para publicaciones relevantes desde el año 2007 hasta Septiembre de 2017. Se llevo a cabo una restricción de sólo artículos en español, empleando las palabras clave: "anquiloglosia", "lactancia materna", "frenectomía" y "frenillo lingual".

RESULTADOS: De los estudios revisados se concluye que entre un 25 a un 60 % de los recién nacidos con frenillo se describen problemas en la lactancia como son: Dolor, a consecuencia de las grietas por la fricción y por la excesiva presión intraoral negativa a la que se ve sometido el pezón. Infecciones bacterianas, por el mal drenaje de los conductos y favorecidas por la presencia de las grietas. Isquemias por la compresión del pezón contra el paladar. Hipogalactia: por la falta de estimulación y ser la cantidad de leche producida insuficiente. Hipergalactia: Produciéndose ingurgitaciones constantes y subidas de leche entre tomas. Sentimientos de cansancio y frustración.

CONCLUSIONES: A pesar de las consecuencias visibles que puede causar sobre la lactancia materna, hay que tener claro que la presencia de un frenillo simple no justifica la sección "profiláctica" del mismo, se precisa una correcta historia clínica y una exploración neonatal, incluyendo el uso de test de uso contrastado, como el de Hazelbaker. La sección de un frenillo patológico adecuadamente indicada alarga la duración de la lactancia en el 87% de los casos.

Comunicación Núm. 209. Manejo de la anquiloglosia por parte de la matrona en la Consulta de Atención Primaria. Quirós Muriel C, et al.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Autores
Marina Hernández Castillo
Ángeles Navarro Mena
M^a Isabel Ventura Miranda
Jessica García González
Carlos Ramírez Mañas


Introducción

La presión arterial mide la fuerza ejercida contra las paredes de las arterias a medida que el corazón bombea sangre al cuerpo. La hipertensión arterial es un trastorno cardiovascular que cursa con un aumento de esta presión, lo que se traduce en un mayor esfuerzo cardíaco. Se considera hipertensión cuando los valores de esta (presión arterial sistólica y presión arterial diastólica) son de 140/90 mm Hg o superiores. El enfermero de referencia se encarga de realizar un seguimiento sobre dichos pacientes y es fundamental realizar un correcto uso de las herramientas disponibles para mantener la calidad de vida de dichos pacientes.

Objetivo

Conocer cuáles son los mejores cuidados en la consulta de enfermería para pacientes con hipertensión arterial.

Método



Revisión bibliográfica.



Palabras clave: "cuidados", "enfermería" e "hipertensión arterial".

Artículos publicados entre 2008 y 2017.

Bases de datos: Web of Science, Pubmed y Lilacs.

Resultados

- Hablar con el paciente sobre esta enfermedad para que exprese dudas sobre su trastorno cardiovascular, su tratamiento, qué consecuencias tiene no mantener controlada la tensión arterial ... Cuanto más comprenda qué es lo que sucede en su organismo, mayor será su capacidad de controlar su tensión arterial.
- Enseñar al paciente cuáles son los signos que indiquen aumento de la tensión arterial y qué hacer en caso de que no consiga reducir dichos niveles.
- Valorar la ingesta hídrica y hablar con el paciente de la importancia de la misma sobre las cifras de tensión arterial.

- Facilitar información nutricional al paciente sobre dieta baja en sal.
- Toma periódica de tensión arterial y control de la evolución para comprobar la efectividad del tratamiento.

Conclusiones

Para minimizar el impacto de la enfermedad en la vida del paciente se requiere de un completo trabajo multidisciplinar que combine fármacos antihipertensivos, control de la tensión arterial y educación para la salud con el paciente.

Comunicación Núm. 227. Cuidados de enfermería en pacientes con hipertensión arterial. Hernández Castillo M, et al.

108

XI Jornadas de Salud Pública
Salud pública ante escenarios de futuro
Del 03 al 05 de noviembre de 2017

PROGRAMA DE FOMENTO DEL AUTOCUIDADO BUCODENTAL REALIZADO POR EL SERVICIO ANDALUZ DE SALUD EN COLABORACIÓN CON ASOCIACIONES DE PERSONAS FRÁGILES

Bejarano-Ávila G (1), Sánchez-García MC (2), Reyes-Gilbert E (1)

1. Odontólogo/a del Distrito Sanitario Aljarafe Sevilla Norte.
2. Médica de Familia. Distrito Sanitario Sevilla Sur.

MARCO CONCEPTUAL Y/O ANALÍTICO:
La filosofía sanitaria actual debe centrar necesariamente sus esfuerzos para que todas las actividades de la Atención Sanitaria (prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación), sean realizadas y tengan la misma importancia, puesto que los profesionales sanitarios centramos nuestra práctica en las tres últimas. Para conseguirlo, la educación sanitaria se convierte en la herramienta fundamental de la prevención y promoción de la salud general, y bucodental en particular. Consciente de este cambio, se introduce esta forma de trabajo desde las Unidades Clínicas de Gestión Bucodental de los Distritos Sanitarios Sevilla Aljarafe-Norte y Sevilla y la Unidad Intercentros de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Virgen Macarena y Virgen del Rocío apoyándose en los padres/tutores y comunidad como agentes principales del cuidado de varios colectivos de personas frágiles. Así se firmó un convenio de colaboración con la Asociación "Tal Como Eres" (TCE) en el año 2013; posteriormente se acopló al proyecto la "Asociación Sevillana de Parálisis Cerebral" (ASPAC). Ambas asociaciones están destinadas al desarrollo de las personas frágiles.

OBJETIVOS
Evaluar la intervención educativa por los asistentes realizada por los profesionales sanitarios.

METODOLOGÍA: Estudio descriptivo de la intervención educativa realizada por las Unidades de Salud bucodental a padres/tutores, sobre hábitos higiénico-dietéticos relacionados con la salud bucodental, detección de problemas bucodentales, traumatismos dentarios, etc. y planteamiento de otra línea de actuación sanitaria: la Educación para la Salud. Estas actividades se realizaron mediante intervenciones formativas y talleres teóricos-prácticos a padres/tutores en presencia de pacientes frágiles con periodicidad anual, donde además, varios odontólogos se ofrecieron a realizar la asistencia bucodental según cartera de servicios a este colectivo desde Atención Primaria para evitar desplazamientos en actividades tradicionalmente exclusivas en hospitales. También se realizó divulgación de estas actividades a través de la web de las distintas asociaciones. La organización se comprometió a la formación en estos temas a los profesionales sanitarios de estos servicios

RESULTADOS: La intervención educativa fue altamente valorada por los asistentes, evaluándola con encuestas de satisfacción, y por los profesionales, gracias a las guías del observador. El 67,4% de los padres/cuidadores de los pacientes respondieron a la encuesta, entre ellos 94,7% (IC 95%) estaban bastante o muy satisfechos con la intervención.

CONCLUSIONES: La Educación para la Salud es una herramienta fundamental para la captación y motivación de los pacientes, familiares y comunidad que atendemos en nuestra práctica diaria. Con ello conseguimos prevenir las enfermedades y, promover la salud y el autocuidado, aumentando la satisfacción de las personas a las que va dirigida y a los propios trabajadores, que ven en ella otra forma de realizar su práctica profesional.

Comunicación Núm. 240. Programa de fomento del autocuidado bucodental realizado por el Servicio Andaluz de Salud en colaboración con asociaciones de personas frágiles. Bejarano Ávila G, et al.

XI Jornadas de Salud Pública
Salud pública ante escenarios de futuro
Del 03 al 05 de noviembre de 2017

Consulta telefónica

Abandonando las tareas burocráticas de la consulta

Francisco Javier Aranda Lara, María Dolores Lario Fernández, Lidia Ruiz de la Villa, Alberto Gallego Vela, María Luz Catalina Morino, Laura Carriajo Martín

Las consultas de medicina de familia se encuentran saturadas y la excesiva burocratización se exacerba con los profesionales. **¿Cómo hacer para gestionar mejor el tiempo en consulta?** Una idea realizada en varios centros de salud es la gestión de la consulta telefónica donde se resuelven situaciones habituales en las que la presencia física en la consulta no es necesaria.

Análisis de las situaciones que pueden resolverse telefónicamente:
Resultados de analítica
Resultados de otras pruebas complementarias
Renovación de tratamientos crónicos

Instrumento desarrollado
ÁREA DE GESTIÓN SANITARIA SUR DE SEVILLA

Consulta Telefónica
Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

Estimado usuario, para el desarrollo de la consulta telefónica es necesario que nos de su autorización (ver el consentimiento informado) y que nos facilite sus datos personales (uno o dos teléfonos y dirección postal). También, acordado con usted, se le podrá enviar la documentación por correo o incluso recogerla en modo de admisión.

¿En qué consiste?
Su Médico de Familia se pondrá en contacto a través del teléfono para resolver:
- Resultados de una analítica.
- Resultados de una prueba complementaria.
- Renovación de medicación crónica.

¿Qué servicios se le ofrece?
Teniendo en cuenta una estimación razonable sobre el tiempo para obtener los resultados de las diversas pruebas analíticas y otras pruebas complementarias, le ofreceremos sobre los plazos que podemos tratar en formato de día-hora.
-Analíticas de sangre y orina
-Citologías
-Estudio de biopsias (Anatomía Patológica)
-Renovación de medicación para tratamientos crónicos

¿Y si no se consigue contactar con usted por teléfono?
Puede ocurrir:
- Que su teléfono no está actualizado.
- Que usted no haya podido atender la llamada telefónica.
En esos casos, debe ponerse en contacto con el **Servicio de Atención a la Ciudadanía** de nuestro Centro para proceder a reclamar los resultados, complementaciones o respuestas en un plazo máximo de tres días hábiles. O en su caso, pedir día en consulta para demando clínico por los procedimientos habituales.

Aclaraciones importantes
- Para la información, entrega o recogida de documentación es necesario la correcta identificación del usuario o bien la autorización legal de este para ser representado, de acuerdo con la normativa vigente sobre protección de datos (Ley 15/1999 de 1 de diciembre de protección de datos de carácter personal. En el **Servicio de Atención a la Ciudadanía** pueden obtener más información.
- Su Médico de Familia se pondrá en contacto cuando acuda al Hospital de urgencias, ingresos y altas hospitalarias, no es necesario que acuda a la consulta para informar. En caso de duda, se pondrá en contacto telefónico con usted.
Se recuerda que debe anular las citas que no vayan a ser utilizadas.
- Cualquier duda sobre todo lo expuesto, está atenta por el Servicio de Atención a la Ciudadanía o bien por el Médico de Familia.
- Expone de los teléfonos de salud respuesta rápida (24h) - Atención al Ciudadano con tanto plazo para la gestión de todas las demandas clínicas (patológicas) como de gestión, información o trámite de papeles.
- También se puede solicitar cita a través de la Oficina Virtual de Salud Pública: <http://www033.juntadeandalucia.es/saludpublica/seguridadciudadana/index.htm> o bien descargando la aplicación móvil de Salud Responde: <https://play.google.com/store/apps/details?id=es.gob.es.saludpublica>

Lecciones aprendidas
De una parte el profesional puede gestionar mejor su consulta pero además el ciudadano vive con buena aceptación que su médico de familia contacte con él para evitar desplazamientos. La consulta telefónica se convierte en un buen elemento para gestionar la consulta y el punto de partida para la comunicación telemática con los pacientes.

Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD
ÁREA DE GESTIÓN SANITARIA SUR DE SEVILLA

Comunicación Núm. 242. Consulta telefónica. Abandonando las tareas burocráticas de la consulta. Aranda Lara FJ, et al.

HEMORRAGIA POSPARTO:ACTUACIÓN EN EQUIPO
IBÁÑEZ J. R.FERNÁNDEZ G.V. APARICIO P.M.MATRONAS SAS.

OBJETIVOS

- La **atonía uterina** es la ausencia de contracción del útero tras el parto. Se desencadena tras la expulsión fetal y la placenta un mecanismo de suma importancia, una potente contracción uterina cuya función es la de oerrar los vasos sanguíneos. Si este mecanismo no se produce, se origina una **atonía uterina** y el resultado es una importante **hemorragia posparto** comprometiendo la vida de la mujer.
- La **hemorragia posparto(HP)** es una de las complicaciones obstétricas más temidas, y está entre las tres primeras causas de mortalidad materna en el mundo.

MÉTODO

- Revisión bibliográfica de las publicaciones científicas, lectura y revisión de la bibliografía, en las bases de datos PUBMED, MEDLINE y CINHALL sobre la hemorragia posparto.
- Revisión de artículos en páginas webs nacionales e internacionales.
- La búsqueda se limitó al intervalo 2.000-2.016. Se incluyeron artículos en español e inglés y con acceso a texto completo. De los 16 artículos revisados, se excluyeron 6 por no abordar la atención profesional ante la hemorragia posparto.

✓ Esta revisión tiene como objetivo, conocer la incidencia, los factores de riesgo, el tratamiento y la actuación de los profesionales sanitarios en general, y de las matronas, en particular, por su competencia en los trabajos de parto.

RESULTADOS

- Universalmente** la HP se define como la pérdida hemática superior a 500 ml tras un parto vaginal o a 1.000 ml tras una cesárea.Puede aparecer en el primer embarazo y sin ningún antecedente previo.
- Clinicamente** se observa que el útero sigue teniendo un tamaño mayor al normal, el fondo se encuentra por encima del ombligo.la consistencia es muy blanda y no se ha formado el **globo de seguridad de PINARD**. Al excitar el útero manualmente se contrae, disminuye el tamaño, aumenta la consistencia, pero rápidamente vuelve al estado anterior.
- Es favorecida por **factores de riesgo** como:*multiparidad, placenta previa, sobredistensión uterina, retención placentaria, hidramnios, macrosomía, intentos de versión, antecedentes de hemorragia pre y posparto, coriarnionitis, e interrupción de tratamiento oxitócico entre otros.*

CONCLUSIONES

- El **diagnóstico** es **clínico** y el tratamiento ha de abarcar unas **medidas generales de soporte vital** y otras más específicas de carácter etiológico. **El manejo activo puede prevenir hasta un 60% de los casos**, intervención basada en la evidencia, factible y de bajo costo(**MANEJO ACTIVO DEL ALUMBRAMIENTO: FÁRMACO DE ELECCIÓN OXITOCINA**).
- La **matrona** ha de manejar las pérdidas sanguíneas que puede provocar signos de inestabilidad motora si no se trata.
- Valoración del personal de enfermería(**ACTUACIÓN RÁPIDA, LÓGICA Y REGLADA**):
- Iniciar algoritmo de actuación: **SOLICITAR AYUDA**. Equipo presente(según recursos humanos): 2 matronas, 1 tocólogo, 1 anestesiista, 1 enfermero de quirófano, 1 auxiliar de enfermería, 1 celador y 1 hematólogo en alerta. Ya instaurada profilaxis de atonía uterina según protocolo del servicio de paritorio.
- Monitorización (TA, pulso, y saturación de O2), oxigenoterapia y sondaje vesical permanente.
- Valoración de doble vía de buen calibre(nº16,nº14), y extracción de analítica urgente completa. Valoración de vía venosa central si se precisa. Reposición de líquidos rápida 1000-2000 en 30 minutos, según prescripción médica.
- Prever la reserva de sangre según orden médica(reservar si cesárea).
- Tocólogo: manejo de la hemorragia; tratamiento etiológico.**
- Revisión placentaria.
- Fármacos uterotónicos:oxitocina(syntocinon),metilergonovina(methergin),PGF2alfa(hemabate),PGE1(cytotec), carbetocina(duratobal),compresión bimanual y peso en fondo de útero según prescripción.
- Es **potencialmente evitable** si se sigue una adecuada estrategia de prevención activa y sistemática en la fase de alumbramiento de todos los partos(**DIAGNÓSTICO PRECOZ, INTERVENCIÓN RÁPIDA Y TRABAJO EN EQUIPO**).Si tras la aplicación de masaje junto con la administración de uterotónicos la HP no cede y se han descartado otras causas, habrá que recurrir a maniobras terapéuticas más agresivas.

REFERENCIAS

- Protocolo SEGO. Hemorragia posparto precoz Disponible en <http://www.sego.es/>.
- Williams Obstetrics and Gynecology. 22a edición. Capítulo 35, 2005.
- FAME. Iniciativa Parto Normal. Documento de consenso. Barcelona:Federación de Asociaciones de Matronas de España. 2007.
- Acien P. Tratado de obstetricia y ginecología. Vol. I. Obstetricia, 2.ªed. Alicante: Mohillo; 2001.
- .SEGO. Documento de consenso Recomendaciones sobre la asistencia al parto. SEGO; 2007.

Comunicación Núm. 255. Hemorragia posparto: actuación en equipo. Ibáñez JR, et al.

INFORMACION Y NOTIFICACION DE PROBLEMAS EN EL SISTEMA DE REGISTRO.

OBJETIVOS: Podemos contar con un registro de problemas adversos que se dan en nuestra Unidad de Gestión Clínica. Desde hace diez meses se están notificando acontecimientos adversos en este sistema de registro. En este se realizan notificaciones locales cuyo objetivo fundamental es el de aprender con ellas y con el análisis y las propuestas de mejora que se llevan a cabo. Es casi universal porque por ahora no está previsto que notifiquen los pacientes, es voluntario, no es punitivo, es confidencial. Se notifica todo: cualquier circunstancia, incidentes sin daño y eventos adversos. El notificante también propone en ese momento medidas para la mejora que luego son evaluadas y puestas en marcha por la dirección del centro.

METODOLOGIA: Hemos hecho un estudio en el Hospital Universitario Reina Sofía de un intervalo de seis meses, el tipo de incidente, la ocurrencia, la repercusión real y potencial, las medidas de control y las soluciones. Realizamos análisis causa raíz de aquellos incidentes que lo precisan como forma de analizarlos de forma reactiva

RESULTADOS: Desde enero de 2017 hasta el 1 de julio 2017 se han notificado 47 incidentes. Se han registrado los distintos tipos de incidentes según el sistema de registro del Observatorio de Seguridad del paciente. Y se obtuvieron: 4 relacionados con la gestión organizativa y los recursos, 3 relacionados con la infraestructura del edificio o enseres fijos, 9 relacionados con el proceso administrativo, 3 relacionados con el proceso asistencial o procedimiento clínico, 3 relacionados con la documentación, 5 relacionados con la medicación o fluidos, 1 relacionado con la sangre y productos sanguíneos, 12 relacionados con los dispositivos y los equipamientos médicos, 2 relacionados con la conducta, 3 relacionados con caídas o accidentes del paciente y 2 relacionados con la confidencialidad. En el análisis posterior que la comisión de seguridad realiza se han detectado que cinco de ellos tuvieron una repercusión potencial grave para el paciente y sólo tres de ellos tuvieron una repercusión real moderada-grave.

CONCLUSIONES: En estos años en los que venimos utilizando el sistema de registro de problemas adversos son pocos los notificados y la mayoría de ellos relacionados con los dispositivos y equipamientos médicos o el proceso administrativo. Todo ello nos hace pensar que la cultura de culpa sigue estando presente. Se han introducido medidas y han aumentado las notificaciones anónimas, el briefing, conocimiento de la causa de los problemas y así intentar mejorar el sistema de registro .No se ha llegado a un acuerdo para utilizar otros sistemas notificadores. Y se ha llegado a la conclusión de que un acontecimiento adverso no es negligencia o atención de mala calidad del paciente.

Autores. 1. Alcaide Lucena, Concepción 2. Chvatova, Justina 3. Armenteros Berral, Jesús David

Comunicación Núm. 256. Información y notificación de problemas en el sistema de registro. Alcaide Lucena C, et al.

ASEGURAR LA ACTIVIDAD DE UN HOSPITAL MEJORANDO SUS INSTALACIONES

OBJETIVOS.
Estudio de las Unidades de Atención Hospitalaria y así poder garantizar las condiciones de las instancias para el desarrollo de sus actividades en unas condiciones óptimas de seguridad.

RESULTADOS.
El 58,1% de las UGC evaluadas cumplieron el estándar ES 5 08.01_00. Los principales motivos de incumplimiento fueron:
-82,3% ausencia de inspecciones periódicas legales por parte de Organismos de Control Autorizado (OCA), tanto en instalaciones eléctricas, ascensores, instalaciones de Rayos X, etc.
-70,6% no subsanación de deficiencias identificadas tras la realización de inspecciones, revisiones o mantenimientos preventivos.
-47,1% No inclusión de operaciones asociadas al control de la legionelosis al plan de mantenimiento.
-17,7% Deficiencias en registros actualizados de las incidencias comunicadas así como de su resolución.
Las principales soluciones aportadas para solventar las incidencias identificadas fueron: vigilancia de los niveles de radiación en puestos de trabajo y áreas colindantes de acceso al público.
Inspecciones en ascensores e instalaciones de baja tensión. Planificación de mantenimientos preventivos (equipos de aires acondicionados, plantas e instalaciones frigoríficas, ascensores, quirófa quirófanos, baja tensión etc.). Subsanación de no conformidades encontradas en las revisiones de mantenimiento realizados por mantenedores y de inspecciones por OCA. Revisión de instalaciones, limpieza y desinfección de las redes de distribución de agua fría de consumo humano y agua caliente sanitaria.
Protocolos para unificar las actuaciones para el control de legionella. Implantación de un gestor de incidencias que permita su análisis, repetitividad, control, seguimiento y/o trazabilidad. Mediciones de continuidad y resistencia del aislamiento en los quirófanos y salas especiales.

METODOLOGIA.
Análisis descriptivo retrospectivo de Unidades de Gestión Clínica (UGC) de Atención Hospitalaria acreditadas por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA) - Se analizó el nivel de cumplimiento inicial, así como las evidencias aportadas para el cumplimiento final, de 43 UGC evaluadas en relación con el estándar obligatorio (ES 5 08.01_00) sobre la definición y aplicación de actuaciones necesarias para garantizar que disponen del espacio, medios técnicos y recursos necesarios para la realización de su actividad bajo condiciones de seguridad.

CONCLUSIONES
Las UGC inmersas en el proceso de acreditación a través de la ACSA identifican e implantan mejoras después de un estudio interno, teniendo como referencia los estándares de calidad.
Se hace evidente la importancia de gestionar los elementos de soporte que cubren las principales necesidades de las UGC para el desarrollo de la actividad asistencial en condiciones adecuadas de seguridad y funcionalidad.

Autores: 1. Alcaide Lucena, Concepción 2. Chvatova, Justina 3. Armenteros Berral, Jesús David

UTILIZACION Y ESTUDIO DE MEDIDAS PARA EL CUIDADO DE LA ESPALDA DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS.

OBJETIVOS: se quiere ofrecer desde el propio hospital un servicio a los trabajadores que sufren algias vertebrales que suponga una alternativa a la derivación individual al Servicio de Rehabilitación. Mejorar la cohesión al ejercicio terapéutico, basando los contenidos de los talleres en información al usuario acerca de su proceso incluyendo conceptos actuales sobre neurofisiología del dolor en la información aportada. Valorar si estos usuarios están satisfechos con las informaciones.

METODOLOGIA. Se realiza un estudio de observación y descriptivo. Se oferta la actividad a todos los trabajadores del Hospital. Los demandantes se dividen en 20 grupos nunca superiores a 10 componentes que son asignados a los diferentes fisioterapeutas de la Unidad. En total se han realizado 12 talleres de 60' de duración cada uno.
En el primer taller, teórico, se informa a los usuarios participantes acerca de cuales son los objetivos de la actividad y el desarrollo de la misma.
En los 9 siguientes, el tiempo se divide en charlas teóricas y ejercicios prácticos. La parte teórica de cada taller, trata de acercar conceptos básicos sobre neurofisiología del dolor y funcionamiento biomecánico del raquis, así como hábitos saludables relacionados con la alimentación y el ejercicio. En la práctica, se trabajan tanto actitudes posturales como ejercicios de estabilización, cervical y lumbar y técnica de relajación de Jacobson.
Al finalizar la actividad, se ha pasado una encuesta anónima de satisfacción, que recoge items tanto cuantitativos como cualitativos, relacionados con el dolor, nivel de salud percibida y satisfacción con la actividad.

CONCLUSIONES: Esta actividad se lleva a cabo al observar que en los últimos años se ha producido un aumento significativo de la demanda de tratamiento fisioterápico entre los profesionales del hospital. Esta demanda además se relaciona con importantes niveles de absentismo laboral. Ambos factores son causa de importante consumo de recursos socio sanitarios. El conocimiento actual en neurofisiología del dolor aporta nuevas vías de trabajo que no sólo se basan en técnicas pasivas de tratamiento y que dan mucha importancia a la implicación del paciente. La falta de adherencia de los pacientes a las recomendaciones de los profesionales sanitarios, relacionadas con su dolor de espalda, está muy relacionada con la falta de información con respecto a su proceso y los beneficios de dichas recomendaciones. El sistema sanitario actual no permite ofrecer tratamiento individual en todos los casos. En este contexto, el abordaje terapéutico en grupo es una alternativa terapéutica, que bien orientada, puede ser de gran utilidad.

RESULTADOS. La actividad finalizó el 12 de septiembre. Dado el tipo de estudio, los resultados podrán presentarse en el Congreso convenientemente.

Autores: 1. Alcaide Lucena, Concepción 2. Chvatova, Justina 3. Armenteros Berral, Jesús David

Comunicación Núm. 259. Asegurar la actividad de un hospital mejorando sus instalaciones. Alcaide Lucena C, et al.

Comunicación Núm. 260. Utilización y estudio de medidas para el cuidado de la espalda de los profesionales sanitarios. Alcaide Lucena C, et al.

INNOVANDO EN EL PUERPERIO: LA CONSULTA TELEFÓNICA

AUTORES: Leticia Molina García, M^a José Fernández Valero, Luisa Ponce Cornejo.
Especialistas en Enfermería Obstétrico-Ginecológica (MATRONA).

MARCO CONCEPTUAL Y ANALÍTICO

La práctica diaria en un Centro de Salud engloba labores asistenciales, de prevención, de protección de la salud y organizativo-administrativas. Una de las modalidades de asistencia que se va requiriendo cada vez más es la consulta telefónica, por la comodidad que supone para poder contactar de forma inmediata con el profesional y resolver un problema o consultar una duda. El **teléfono** es un sistema de comunicación que se utiliza cada vez más en el campo de la salud, siendo la pediatría, seguida de la medicina interna y la obstetricia las más demandadas. El **puerperio** es un período caracterizado por dudas, miedos, inseguridades y desconocimiento, por ello, las directrices internacionales refuerzan la continuidad en los cuidados. Con el fin de guiar y asesorar a los padres durante el puerperio, se puso en marcha en el Centro de Salud de Villacarrillo la "consulta telefónica".

METODOLOGÍA

Se realizó una revisión bibliográfica en PubMed, Cochrane Library y Cuiden desde el año 2008 a la actualidad. Las palabras empleadas fueron «consulta telefónica», «beneficios consulta telefónica», «consulta matrona», «puerperio», «atención primaria», así como sus homónimos en inglés. También se consultaron revistas de enfermería y guías de práctica clínica. Posteriormente, se realizó un estudio descriptivo durante el primer semestre del año 2017 donde se analizaron las llamadas telefónicas recibidas en la consulta de la matrona.

OBJETIVO

Dar a conocer la consulta telefónica como herramienta de continuidad de cuidados en el puerperio.

RESULTADOS

Se recibieron un total de **458** llamadas, de las cuales un 71,3% eran referidas a temas puerperales y el 28,7% restante agrupaban temas de embarazo, controles en consultas y aspectos ginecológicos. De todas las llamadas puerperales, el 74% fueron realizadas por la puérpera, el 21% por su pareja y el 5% por otro miembro de la familia.

Los PRINCIPALES motivos de consulta fueron:

- Lactancia materna (32%)
- Recién Nacido (13%)
- Molestias zona perineal y cuidados episiotomía (13%)
- Reinicio relaciones sexuales y anticoncepción puerperal (11%)
- Alimentación (9%)
- Estado emocional (7%)
- Sangrado puerperal (5%)
- Entuertos (4%)
- Estreñimiento (3%)
- Otros (3%)

CONCLUSIONES

- ✓ La consulta telefónica no supone una sobrecarga asistencial importante y resuelve satisfactoriamente la mayoría de las cuestiones planteadas, siendo un recurso útil para agilizar asuntos administrativos, técnicos y clínicos que hayan quedado pendientes de resolución.
- ✓ Además aporta a la puérpera tranquilidad y seguridad porque sabe que tiene a su disposición este recurso y puede utilizarlo en el momento que lo necesite.

Comunicación Núm. 276. Innovando en el puerperio: la consulta telefónica. Molina García L, et al.

SERVICIO DE ATENCIÓN AL CIUDADANO. PETICIONES DE HISTORIAS CLÍNICAS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO JUAN RAMON JIMENEZ . 2012 – 2015

Aimago Calzada ,Mercedes, Torres Galvo, M^a Carmen; Peña González, Aurora

XI Jornadas de Salud Pública
Salud pública ante escenarios de futuro
Sevilla 20-21 de octubre 2017

OBJETIVO:

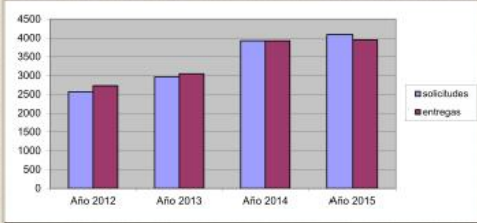
En el Hospital Universitario Juan Ramon Jimenez de donde hemos obtenido los datos existe un Servicio de Secretaria dentro del archivo, el cual se encarga entre otras funciones de ofrecer a los ciudadanos y otras entidades copias o parte de ellas de sus Historias clínicas. El servicio de atención al ciudadano es la vía más utilizada por las personas interesadas, pero existen otras como pueden ser otros Hospitales, la Unidad Técnico Jurídica, por registro, Fax, Equipo de valoración de Incapacidades, etc. Este servicio considera un objetivo de primer orden la transparencia en la información a la ciudadanía y la garantía de plazos de respuesta. El objetivo es analizar las peticiones por parte de los ciudadanos en el Servicio de Secretaria en los últimos cuatro años

METODOLOGÍA:

Para ello se ha solicitado información al archivo del Hospital, concretamente al servicio de secretaría, donde diariamente se mecanizan las solicitudes de peticiones y una vez registradas se obtiene la memoria anual de solicitudes y entregas. Se han obtenido datos mensuales de peticiones y entregas en los últimos cuatro años. Se han comparado los datos anuales calculándose los porcentajes de variación en la demanda del servicio, además de calcularse el incremento durante todo el periodo de estudio

RESULTADOS:

Según los datos obtenidos de la memoria anual 2012-2015, se ha observado un incremento considerable en la entrada de peticiones de copias por las distintas vías, aumentando en cada una de ellas. En 2012 creció un 11,7%, en 2013 un 28,8% manteniéndose estable en el 2014. El incremento del valor absoluto en el periodo 2012-2015 ha sido 1520 copias, lo que supone un 59,1% más.



Año	Solicitudes	Entregas
Año 2012	~2500	~2800
Año 2013	~3000	~3200
Año 2014	~4000	~4000
Año 2015	~4200	~4000

CONCLUSIONES:

El incremento de las peticiones en los últimos cuatro años a través de las distintas vías ha repercutido directamente a este servicio. Por una parte es necesario disponer de una serie de recursos informáticos que permitan al personal realizar sus tareas según las necesidades de este servicio, como pueden ser Fotocopiadoras, ordenadores, scanner para pasar las radiografías u otros formatos a formatos digitales, programas informáticos específicos, material informático etc. lo que hace más costoso éste servicio. Además éste incremento de solicitudes obliga al archivo a destinar más personal para estas tareas, detrayéndolas de otras funciones del archivo. Por otro lado, el aumento en el número de peticiones pone de manifiesto una creciente necesidad de este servicio por parte de los ciudadanos y otros interesados.

Comunicación Núm. 283. Servicio de Atención al Ciudadano. Peticiones de historias clínicas en el Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez. Almagro Calzada M, et al.

LA PROFESIONALIDAD DEL TÉCNICO EN DOCUMENTACIÓN SANITARIA

AUTORES: DOLORES MORENO LUCENA, RAFAEL A. DELGADO NARANJO, ROSA Mª PINTOR LUNA

INTRODUCCIÓN

En 1995 se establece mediante el Real Decreto 543 el Título de "Técnico Superior en Documentación Sanitaria", sus funciones, acordes con el plan de estudios establecido (Decreto 389/1996 de 2 de agosto), definen la contribución de estos profesionales al proceso de tratamiento de la información y la documentación clínica. Aquí aparecen descritas tanto la competencia general como las capacidades profesionales, unidades de competencia, realizaciones y dominios profesionales del Técnico en Documentación Sanitaria.

OBJETIVO

1. Organizar/gestionar los archivos de documentación e historias clínicas.
2. Intervenir en el proceso de tratamiento de la información y la documentación clínica.
3. Identificar, extraer y codificar datos clínicos y no clínicos de la documentación sanitaria, , garantizando el cumplimiento de las normas de la Administración Sanitaria y de los sistemas de clasificación internacionales
4. Validar y explotar los datos del CMBD del archivo de la historia clínica u otros registros mediante herramientas estadísticas y control de calidad

MATERIAL Y MÉTODO

Consultando la normativa vigente, haremos un análisis comparativo de la misma, verificando las competencias profesionales que caracterizan a esta titulación sanitaria

RESULTADOS

Las competencias profesionales que establece el Real Decreto se vinculan al tratamiento de la documentación e información clínica: organizar los archivos de documentación clínica, codificar, evaluar el tratamiento de la información y validar y explotar datos del CMBD.

Todas estas funciones se desarrollan dentro del Servicio de Documentación Clínica, Servicio muy heterogéneo, en el que se trabaja en dos grandes bloques:

1. Gestión de pacientes: admisión hospitalaria programada, atención e información al paciente, cita previa de consultas externas, derivaciones y traslados intercentros y visados de medicamentos.
2. Gestión de la documentación clínica: gestión de la historia clínica, archivo de historias clínicas, codificación, explotación de datos clínicos, gestión del préstamo y copia de la documentación.

CONCLUSIÓN

En el área de Documentación Clínica es fundamental la figura del Técnico en Documentación sanitaria, en todas las funciones que tengan que ver con la gestión de las historias clínicas y la información que de ellas se extrae. A pesar de los años que lleva instaurada la categoría, algunos Hospitales, empiezan a integrar entre su plantilla la figura del Técnico en Documentación Sanitaria aunque aún son muchos los que deciden no contar con sus servicios, ocupando su puesto Auxiliares Administrativos, Enfermeros... y llegando incluso, como ocurre en algunos hospitales a externalizar el servicio, lo que supone un encarecimiento del mismo y tal vez la inviabilidad de éste. La contratación de profesionales disminuye los errores que se producen dentro de éste área como pérdida y duplicidad de historias clínicas, mala gestión del espacio del archivo, error en la codificación de la información, ... todo esto se traduce, en algún momento, en aumento de costes.

Comunicación Núm. 295. La profesionalidad del técnico en documentación sanitaria. Moreno Lucena D, et al.

EL CELADOR EN FIBROSIS QUÍSTICA

AUTOR: Jorge Casal Fernández
Celador

MODALIDAD: Póster electrónico

CONTEXTOS Y DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA:

La fibrosis quística es una enfermedad hereditaria de las glándulas mucosas y sudoríparas. Afecta principalmente los pulmones, el páncreas, el hígado, los intestinos, los senos paranasales y los órganos sexuales. La fibrosis quística hace que la mucosidad sea espesa y pegajosa. Esta mucosidad tapa los pulmones, causando problemas para respirar y facilitando el crecimiento de bacterias. Esto puede provocar infecciones pulmonares repetidas y daños pulmonares.

Los síntomas y la severidad de la fibrosis quística pueden variar. Algunas personas tienen problemas serios desde el nacimiento. Otras pueden tener un tipo más leve de la enfermedad que no se manifiesta hasta la adolescencia o al inicio de la edad adulta. A veces se tienen pocos síntomas, pero más tarde es posible tener más.

El paciente con fibrosis quística debe acudir a l hospital para ser atendido por un equipo multidisciplinar al menos una vez al mes. El principal riesgo de estos pacientes es que tengan contacto con pacientes que también presenten fibrosis quística, pues existe gran riesgo de infecciones cruzadas. El celador es uno de los profesionales que debe tratar con dichos pacientes indicándoles por dónde deben pasar, donde deben colocarse... en diferentes ámbitos, incluso en las pruebas que deban hacerse, tales como la espirometría.

DESCRIPCIÓN Y OBJETIVOS DE LA INTERVENCIÓN PROPUESTA:

Para trabajar con dichos pacientes el celador debe conocer la enfermedad y saber cuáles son los riesgos en un hospital para dichos pacientes.

El objetivo es indicar cuáles son las medidas a tomar por el celador.

PROCEDIMIENTOS E INSTRUMENTOS DESARROLLADOS: se realiza revisión en base de datos medline plus utilizando como descriptores "fibrosis quística virus" encontrándose 49 artículos de los cuales seleccionamos 2 por ser los que explican mejor cuáles son las bacterias y virus que más afectan a estos pacientes, encontrando entre los más frecuentes la pseudomona aeruginosa y el virus de la gripe. La búsqueda se realizó en los años 2015-2016.

Estos pacientes sufren de problemas respiratorios , tiene mucha cantidad de secreciones y estas hacen que tengan más facilidad de ser infectados por virus y bacterias. Es muy importante que el celador intente no mezclar a paciente que padezcan la misma enfermedad. Si el celador tiene la gripe debe colocarse una mascarilla para atenderlos, no debe acudir al trabajo en caso de tener problemas de salud por el riesgo que supone para los pacientes, la pseudomona se transmite por medios acuosos por lo que intentará que la persona con fibrosis quística no esté con zonas húmedas en contacto ni en sitios mal ventilados, le aconsejará que esté en el hospital el menor tiempo posible por el riesgo que supone para ellos.

Si en algún momento deben transportarlos deben tener en cuenta que no estén en sitios con mucha aglomeración de gente, cuando tocamos los pomos de las puertas y después al paciente podemos transmitirles los virus, por lo que es imprescindible el lavado de manos.

LECCIONES APRENDIDAS:

El celador necesita una especialización para trabajar con estos pacientes para que no tengan riesgos de padecer bacterias o virus pues tienen muchos riesgos para estos pacientes.

Es conveniente que el celador de esta unidad no esté en continuo cambio, sino que sea alguien que ocupe siempre ese puesto de trabajo por la especialización que necesita.

El Celador debe estar en continua comunicación con el equipo multidisciplinar que atiende estos pacientes y seguir sus indicaciones.

Evitará acudir al hospital enfermo ni colocar a estos pacientes junto a otros paciente que lo estén o en lugares de mucha aglomeración de gente.

Tocará pomos de las puertas con pañuelos de papel que después desechará.

Se colocará protección y se la ofrecerá a los pacientes en caso de ser necesario tales como las mascarillas.

Comunicación Núm. 301. El celador en fibrosis quística. Casal Fernández J.

FUNCIONES DEL CELADOR EN LA SALA DE FISIOTERAPIA, RIESGOS PARA LA SALUD PÚBLICA DEL PACIENTE

AUTORES:
JORGE CASAL FERNÁNDEZ

MODALIDAD: PÓSTER ELECTRÓNICO

CONTEXTOS Y DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA: En las salas de fisioterapia, casi en todas las situaciones, existen celadores y/o auxiliares que sirven de apoyo al fisioterapeuta en su trabajo diario. Esas salas pueden estar en hospitales o en centros de salud. Estos profesionales en ocasiones están en turnos rotatorios no siendo los mismos siempre, lo que provoca un problema para la salud pública pues se necesitan personas adiestradas en las salas de fisioterapia para el correcto funcionamiento y para la seguridad de nuestros pacientes.
El celador juega un papel muy importante en el trabajo en este sector de la sanidad pública.

DESCRIPCIÓN Y OBJETIVOS DE LA INTERVENCIÓN PROPUESTA: Los objetivos son describir las funciones que realiza un celador en la sala de fisioterapia y cuales son los riesgos para nuestros pacientes si estos no están adiestrados en el trabajo con ellos.

PROCEDIMIENTO E INSTRUMENTOS DESARROLLADOS: Se realiza búsqueda bibliográfica en base de datos medline plus utilizando como descriptores "celador salas fisioterapia" pero no encontramos artículos que especifiquen el trabajo de un celador en este sector ni que lo relacionen, por tanto el trabajo se basa en una descripción del día a día en este trabajo.
En las salas de fisioterapia existen muchos tipos de pacientes entre los que pueden estar: lesionados medulares, amputados, hemipléjicos, bebés con diferentes patologías, parálisis cerebral, respiratorios, ancianos con síndromes de encaimamiento, personas con problemas traumatológicos...

- El celador sirve de apoyo en muchas situaciones:
1. Repone el material que el fisioterapeuta necesita, transportándolo.
 2. Recibe a los pacientes cuando llegan indicándoles en que zona deben colocarse.
 3. Ayuda en la colocación del paciente cuando se utiliza electroterapia.
 4. Ayuda en las transferencias de pacientes que así lo necesitan.
 5. Ayudan al fisioterapeuta a realizar actividades como la bipedestación y la marcha.
 6. Ayudan a la colocación de estos pacientes en bipedestadores.
 7. Trasladan al paciente de las habitaciones a las salas de fisioterapia.



LECCIONES APRENDIDAS:

1. En función a si la sala es de un hospital o de un centro de salud es distinto la especialización de los celadores.
2. En cada sala existen diferentes tipos de pacientes pues a cada hospital o centro de salud se derivan diferentes patologías.
3. Es potencialmente peligroso en los lesionados medulares en etapas iniciales que el celador sepa realizar las transferencias de forma adecuada, pues si no es así podría suponer un agravamiento de la salud del paciente. Estas transferencias podrán ser de la silla de ruedas a la camilla, de la cama a la camilla, de la silla de ruedas o camilla a las espaldaderas o a las paralelas.
4. Existe el mismo problema en amputados, siendo en este caso especialmente peligroso por la falta de uno o varios miembros.
5. El celador deberá integrarse en el equipo multidisciplinar y seguir las indicaciones que le dicten los fisioterapeutas en el manejo de los pacientes.
6. Los pacientes diabéticos, ancianos y anticoagulados tendrán cuidado de no rozarles con nada durante su manejo para evitar producir heridas.
7. En el paciente hemipléjico es muy frecuente que durante las transferencias se produzca mal manejo en el miembro superior desencadenando el hombro doloroso del hemipléjico debido a una luxación del mismo a consecuencia de que no tiene un buen tono muscular para mantener la posición de la cabeza humeral. Si se desencadena este dolor es muy difícil de solucionar, pudiendo crear problemas mayores como desgarros, fracturas...
8. El celador debe saber como actuar ante determinadas patologías respiratorias pues puede suponer una fuente de infección para los pacientes, por ejemplo si está resfriado no acercarse a pacientes con patología respiratoria a menos de 1,8 metros, no tocarlos con las manos que hemos tocado los pomos pues los pomos son fuente de infección de bacterias...
9. Se tendrá especial cuidado con el manejo de pacientes con parálisis cerebral pues hay mucho riesgo de fracturas y luxaciones si no se realizan las transferencias de forma adecuada. Cada paciente será diferente y es el fisioterapeuta el que indica cuál es la situación. Pasará lo mismo con pacientes que sufran osteoporosis.
10. El celador será instruido en el material de la sala de fisioterapia.
11. Durante la bipedestación y marcha seguirá las pautas indicadas para cada paciente por parte del fisioterapeuta.
12. Es muy importante que en las salas de fisioterapia existan celadores especializados.

Comunicación Núm. 303. Funciones del celador en la Sala de Fisioterapia, riesgos para la salud pública del paciente. Casal Fernández J.

SATISFACCIÓN LABORAL

*Autores: Jose Antonio Moreno Ortega. DUE Hospital Virgen Macarena; SAS.
Raquel Vargas León. TSID/TER/CELADOR CONDUCTOR Hospital Quirón Zaragoza.*

PALABRAS CLAVES Compromiso, Calidad asistencial, Satisfacción Laboral, Organización del Servicio

INTRODUCCIÓN/OBJETIVOS

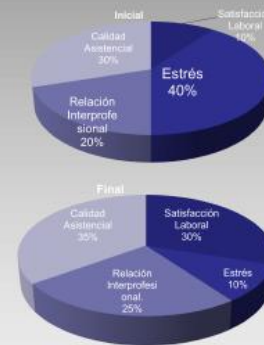
Conocer el nivel de satisfacción laboral y analizar sus componentes en los trabajadores tanto sanitarios como no sanitario del servicio de Radiología del Hospital Miguel Servet de Zaragoza. De este modo promovemos el trabajo en equipo y las responsabilidades correspondiente a cada trabajador. Para que así el trabajo sea más agradable y todo ello repercuta en el bienestar del paciente demandante de este tipo de servicios.

MÉTODOS

Hemos realizado un estudio descriptivo transversal, de Enero a Junio del 2016, cuya población de estudio han sido todos los trabajadores (Enfermeros, Auxiliares de Enfermería, Técnicos de Radiodiagnóstico y Celadores) del Servicio de Radiología del Hospital Miguel Servet de Zaragoza, en total 80 profesionales. Para ello se realiza dos cuestionarios, uno de satisfacción Font Roja (27 ítems valorados por escala Likert 1-5) y un cuestionario que recoge variables sociodemográficas y asociadas al puesto de trabajo.
Tras repartir estos cuestionarios hemos realizado talleres cada viernes de una hora de duración en los que hemos tratado punto por punto todas las inquietudes del trabajador. Al finalizar los talleres hemos repartido cuestionarios post- intervención a todos los profesionales.

RESULTADOS

Hemos tenido una participación del 100% de los trabajadores.
Sólo un 30% manifestó estar satisfecho inicialmente. Las dimensiones peor valoradas han sido la presión laboral y la promoción profesional. Las que mayor valoración han recibido son la competencia profesional y la relación con los superiores.
Tras la realización de los talleres hemos observado que la satisfacción laboral ha aumentado en un 30%, el estrés ha disminuido en un 10%, la relación interprofesional ha aumentado en un 25% y la calidad asistencial ha mejorado en un 35%.



CONCLUSIONES

Los trabajadores se encuentran medianamente satisfechos con el trabajo que desempeñan disminuyendo así el estrés y aumentando la calidad asistencial. Para la mejora de la satisfacción laboral el equipo directivo debe adoptar medidas correctoras de los ítems peor valorados, de esta forma, repercutirá directamente en una mayor calidad asistencial.

REFERENCIAS:

1. Calidad asistencial y satisfacción de los profesionales: de la teoría a la práctica. Rev Calidad asistencial, 14 (1999), pp 649-650.
2. Los profesionales y la calidad asistencial hospitalaria. JM. Aranz, J.J. Mira, F.G. Benavides
3. Métodos estadísticos en Ciencias de la Salud. J.M. Doménech.
4. Estudio de la satisfacción laboral y sus determinantes en los trabajadores sanitarios de un área de Madrid. M.I. Fernández, J.R. Villagrana, M.F. Gamo, J. Vázquez, E. Cruz, M.Y. Aguirre. Rev. Exp Salud Pública, 69 (1995), pp. 487-497

Comunicación Núm. 327. Satisfacción laboral. Moreno Ortega JA, et al.

X Jornadas de Salud Pública

ESTUDIO OBSERVACIONAL ANALÍTICO DEL NÚMERO DE TRASPLANTES RENALES EN ANDALUCÍA. AÑO 2014-2016. CODIFICACIÓN CIE-10-ES

AUTORES: Juan M^º Marín Fernández Fca. Rocío Álvarez Sáez Segunda Pino Gallardo

INTRODUCCION:

El trasplante de riñón o trasplante renal es el trasplante de un riñón en un paciente con enfermedad renal avanzada. Dependiendo de la fuente del órgano receptor, el trasplante de riñón es típicamente clasificado como de donante fallecido, o como trasplante de donante vivo. Los trasplantes renales de donantes vivos se caracterizan más a fondo como trasplante emparentado genéticamente (pariente-vivo) o trasplante no emparentado (no emparentado-vivo), dependiendo de si hay o no una relación biológica entre el donante y el receptor.

OBJETIVOS:

1. Conocer el número de trasplantes renales en Andalucía durante los años 2014 y-2016.
2. Diferenciación por provincias andaluzas.

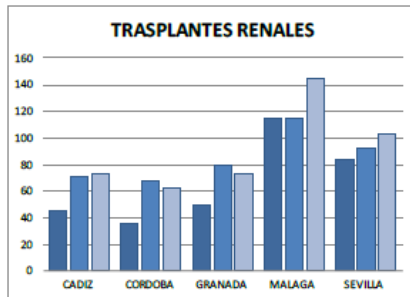
MATERIAL:

Hemos realizado un estudio sobre el número de casos de trasplante de riñón en Andalucía, diferenciándolo por las siguientes provincias andaluzas: Cádiz, Córdoba, Granada, Málaga y Sevilla, durante el periodo de tiempo 2014-2016. El cuadro nos muestra el número de trasplantes, apareciendo entre paréntesis los casos infantiles. Los datos han sido extraídos de la página web www.juntadeandalucia.es. El código de trasplante renal en la CIE 10, sería: O9Y00Z (Derecho) y el O9Y10Z (Izquierdo).

HOSPITALES	2014	2015	2016
CADIZ	46	71	73
CORDOBA	35	68 (3)	63 (2)
GRANADA	50	80	73 (1)
MALAGA	115	115 (1)	144
SEVILLA	84 (7)	92 (8)	104 (5)
TOTAL ANDALUCIA	330 (7)	426 (12)	457 (8)

RESULTADOS:

Tras el estudio durante el periodo de tiempo 2014, 2015 y 2016, comprobamos que en el año 2016 es cuando se producen mayor número de casos, siendo un total de 457, de los cuáles, 8 hacen referencia a trasplante infantil. En el año 2014 es cuando se producen menos trasplantes, con un total de 330, siendo 7 el número de casos infantiles. Para el año 2015 nos encontramos con un total de 426, siendo 12 trasplantes infantiles. La provincia andaluza con mayor número de casos durante todo el periodo es Málaga, siendo Córdoba la menor durante dicho periodo.



CONCLUSION:

Concluimos diciendo que se ha producido un aumento progresivo de trasplantes renales en todas las provincias a lo largo de estos tres años.

El porcentaje de supervivencia de un paciente sometido a un trasplante de riñón es mayor del 95% en los 5 primeros años. Suponiendo que el riesgo de la cirugía no sea muy elevado y suponiendo que los riesgos de medicamentos después del trasplante no sean demasiado altos, para la mayoría de los padentes que padecen de una insuficiencia renal incurable, el trasplante de órgano prolongará significativamente sus vidas.

Comunicación Núm. 337. Estudio observacional analítico del número de trasplantes renales en Andalucía. Año 2014-2016. Codificación CIE-10-ES. Marín Fernández JM, et al.

X Jornadas de Salud Pública

ANÁLISIS COMPARATIVO DEL NÚMERO DE TRASPLANTES DE CORNEA LLEVADOS A CABO EN ESPAÑA. AÑOS 2014 Y 2016. CODIFICACIÓN CIE-10-ES

AUTORES: Segunda Pino Gallardo Juan María Marín Fernández Fca. Rocío Álvarez Sáez

INTRODUCCIÓN:

En el siguiente trabajo se va a realizar un estudio del numero de trasplantes de cornea realizados en los años estudiados en España. La córnea es el lente externo transparente en la parte frontal del ojo. Un trasplante de córnea es la cirugía para reemplazar la córnea con el tejido de un donante y es uno de los trasplantes más comunes que se realizan. El código CIE-10-ES para el trasplante es el Z94.7.

OBJETIVOS:

1. Determinar el número de trasplantes de cornea que tienen lugar en España durante los años 2014 y 2016.
2. Diferenciación por Comunidades Autónomas, resaltando las corneas que son desestimadas.

MATERIAL:

Se ha realizado un estudio observacional descriptivo, de tipo ecológico. Consultando boletines epidemiológicos y memorias de la Organización Nacional de Trasplantes, para recoger datos de trasplante de cornea en las Comunidades Autónomas: Andalucía, Cataluña, Madrid y Comunidad Valenciana y lo hemos comparado en dos años: 2014 y 2016.

Los datos han sido extraídos de la página web <http://www.ont.es/Paginas/Home.aspx>.

RESULTADO:

En la siguiente Tabla se puede observar el numero de trasplantes llevadas a cabo para ambos años estudiados.

	CORNEAS OBTENIDAS		CORNEAS DESECHADAS		PACIENTES TRASPLANTADOS	
	2014	2016	2014	2016	2014	2016
ANDALUCIA	335	396	24	44	345	370
CATALUÑA	2963	2412	1497	1159	1056	989
MADRID	334	326	39	54	355	387
C. VALENCIANA	519	436	0	0	411	345

CONCLUSIÓN:

Podemos observar que Cataluña es la comunidad con más prevalencia de trasplantados, más corneas obtenidas y más desechadas en los dos años estudiados, seguida de Valencia, Andalucía y Madrid.

Las corneas obtenidas en 2014 fueron de 5310, de las cuales se desestimaron unas 1755 (33%) mientras que en 2016 se obtuvieron 4808 corneas de las cuales se desestimaron unas 1494 (31%).

Las corneas desechadas en cada año ascienden a un 30 – 35 % del total de corneas obtenidas, siendo Cataluña la comunidad que mas corneas desecha. Las principales causas por las cuales se desechan las corneas son por una serie de alteraciones en el procesamiento de las mismas ascendiendo estas a un 86% de los casos, siendo el 14% restante debido a problemas del donante.

Comunicación Núm. 338. Análisis comparativo del número de trasplantes de córnea llevados a cabo en España. Años 2014 y 2016. Codificación CIE-10-ES. Pino Gallardo S, et al.

XI Jornadas de Salud Pública
 Salud pública ante escenarios de futuro
 Del 20 al 25 de noviembre / 2017 #11jornadasSP

COMO HACER FRENTE AL MOBBING POR EL PERSONAL SANITARIO.

Autores: MARIA JESUS REYES GUTIERREZ, BEATRIZ HERNANDEZ TEJERO

INTRODUCCIÓN	OBJETIVOS
Se entiende por mobbing o acoso laboral al hostigamiento al que, de forma sistemática, se ve sometida una persona en el ámbito laboral, con la finalidad o resultado de atentar o poner en peligro la integridad de la misma y que suele provocar serios trastornos psicológicos. Para que se considere acoso laboral la actitud hostil y humillante es necesario que sea habitual y continuada en el tiempo. Si esta actitud llegara a suponer un trato degradante hacia el acosado podría llegar a considerarse como delito.	Poner de manifiesto las diferentes formas de hacer frente al mobbing por parte del personal sanitario.
METODOLOGÍA	
Se ha realizado una revisión bibliográfica realizando búsquedas en bases de datos como Google Scholar, Medline, Cochrane Library y Scielo mediante los descriptores mobbing , acoso, dignidad, personal sanitario. De los resultados obtenidos se eliminaron aquellos que se encontraban repetidos y se hizo una selección basada en su mayor relación con el tema a tratar. El total de textos incluidos después de la selección fue de 15. La búsqueda se limitó al intervalo 2010-2017.	
RESULTADOS	CONCLUSIONES
<ul style="list-style-type: none"> Reconocer la situación Evitar culpa y miedo Mantener autoestima Hacer frente al MOBBING Actitud asertiva y de respeto Solicitar ayuda profesional sobre como afrontar la situación Dar a conocer la situación, en especial a los superiores 	El mobbing en el ámbito sanitario se encuentra extendido. Es un tema que suele permanecer oculto ya que la víctima tiende a callar por miedo y sentimientos de culpabilidad. Se deberían organizar campañas de concienciación contra el mobbing entre los trabajadores y los órganos directivos. Se deberían seguir protocolos de detección del mobbing así como métodos de actuación para hacerle frente.

Comunicación Núm. 355. Cómo hacer frente al mobbing por el profesional sanitario. Reyes Gutiérrez MJ, et al.

INDUCCIÓN DE PARTO EN MUJERES CON CESÁREA ANTERIOR

Autores: Fernández Valero, M^º José, Hidalgo Ruiz, Manuel, Calvo Rodríguez, Beatriz.
 Matron@ Servicio Andaluz de Salud.

OBJETIVO:
 Conocer los principales beneficios de la inducción mecánica del parto en mujeres con cesárea anterior.

INTRODUCCIÓN:
 A nivel mundial, el nacimiento por cesárea es común, con porcentajes entre 18% y 50% del total. Guías actuales de práctica clínica apoyan el parto vaginal y la prueba de parto en las mujeres con cesárea anterior. La inducción del parto es una intervención obstétrica frecuente (20 %-30 %) de los nacimientos, y se lleva a cabo cuando el riesgo de continuar el embarazo es mayor que los beneficios. Los métodos incluyen: métodos farmacológicos con prostaglandinas, mifepristona y oxitocina; así como métodos no farmacológicos, maniobra de Hamilton y amniotomía. Para las mujeres con cesárea anterior que requieren inducción del trabajo de parto, no está claro qué método de maduración cervical e inducción es preferible, ya que tienen mayor riesgo de rotura uterina, sobre todo cuando el parto es inducido. No hay un criterio único en cuanto al método de inducción, pero actualmente la inducción mediante oxitocina suele ser la alternativa más utilizada.

METODOLOGÍA:
 Revisión bibliográfica en distintas bases de datos como Pubmed, Cuiden, Cochrane Library, IHRIP Database y Embase. Las palabras clave utilizadas fueron: balón de Cook®, cesárea previa, maduración cervical, inducción, inducción mecánica, inducción de parto, unidas por los operadores lógicos AND y OR. También se consultaron fuentes científicas de interés como la SEGO, la OMS y la Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal. Los criterios de selección de los artículos fueron: trabajos escritos en español o inglés, originales o revisiones, sin restricción en el límite del tiempo, con al menos el resumen disponible en formato electrónico.

RESULTADOS:
 Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos afirman que el uso de prostaglandinas para la maduración cervical/inducción del trabajo de parto en la mayoría de las mujeres que han tenido una cesárea previa, deben ser desaconsejadas. Los métodos mecánicos, no han ganado mucha popularidad debido al temor a la infección y a que su uso se limita a que esté la bolsa íntegra. Sin embargo, si se comparan con los métodos farmacológicos presentan las siguientes ventajas:

- Maduración de un cervix desfavorable en un tiempo más corto.
- Aumento de la tasa de un parto vaginal.
- Reducción de la incidencia de cesárea.
- No conlleva un compromiso para la seguridad materno-fetal.
- Reduce el riesgo de hiperestimulación, hipertonicidad y rotura uterina.
- Existen pocas gestantes a las que está contraindicado su uso.

CONCLUSIONES:
 Tras la revisión de los métodos de inducción de parto en mujeres con cesárea anterior se valora positivamente la opción de la inducción mecánica mediante doble balón. Aunque la experiencia en la utilización del doble balón o balón de Cook® con cesárea anterior es aún reducida, en la actualidad se despierta el interés sobre el uso de este método por tratarse en general de un método de bajo costo, eficaz, seguro, simple, cómodo, reversible, no farmacológico y especialmente por sus pocos efectos adversos y repercusiones maternas y/o fetales.

RESUMEN
 Fernández de Valero M, Hidalgo Ruiz M, Calvo Rodríguez B. Inducción de parto en mujeres con cesárea anterior. Promoción de la SEGO actualizado 2017. Disponible en: <http://www.sego.es/tema/inducción-de-parto>.
 Jones M, Eusebio EA, Pinar A, et al. Mechanical methods for induction of labour. Cochrane Database Syst Rev 2012;CD009233.
 Gaskin S, Sotocina A. Mechanical methods of cervical ripening and labor induction. Clin Obstet Gynecol 2006;49:644-57.
 Kovachik M, D'Almeida M. Methods of labor induction for women with previous cesarean section (Review). Cochrane Pregnancy and Birth Control Group 2013.
 Huisman CH, Kovachik M, de Gooijer FW, Mol BW, Brouwenkamp RM. Cervical ripening in the Netherlands: a survey. Obstet Gynecol Int. 2011;20156-20000.

Comunicación Núm. 356. Inducción de parto en mujeres con cesárea anterior. Fernández Valero MJ, et al.

XI Jornadas de Salud Pública
Salud pública ante escenarios de futuro
Del 20 al 25 de noviembre / 2017 #11jornadasSP

RIESGOS ERGONÓMICOS EN CENTROS SANITARIOS

AUTORES:
MARIA JESUS REYES GUTIERREZ
BEATRIZ HERNANDEZ TELLERO

INTRODUCCIÓN	OBJETIVOS
<p>La ergonomía es una ciencia interdisciplinar que engloba diferentes campos. Interrelaciona al hombre con su trabajo y su finalidad es la reducción de la fatiga innecesaria producida por el trabajo. Se entiende riesgo ergonómico como la probabilidad de sufrir un accidente o enfermedad en el trabajo como consecuencia de factores de riesgos ergonómicos.</p>	<p>Principales riesgos ergonómicos de tipo físico en el ámbito sanitario</p>
METODOLOGÍA	
<p>Se ha realizado una revisión bibliográfica mediante búsquedas en bases de datos como Google Scholar, Medline, Cochrane Library y Scielo, utilizando para ello los descriptores riesgo, ergonómico, centro sanitario, lesiones. De los resultados obtenidos se eliminaron aquellos que se encontraban repetidos y se hizo una selección basada en su mayor relación con el tema a tratar. El total de textos incluidos después de la selección fue de 14. La búsqueda se limitó al intervalo 2010-2017.</p>	
RESULTADOS	CONCLUSIONES
<div style="display: flex; flex-wrap: wrap;"> <div style="background-color: #fff2cc; padding: 5px; margin: 5px; border: 1px solid #ccc;">Posturas forzadas</div> <div style="background-color: #fff2cc; padding: 5px; margin: 5px; border: 1px solid #ccc;">Manipulación de cargas (como movilización de enfermos)</div> <div style="background-color: #fff2cc; padding: 5px; margin: 5px; border: 1px solid #ccc;">Ambientales como: iluminación incorrecta, espacio inadecuado, ruido, climatización inadecuada</div> <div style="background-color: #d9ead3; padding: 5px; margin: 5px; border: 1px solid #ccc; font-weight: bold;">RIESGOS ERGONÓMICOS (PRINCIPALMENTE FÍSICOS)</div> <div style="background-color: #fff2cc; padding: 5px; margin: 5px; border: 1px solid #ccc;">Movimientos forzados, imprevistos o repetitivos</div> <div style="background-color: #fff2cc; padding: 5px; margin: 5px; border: 1px solid #ccc;">Sedentarismo que causa debilitamiento de la musculatura y aumenta el riesgo de lesiones</div> <div style="background-color: #fff2cc; padding: 5px; margin: 5px; border: 1px solid #ccc;">Incorrecta higiene postural</div> </div>	<p>Es conveniente un mayor esfuerzo por parte de la sociedad y sobre todo de las instituciones para dotar a los profesionales sanitarios de los medios que permitan el mejor desarrollo de su trabajo. Los profesionales sanitarios se enfrentan a situaciones estresantes, en las que deben dedicarse al cuidado de personas vulnerables por encontrarse estas en situaciones difíciles, como es el caso de sufrir una enfermedad. Deben contar tanto con medios humanos y materiales como de la preparación adecuada, con información suficiente, que les permita desarrollar su trabajo de la manera más eficiente y segura posible. Es importante evitar la sobrecarga de trabajo.</p>

Comunicación Núm. 361. Riesgos ergonómicos en centros sanitarios. Reyes Gutiérrez MJ, et al.

Profesionales de la Medicina Preventiva y Salud pública

Blanca María García Vílchez, María Francisca Delgado López, María Gema Ruiz Padilla

La Medicina Preventiva y la Salud Pública se definen en la Asociación Internacional de Epidemiología en 1988 así: "Campo especializado de la práctica médica, compuesto por diferentes disciplinas, que emplean distintas técnicas cuyo objetivo es promover y mantener la salud y el bienestar e impedir la enfermedad, la incapacidad y la muerte precoz." Hacer partícipe al usuario de esta promoción y conocimientos de estrategias repercute directamente en la prevención de enfermedades.

Objetivo:
Identificaremos cuáles son los objetivos principales de esta especialidad y dónde se desarrolla su labor.

Método:
Revisión sistemática de artículos publicados en los cinco últimos años consultados en las bases de datos ENFISPO y CUIDEN PLUS. Como descriptores: medicina preventiva, promoción, salud.
Se realiza un análisis de una de las especialidades más importantes en cuanto a la salud pública se refiere.

La **finalidad de la medicina preventiva y salud pública** es mantener y promover la salud, prevenir las enfermedades y facilitar el diagnóstico prematuro de las enfermedades.


Los especialistas en Medicina Preventiva y Salud Pública deberán encabezar el esfuerzo de la sociedad, el sistema de salud y las instituciones asistenciales, para mejorar la salud a través de las siguientes funciones:

1. Gestión y Administración de Servicios Sanitarios.
2. Proyectos que incluyan Planificación, Programación y Evaluación.
3. Mantenimiento y observación de aspectos epidemiológicos.
4. Trabajo investigativo y formador.
5. Información Tecnológica y Sanitaria.

La **Medicina Preventiva y Salud Pública desarrollan su labor** en:
Servicios de epidemiología, observación, información, evaluación, formación e investigación.
Servicios de Salud Pública en todos los niveles de nuestro sistema de salud.
Programas de administración y gestión sanitarias.
Medicina Preventiva hospitalaria.

A través de esta Sociedad conseguimos dar un paso hacia adelante en cuanto a Salud Pública se refiere a través de la implicación y la promoción del conocimiento. Sabremos que nuestra salud está en buenas manos cuando existen y se nos ofrece participar y conocer programas a través de la Atención Primaria que mejoran y previenen problemas en nuestra salud.

Comunicación Núm. 370. Profesionales de la Medicina Preventiva y Salud Pública. García Vílchez BM, et al.

 **XI Jornadas de Salud Pública**
Salud Pública ante escenarios del futuro

LA ANSIEDAD EN LA CONSULTA DE ODONTOLOGÍA CON CUESTIONARIO STAI (STATE-TRAIT ANXIETY INVENTORY)

Reyes-Gilabert Eva, Bejarano - Ávila Gracia, Reinoso - Santiago Alfredo

Unidad Gestión Clínica Salud Bucodental. Atención Primaria. Distrito Sanitario Aljarafe - Sevilla Norte. Servicio Andaluz de Salud

El miedo al dentista es un fenómeno común que acapara la atención de muchos investigadores, que centran sus esfuerzos en proporcionar información para aliviar la ansiedad o miedo de los pacientes. Esto conlleva por un lado, el desarrollo y validación de escalas específicas relacionadas con la odontología, que permitan identificar de forma rápida y segura a los pacientes ansiosos.

Metodología

Estudio de cohortes prospectivo, no aleatorizado y multicéntrico de los pacientes atendidos en las consultas de Odontología de Atención Primaria del Distrito Sanitario Aljarafe-Sevilla Norte. El estudio se llevó a cabo de abril 2015 a junio 2017. Los pacientes incluidos en el estudio fueron los pacientes adultos atendidos en las Consultas de Odontología de Atención Primaria.

Grupo Expuestos: Pacientes diagnosticados que necesitan un procedimiento de cirugía oral ambulatoria que hayan firmado el consentimiento informado del estudio.

Grupo No Expuestos: pacientes que acuden a la consulta del odontólogo por cualquier motivo distinto de la cirugía oral que hayan firmado el consentimiento informado del estudio. Las variables dependientes fueron: ansiedad estado pre y post-operatoria según la escala de ansiedad STAI-S, y variables independientes: edad, sexo, tipo de consulta, tipo de cirugía oral. El análisis estadístico fue descriptivo (test de chi cuadrado o Fisher en tablas de contingencias poco pobladas, t de student o la U de Mann-Whitney). Significación estadística si $p < 0,05$. Intervalos de confianza al 95%.

Objetivos

Comparar la ansiedad previa a la consulta de odontología de pacientes que no van a ser intervenidos de cirugía oral con los pacientes expuestos a un procedimiento de cirugía oral.

Resultados

Se analizaron 113 pacientes por cada grupo (grupo expuesto y grupo no expuesto), 53,2% mujeres. Edad media (DS) fue de 41,23 (14,4) años.

Al estudiar la Ansiedad Estado Prequirúrgica encontramos una puntuación media (DS) de ansiedad de 23,01 (5,05) (IC95%= 22,35-23,66); siendo superior en el grupo de estudio de pacientes expuestos con una mediana de 24,55 puntos respecto a los 21,48 puntos en el grupo no expuesto. Estas diferencias fueron clínicamente relevantes y estadísticamente significativas.

En la Ansiedad Estado Postquirúrgica, la puntuación media (DS) fue de 24,07 (5,60) (IC95%= 23,35-24,80) puntos. Se han detectado diferencias clínicamente relevantes y estadísticamente significativas entre la puntuación mediana del grupo expuesto frente al grupo no expuesto 25,8 vs 22,2 ($p < 0,001$).

Conclusiones

Los niveles de ansiedad pre y postquirúrgicas fueron elevados en los pacientes sometidos a cirugía oral ambulatoria, siendo más elevada la ansiedad postquirúrgica. Se detectaron diferencias clínicamente relevantes y estadísticamente significativas entre la puntuación de ansiedad pre y postquirúrgicas del grupo expuesto frente al grupo no expuesto. Las intervenciones quirúrgicas orales producen un alto nivel de ansiedad de los pacientes siendo necesario minimizar este estado de miedo y ansiedad con protocolos e incluso medicación para aumentar el bienestar de los pacientes.

Comunicación Núm. 412. La ansiedad en la Consulta de Odontología con Cuestionario STAI. Reyes-Gilabert E, et al.

COMUNICACIÓN INTERNA EN UN SERVICIO DE FARMACIA HOSPITALARIA

SÁNCHEZ MORENO V, NAVARRO MORO I, RAMÍREZ RODRIGUEZ M

OBJETIVO

Mejorar la comunicación entre todo el personal del servicio de farmacia hospitalaria (SFH), para poder evitar errores por falta de información y así poder mejorar la calidad de todo el trabajo.

METODOLOGÍA

Potenciar la comunicación de todo el servicio de farmacia (SF), para ello tendremos que llevar a cabo reuniones frecuentes, donde se llevara a cabo una buena comunicación interna y donde se expondrá la visión de cada uno y su misión en cada puesto a desempeñar. De esta manera también conseguiremos potenciar el trabajo en equipo y reforzaremos la identidad del equipo de farmacia, por ello es imprescindible:

- Transmitir todo aquello que aumente su motivación.
- Proporcionar suficiente información para que puedan interiorizar y comprender el mensaje que damos.
- Facilitar herramientas para que puedan cumplir con las responsabilidades de su puesto de trabajo.
- Informar de los recursos disponibles.

RESULTADOS

Desde que se llevan a cabo los métodos arriba citados, ha mejorado la formación y participación del personal del servicio de farmacia hospitalaria (SFH), hay más comunicación entre el servicio de farmacia y más motivación.

CONCLUSIÓN

Todo el personal del servicio de farmacia hospitalaria (SFH) se comunicará, dependiendo de su posición. Su comunicación será **más o menos crítica**, pero todas **igualmente importante**.

Comunicación Núm. 443. Comunicación interna en un Servicio de Farmacia hospitalaria. Sánchez Moreno V, et al.

HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA Y DIRAYA

Diraya

AUTORES: ROSA MARÍA PINTOR LUNA, DOLORES MORENO LUCENA, RAFAEL ÁNGEL DELGADO NARANJO

INTRODUCCIÓN

Según el Sistema Andaluz de Salud, Diraya es el sistema que se utiliza en el Sistema Sanitario Público de Andalucía como soporte de la historia clínica electrónica. Integra toda la información de salud de cada una de las personas atendidas en los centros sanitarios, para que esté disponible en el lugar y momento en que sea necesario para atenderle, y sirve también para la gestión del sistema sanitario. Está formado por un conjunto de módulos relacionados que comparten información. Estos módulos interactúan con otros aportando los datos contenidos en los mismos, quedando éstos registrados en el sistema una sola vez.

OBJETIVO

Analizar la posibilidad de informatizar todos los procesos administrativos y burocráticos del sistema sanitario como viene haciendo el Servicio Andaluz de Salud desde la implantación de Diraya en 2001.

MATERIAL Y MÉTODO

Vamos a valorar la importancia de Diraya como sistema innovador en el Sistema Sanitario Público de Andalucía, analizando sus componentes y las ventajas que ofrece a los usuarios del mismo.

RESULTADO

Diraya está compuesta en primer lugar por una Base de Datos de Usuarios (BDU) dotando a cada usuario de un Número Único de Historia de Salud de Andalucía (NUSHA) al que se vincula toda la información sanitaria. Contiene un Módulo de Acceso Centralizado de Operadores (MACO), con él los profesionales podrán acceder a la información de los usuarios mediante un usuario y contraseña de forma rápida y sin intermediarios. Diraya se completa con el Módulo de Estructura, que incluye los Servicios y Unidades Funcionales, así como las ubicaciones físicas, de Atención Primaria y Especializada. Este módulo permite identificar cada servicio hospitalario, cada centro de Atención Primaria, cada Dispositivo de Urgencias. El centro de Diraya es la Historia de Salud, está compuesta a su vez por el conjunto de módulos que permiten a los sanitarios gestionar la información clínica del paciente. Toda la información está integrada a través de su vinculación al NUHSA, e independientemente de su ubicación es accesible para los profesionales que la necesiten desde cualquier punto de la red. Toda la información tiene un modelo jerárquico de organización, es decir, consta de configuraciones distintas según el tipo de profesional que la utiliza y permitiendo la personalización en función del profesional y del paciente.

CONCLUSIÓN

Diraya es un proyecto innovador que ofrece grandes ventajas tanto para los usuarios como para los profesionales sanitarios, es por ello que otras administraciones sanitarias han mostrado un gran interés en el mismo, ya que contiene entre otros la receta electrónica o el sistema de citas centralizado. Es un sistema con el cual toda la información del paciente aparece unificada y a la que sólo tendrán acceso aquellos profesionales que estén habilitados para el uso de la misma, permitiendo así una mayor confidencialidad de los datos contenidos en la historia clínica.



Palabras clave: DIRAYA, SISTEMA, INFORMACIÓN, CENTRALIZADO, USUARIOS

Comunicación Núm. 445. Historia clínica electrónica y Diraya. Pintor Luna RM, et al.

El uso de la bañera obstétrica en el alivio del dolor de parto. Un estudio descriptivo.

Antonio Herrera Gómez, María Dukenombre Salazar Ortega, María José Blanco Monedero, Antonio Gregorio Ceballos Fuentes, María Dolores del Rey Márquez, Leonardo Molina Cubero. (UGC Obstetricia y Ginecología. Hospital de Úbeda (Jaén)).

Marco conceptual y/o analítico:

El uso del agua para aliviar el dolor durante el parto está actualmente en expansión en nuestro entorno, y en el Hospital San Juan de la Cruz de Úbeda se está utilizando desde la implantación del proceso de humanización de la atención perinatal en Andalucía. La evidencia científica avala su seguridad y beneficios durante la fase de dilatación, reduciendo el dolor percibido, y aumentando la movilidad y satisfacción materna. Sin embargo, aún existe controversia respecto a la duración del parto y si acorta los tiempos. Es necesaria una evaluación de este nuevo recurso implantado en las unidades de obstetricia.

Objetivo:

Nuestro objetivo fue valorar la asociación entre los centímetros de dilatación del cuello uterino, antes y después de su uso. Igualmente se describieron distintos parámetros sociales, obstétricos y neonatales.

Metodología:

Estudio descriptivo, con una única cohorte retrospectiva, realizado en la Unidad de Obstetricia del Hospital de Úbeda, desde marzo del 2014 hasta marzo del 2015. La selección fue mediante un muestreo consecutivo, obteniéndose una muestra de 109 mujeres. La recogida de datos se realizó de un registro propio para el uso de la bañera y de las historias clínicas.

Resultados:

Se observó una relación lineal positiva entre el n° de centímetros con los que se entró en la bañera y con lo que se salió, aunque de carácter moderado (coeficiente de correlación de Pearson con valor de 0,555); encontrándose en mayor medida un aumento de la dilatación de 2 cm (Tabla 1). La media de edad materna fue de 28 años, un 97,2% fueron de origen español, y un 67,9% tenían estudios primarios. Un 67% fueron primíparas, de una media de 39-40 semanas de gestación, con un inicio del parto espontáneo en un 81,7% de los casos, y con una terminación del mismo, de forma eutócica, en un 77% de los partos. La tasa de episiotomías fue de un 42,2%, y la de desgarros de un 56,9%. Con respecto al recién nacido, la media del peso fue de 3250 gramos, y el test de Apgar al minuto se situó en 9, y en 10 a los 5 minutos (Tabla 2).

Tabla 1: Correlaciones

	N cm. sale
N cm. entra	
Correlación de Pearson	0,555
Sig. (bilateral)	.000
Suma de cuadrados y productos cruzados	240,458
Covarianza	2,248
N	107

TABLA 2. CARACTERÍSTICAS DE LAS VARIABLES:


Variables	Desviación estándar (DE) "n"	Media "n"	Porcentajes (%)
Variables sociales			
Edad materna (años)	DE: 6,068		28
Nacionalidad española	n= 106		97,2%
Nivel de estudios primarios	n= 74		67,9%
Variables obstétricas			
Paridad (primíparas)	n= 73		67%
Semanas de gestación	DE: 1,141		40
Inicio del parto espontáneo	n= 89		81,7%
Terminación del parto eutócica	n= 84		77%
Episiotomía	n= 46		42,2%
Desgarro	n= 62		56,9%
Variables del recién nacido			
Peso del RN (gramos)	DE: 417,757		3250
Test de Apgar al minuto	DE: 0,63943		9
Test de Apgar 5 minutos	DE: 0,52053		10
Total	N= 109		100%

Conclusiones:

El uso de la bañera obstétrica se asocia a un progreso moderado en la dilatación del cuello uterino. Las gestantes que la usan son jóvenes, principalmente españolas y con un nivel de estudios primario. Fundamentalmente son primíparas a término y con una terminación de parto mayormente de forma normal. El n° de desgarros es mayor al de episiotomías, y no se observa ningún problema en la adaptación extrauterina del recién nacido.

XI Jornadas de Salud Pública. Salud Pública ante escenarios de futuro 20-25 noviembre 2017.

Comunicación Núm. 461. El uso de la bañera obstétrica en el alivio del dolor de parto. Un estudio descriptivo. Herrera Gómez A, et al.



LA LESIÓN PERINEAL GRAVE : ¿CÓMO PREVENIRLA?

Moya Amézcuca, AB(1); Contreras Romo, P(2); Ortega Ortiz, P(2). (1) Matrona del DSAP Norte de Jaén (2) Enfermeros del Complejo Hospitalario de Jaén.

Durante el parto muchas mujeres presentan traumatismo perineal. La lesión perineal es la complicación obstétrica materna más común asociado con el parto vaginal.

INTRODUCCIÓN

El traumatismo perineal se asocia con morbilidad materna significativa, incluyendo dolor, dispareunia y deterioro físico y psicológico. La mayoría son desgarros de 1º y 2º grado, pero las lesiones perineales de alto grado (3º y 4º) aparecen en el 0.5% y el 7% de los partos vaginales y estos desgarros son más frecuentes después del parto con fórceps (28%) y de las episiotomías de la línea media. Las mujeres que han sufrido un trauma del esfínter anal están en alto riesgo de desarrollar síntomas anales a corto y a largo plazo, tales como urgencia o flatos fetales e incontinencia fecal.

OBJETIVO PRINCIPAL

Proporcionar una actualización de las intervenciones más adecuadas que se pueden realizar antes y durante el embarazo y el periodo expulsivo del parto para prevenir la lesión perineal grave: desgarros de 3º y 4º grado

OBJETIVO SECUNDARIO

Conocer los factores de riesgo del embarazo y parto que intervienen en la lesión del esfínter anal.

RESULTADOS

Tras realizar la búsqueda y seleccionar los artículos relevantes, encontramos 36 artículos Medline/Pubmed, 5 revisiones en Cochrane, 11 en Embase, 10 en Cuiden plus y 22 en Google Académico. Además de 27 artículos publicados en revistas de impacto (Br J Urol, Contemp Rev Obstet Gynecol, Am J Obstet Gynecol, J. Gynecol Obstet, Enferme Clin., Journal of Nursing, Journal of Midwifery and Woman's Health).

INTERVENCIONES

PREPARACIÓN PRE-NATAL

- Masaje perineal digital prenatal a partir de las 35 sem
- Entrenamiento de la musculatura pélvica para aumentar la fuerza y la resistencia muscular
- Gimnasia abdominal hipopresiva

DURANTE EL PARTO

- Aplicación de compresas calientes en el periné durante el periodo expulsivo del parto
- Inyección de Hialuronidasa perineal
- Protección del periné durante la extracción instrumental en el expulsivo
- Extracción fetal con Dispositivo de Ventosa en contraposición del Fórceps
- Técnicas de tratamiento perineal denominadas técnicas orientadoras o de apoyo (Técnica de flexión y la maniobra de Ritgen)
- Pujos fisiológicos en contraposición de los pujos en espiración
- Libertad de movimientos para adoptar la postura que le resulte más cómoda
- Episiotomía restrictiva
- Dispositivo Epi-NO
- El parto asistido por matronas
- El parto en ámbito de parto alternativo

FACTORES DE RIESGO

- El propio embarazo en sí
- Inactividad física antes del embarazo
- Nuliparidad
- Feto grande (peso >4kg y perímetro cefálico >9.9 cm)
- Factores intrínsecos, mujeres con mala calidad del tejido conjuntivo genéticamente deficitario
- Estreñimiento, deportes de impacto y patología crónica
- Obesidad y aumento excesivo de peso durante el embarazo
- Origen étnico asiático seguido de las caucásicas y por último de raza negra
- Expulsivo prolongado
- Mala posición fetal (Occipito-posterior)
- Tipo de persona que atiende el parto
- Utilización del fórceps en contraposición de la ventosa obstétrica
- Posición vertical en el parto
- Analgesia epidural

CONCLUSIONES

Con los datos obtenidos podemos concluir que el masaje perineal digital prenatal a partir de las 35 semanas de gestación, las compresas calientes en el periné y las diferentes técnicas de tratamiento perineales permiten que el perineo se estire lentamente para prevenir la lesión perineal grave. Es tarea prioritaria del personal sanitario que atiende al parto buscar alternativas a la episiotomía y educación sobre ejercicios y prácticas que refuercen la musculatura del suelo pélvico para prevenir los desgarros y así aumentar la calidad de vida de la gestante.

BIBLIOGRAFÍA

1. Aazheim V, Nilsen A, Lukasse M, Reinar L. Técnicas perineales durante el período expulsivo del trabajo de parto para reducir el traumatismo perineal. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011 Issue 12. Art. No.: CD006672. DOI: 10.1002/14651858.CD006672
2. Amóstegui Azcúe JM, Ferrn Morales A, Lillo De la Quintana C, Serra Lloza ML. Incontinencia urinaria y otras lesiones del suelo pélvico: etiología y estrategias de prevención. Rev. Med. Univ Navarra/Vol. 48, Nº 4, 2004, 19-31
3. Ismail KM, Paschetta E, Papoutsis D, Freeman RM. Perineal support and risk of obstetric anal sphincter injuries: a Delphi survey. Acta Obstet Gynecol Scand. 2015 Feb;94(2):165-74. doi: 10.1111/ogs.12347. Epub 2014 Dec 30.

Comunicación Núm. 492. La lesión perineal grave: ¿Cómo prevenirla? Moya Amézcuca AB, et al.

ANÁLISIS MODAL DE FALLOS Y EFECTOS DEL PROCESO PRESCRIPCIÓN, PREPARACIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE CITOSTÁTICOS

NAVARRO MORO I, SANCHEZ MORENO V, RODRIGUEZ RAMÍREZ M

OBJETIVOS

Realización de un análisis modal de fallos y efectos (AMFE) del proceso de prescripción, preparación, dispensación y administración de citostáticos en un hospital de nivel II.

METODOLOGÍA

La metodología de trabajo supuso los siguientes pasos:

1. Definición del equipo responsable de la realización del AMFE.
2. Realización de un diagrama de flujo del proceso.
3. Identificación de posibles fallos del circuito.
4. Análisis de las posibles causas de los fallos detectados.
5. Efecto potencial sobre los pacientes o el sistema sanitario.
6. Establecimiento de un índice de prioridad de actuación (IPA) sobre los puntos de riesgo del proceso, en función de la gravedad de los hipotéticos efectos y la frecuencia de aparición y detectabilidad del posible fallo.
7. Establecimiento de áreas de mejora.

RESULTADOS

Los miembros seleccionados para la realización del AMFE pertenecían a la unidad de gestión clínica del medicamento (farmacéuticos y técnicos en farmacia) y a la unidad de hospital de día (DUEs, auxiliares de enfermería).

Se han detectado los siguientes fallos críticos en el proceso, ordenados por IPA:

- Administración incorrecta: paciente o citostático erróneos, dosis, ritmo de perfusión, vía de administración inadecuados desconocimiento de alergias o reacciones en las infusiones de quimioterapia previas.
- Elaboración de un citostático y/o dosis incorrecto.
- Omisión de registros de administración.
- Prescripción de un citostático y/o dosis incorrecto/s.
- Omisión/defecto de la validación del producto elaborado y/o validación de la hoja de elaboración.
- Procesamiento informático incorrecto de una prescripción.
- Ausencia de información sobre el manejo de excretas.
- Vulneración de la intimidad del paciente
- Demora en la atención al paciente.
- Transporte incorrecto de las preparaciones.

Se han propuesto las siguientes soluciones con plazos y responsables de su ejecución:

- Elaboración de un procedimiento normalizado de trabajo sobre "Administración y registro de terapias oncológicas".
- Actualización del procedimiento normalizado de trabajo "Preparación de citostáticos en cabina de flujo laminar vertical".
- Programación de la actividad a demanda de hospital de día.
- Necesidad de personal entrenado en la administración y preparación de quimioterapia.
- Adquisición de un software que integre la prescripción, dispensación y el registro de enfermería de citostáticos.
- Elaboración de un procedimiento normalizado de trabajo sobre "tratamiento de excretas".
- Divulgación del plan de intimidad del paciente en hospital de día y propuesta a la unidad de formación continuada de realización de una actividad formativa básica al respecto para el personal auxiliar.
- Elaboración de un procedimiento normalizado de trabajo sobre "transporte de citostáticos".
- Actualización del procedimiento normalizado de trabajo sobre "recepción, validación, registro y programación de prescripciones de quimioterapia".
- Mejorar el sistema de registro de errores de prescripción y transcripción.


Se han establecido indicadores para conocer el grado de consecución de las propuestas de mejora.

CONCLUSION

El análisis multidisciplinar y riguroso del circuito prescripción-preparación-dispensación y administración de citostáticos en todas sus etapas ha permitido identificar y resaltar los puntos débiles y priorizar áreas de mejora en el mismo, confinándole así mayor seguridad y calidad.


Comunicación Núm. 513. Análisis modal de fallos y efectos del proceso prescripción, preparación y administración de citostáticos. Navarro Moro I, et al.

120



CAMBIOS PRODUCIDOS EN EL PUERPERIO Y EVOLUCION

Carmen Fernández Gómez:Diplomada Fisioterapia;Eventual SAS:
karmelys-maracena@Hotmail.com
José Jesus Serrano Jimenez:Diplomado Fisioterapia;Eventual SAS
Marta Rodríguez Ramirez:Tecnica Farmacia;Eventual SAS



OBJETIVOS:

- Conocer evolución en el proceso de parto a lo largo de la historia
- Saber que cambios se han producido en nuestra sociedad gracias a la mejora de la sanidad y de la tecnología
- Exponer y clarificar conceptos para dar una buena educación de salud a nuestras pacientes

METODOLOGIA: Se ha realizado una revision bibliográfica en Cochrane,usando palabras clave como: evolución puerperio,parto,tratamiento multidisciplinar and parto.Encontramos 10 revisiones que cumplen criterios de inclusión.
También buscamos en diversas páginas web relacionadas con la salud de la Junta de Andalucía, donde obtuvimos la siguiente bibliografía:
-Estrategia de atención al parto normal. Ministerio de Sanidad,España.
- Organización Mundial de la Salud: Cuidados en el parto normal: Una guía práctica. Grupo Técnico de Trabajo de la OMS. Ginebra: OMS; 1996
-FAME. Iniciativa parto normal. Documento de Consenso. Barcelona:Federación de Asociaciones de Matronas de España
-Junta de Andalucía. Embarazo, parto y puerperio: proceso asistencial integrado, 2ª ed. Sevilla: Consejería de Salud, 2005
-Organización Mundial de la Salud. Cuidados en el parto normal: una guía práctica.


RESULTADOS:La atención al parto normal en nuestro país cambió de forma importante en la década de los años sesenta, momento en que el sistema público de salud desarrolló una importante infraestructura hospitalaria.
-El auge de la tecnología llegó a la obstetricia incorporando monitores para controlar al recién nacido, usando nuevos materiales como enemas, forceps, analgesia y lo más importante llegando nuevas técnicas y nuevo conocimiento para esta nueva etapa de muchas pacientes.
-Surgió la especialización de matronas y fisioterapeutas especializados en suelo pélvico
-La mujer cobra papel importante en la recuperación como paciente activa

CONCLUSIÓN 1

- Desde que la mujer sabe que está embarazada, es fundamental una educación materna, para que sepa controlar su respiración y entrene su transverso y diafragma; esto evitará muchos problemas o disfunciones de su suelo pélvico
- Olvidar posición decubito supina para parto, es la que más inconvenientes tiene


CONCLUSIÓN 2

- Gracias al avance de la tecnología actualmente; en el momento del parto expulsivo podemos usar el TENS para disminuir el dolor.También sería importante el uso de pelotas, el hecho de que la embarazada durante su dilatación pueda moverse
- Conocer tras el parto los ejercicios de Kegel, e hipopresivos



CONCLUSIÓN 3

- Todos los profesionales sanitarios debemos trabajar por los mismos objetivos ;la salud de la mujer tras el parto. Tanto fisioterapeutas, como enfermeras, matronas y médicos



Comunicación Núm. 514. Cambios producidos en el puerperio y evolución.
Fernández Gómez C, et al.



Participación ciudadana



ÁREA DE GESTIÓN SANITARIA SUR DE SEVILLA

JORNADAS DE SALUD: ENSEÑANDO RCP

Joanna García, M^a Rosario Jimenez, Rosa M^a Calzado, Laura Carbajo, María García, Francisco Jose Ruiz. ID 74

INTRODUCCIÓN

La mayoría de los casos de muerte súbita se producen en presencia de otras personas. Si algún testigo es capaz de iniciar maniobras de reanimación básica (RCP-b) las posibilidades de recuperación son muchos mayores que si simplemente esperamos la llegada de ayuda especializada.

OBJETIVOS

Difundir conocimientos sobre RCP-b en niños en edad escolar y a población general

DESCRIPCIÓN DE LA EXPERIENCIA

Durante las jornadas de salud de una de las localidades de nuestra área de cobertura sanitaria, se llevó a cabo una masterclass de RCP-b en la plaza del Ayuntamiento y calle adjunta (calle corredera) desde las 9.00 a las 13.00 horas con el lema "TUS MANOS SALVAN VIDAS".

Participaron como docentes 20 instructores y se diseñaron dos escenarios:

Escenario 1: 11 instructores se prepararon para enseñar técnicas de RCP-b a los niños de 6º de primaria de tres colegios de la localidad. Los niños se distribuyeron en grupos de 6-7 alumnos con cada instructor. Participaron un total de 183 niños.



Escenario 2: 3 bustos con sus instructores al frente y durante toda la sesión se enseñaron técnicas de RCP-b a población local (población del Ayuntamiento y a la población general que se acercó a la plaza y mostro interés por saber RCP-b). Participaron 70 ciudadanos.



LECCIONES APRENDIDAS

Las maniobras de RCP-b son fáciles de aprender para la población general incluido los niños en edad escolar. En esta jornada hemos obtenido una gran participación con respuesta satisfactoria tanto por parte de los niños y población general como por parte de los instructores con una evaluación muy positiva de la experiencia.

Con estas jornadas se han sentado las bases para seguir difundiendo conocimientos de RCP-b y conseguir que muchas manos sigan salvando vidas

Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

Comunicación Núm. 74. Jornadas de salud: enseñando RCP. García J, et al.

PREVENCIÓN DE LA PATOLOGÍA ORAL RELACIONADA CON EL TABAQUISMO EN ATENCIÓN PRIMARIA

García Rubio, A*



MARCO CONCEPTUAL/ANALÍTICO Y OBJETIVO

La evidencia científica disponible sostiene que el riesgo de padecer enfermedades orales se incrementa con un mayor uso del tabaco y que dejar de fumar se traduce en una disminución de dicho riesgo. Por lo tanto, la cesación del hábito tabáquico supone un claro beneficio a nivel de la salud bucal.

El objetivo de esta investigación es analizar los efectos del tabaquismo en la salud oral con el fin de adoptar estrategias que puedan ayudar a su prevención por parte de los profesionales de la atención primaria.

METODOLOGÍA

Para llevar a cabo este trabajo se realizó una búsqueda bibliográfica sistemática de artículos concernientes a la patología oral relacionada con el hábito de fumar y la prevención del tabaquismo. La búsqueda bibliográfica ha sido realizada a través de las siguientes bases de datos: Cochrane, Medline y Pubmed.

Los descriptores utilizados fueron: "salud oral", "patología oral", "tabaco" y "prevención".

Como criterios de inclusión se revisaron aquellos estudios que presentaban el texto completo y tenían una cronología de los últimos seis años (2012-2017).

RESULTADOS

Se encontraron 27 artículos de los que se excluyeron 10 al no centrarse específicamente en el objetivo de la investigación. La boca es el primer lugar del cuerpo que está en contacto con el tabaco, de manera que sus efectos nocivos en ella son múltiples. Dichas manifestaciones odontoestomatológicas se pueden producir a los siguientes niveles:

- Salud bucal (mayor frecuencia de tinciones dentarias y halitosis, capacidad disminuida de distinguir olores y sabores, riesgo aumentado de enfermedad periodontal y retraso en su tratamiento, etc.)
- Implantes (fracaso en su colocación, sobre todo en el maxilar superior)
- Mucosa oral (mayor frecuencia de lesiones precancerosas como la leucoplasia oral, melanosis del fumador, lesiones en paladar duro y mayor riesgo de candidiasis oral)
- Caries (aumenta el riesgo de pérdida de piezas dentarias)

CONCLUSIONES

La prevención del tabaquismo puede ser realizada por todos los profesionales sanitarios pero debe estar más enfocada en aquellos que desarrollan su labor en Atención Primaria ya que atienden a una gran variedad de personas. Todos ellos deben ser conocedores de los problemas orales asociados al uso del tabaco y poner a disposición de sus pacientes los recursos disponibles para dejar de fumar como son las intervenciones básicas y los programas preventivos.

REFERENCIAS

Sridharan, G. (2014). Epidemiology, control and prevention of tobacco induced oral mucosal lesions in India. Indian Journal of Cancer, 51(1), 80-85.

Comunicación Núm. 80. Prevención de la patología oral relacionada con el tabaquismo en Atención Primaria. García Rubio A, et al.

POR UN AUMENTO DE LA LACTANCIA MATERNA
 Joanna García, Rosa M. Calzado, Laura Carbajal, María García,
 Francisco José Ruiz, Alfonso Morón

ID 92

OBJETIVOS

Conocer la estructura, funciones y efectividad de los grupos de apoyo a la lactancia materna (GALM)

METODOLOGÍA

Revisión bibliográfica en las bases de datos: PubMed, CUIDEN, Cochrane Plus. También fueron consultadas páginas web de organismos sanitarios internacionales. Los descriptores de salud utilizados fueron: lactancia materna, grupos de apoyo, leche materna. Como criterios de inclusión se han considerado aquellos artículos en español o inglés, disponible el texto completo y posteriores a 2006.

RESULTADOS

Se identificaron con la estrategia de búsqueda inicial 28 artículos, tras la lectura inicial de resúmenes se excluyeron 11 por diversos motivos: estaban dedicados a lactancia artificial o alimentación complementaria, artículos de opinión-cartas al director, aunque estaban publicados después de 2006 los datos corresponden a fechas anteriores; por lo que la muestra final ha sido de 17 artículos. Hay diversos estudios que avalan la eficacia de los GALM. En el año 2006 la Biblioteca Cochrane plus publicó una revisión donde afirma que "el apoyo no profesional es efectivo para promover la lactancia materna" y que "el apoyo ofrecido por profesionales y no profesionales juntos puede ser efectivo para prolongar cualquier lactancia materna, especialmente dentro de los dos primeros meses". La Federación Española de Asociaciones Pro Lactancia Materna reúne a más de 50 grupos de apoyo de toda España. En España este movimiento llegó a mediados de 1980 y, desde entonces, no han parado de surgir GALM. Los GALM celebran reuniones periódicas donde las monitoras acreditadas y otras madres, comparten sus experiencias, dan sugerencias y ofrecen su apoyo a las asistentes. Éstas son un lugar ideal para aprender más sobre lactancia materna y sobre la crianza. Además de las reuniones ofrecen servicios como atención personalizada, teléfono de urgencias, servicio de biblioteca, material de consulta escrito y virtual, videos, préstamo de material específico de lactancia materna, organización de iniciativas de sensibilización social. Diversas iniciativas y declaraciones de OMS/UNICEF reconocen el apoyo que realizan los GALM como una parte importante de sus estrategias.

CONCLUSIONES

Los GALM son organizaciones no gubernamentales de voluntariado social, que desarrollan proyectos basados en grupos de ayuda mutua y ofrecen distintos servicios y actividades. Los grupos de apoyo son complementarios y no reemplazan los esfuerzos de los profesionales de la salud. Su evolución histórica y resultados avalan su utilidad, por lo que los profesionales debemos fomentar estos grupos entre las madres lactantes.

Comunicación Núm. 92. Por un aumento de la lactancia materna. García J, et al.

ESTRATEGIAS PARA MEJORAR LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO TERAPÉUTICO

1. CONTEXTO Y DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA Autoras: Blanca Guerrero Cruz, Rosario Cruz Calderón. Enfermeras.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la adherencia al tratamiento como el cumplimiento del mismo; es decir, tomar la medicación de acuerdo con la dosificación del programa prescrito; y la persistencia, tomar la medicación a lo largo del tiempo. Conseguir una adherencia a cualquier tipo de tratamiento es un proceso complejo que está influido por diversos factores estrechamente estudiados, existiendo factores relacionados con el paciente, el profesional, el sistema sanitario, la enfermedad y con los propios fármacos.

2. OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Son múltiples los estudios, tanto en el ámbito internacional como en el nacional, que sitúan el grado de incumplimiento farmacológico en cifras que oscilan entre el 30% y el 70%, existiendo datos de procesos como hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipemia, asma bronquial, entre otros. Se pretende con esto, abordar las diferentes estrategias de intervención hacia la adherencia al tratamiento terapéutico y conocer cuales lo mejoran y son eficaces teniendo en cuenta los factores relacionados con el paciente y su enfermedad en concreto. Para llevar a cabo la revisión bibliografía de la literatura científica, se realizó una búsqueda retrospectiva en las siguientes bases de datos: Pubmed, ScienceDirect y revistas científicas como Scielo, Pharmaceutical Care y Elsevier. Se seleccionaron aquellos artículos relevantes (revisiones sistemáticas y bibliográficas) de menos de 8 años de antigüedad.

3. PROCEDIMIENTO E INSTRUMENTOS DESARROLLADOS




- **Intervenciones simplificadoras del tratamiento:** en relación a dosificación, vía de administración, número de fármacos (reduciendo el número de fármacos pautados si fuese posible)
- **Intervenciones de apoyo familiar/moral:** mejorando en la adherencia a través de la implicación en el proceso de la familia o el entorno social.
- **Intervenciones de refuerzo en la conducta:** a través de técnicas de responsabilización, autocontrol y refuerzo conductual, incidiendo positivamente en la evolución de su proceso

4. LECCIONES APRENDIDAS

El cumplimiento del tratamiento terapéutico es un problema multifactorial y un desafío para la salud pública. Con la combinación de las intervenciones propuestas y una aproximación multidisciplinaria se suelen obtener resultados favorables en la mejora del cumplimiento terapéutico y del control de la enfermedad pero aun así se requieren intervenciones específicas individualizadas según cada paciente y situación asistencial para lograr el objetivo.

5. BIBLIOGRAFÍA

González-Bueno, J., Vega-Coca, M. D., Rodríguez-Pérez, A., Toscano-Guzmán, M. D., Pérez-Guerrero, C., & Santos-Ramos, B. (2016). Intervenciones para la mejora de la adherencia al tratamiento en pacientes pluripatológicos: resumen de revisiones sistemáticas. *Atención Primaria*, 48(2), 121-130.
 Chamorro, M. R., Merino, E. P., Jiménez, E. G., Chamorro, A. R., Martínez, F. M., & Dader, M. F. (2014). Revisión de estrategias utilizadas para la mejora de la adherencia al tratamiento farmacológico. *Pharmaceutical Care España*, 16(3), 110-120.
 Dilla, T., Valladares, A., Lizán, L., & Sacristán, J. A. (2009). Adherencia y persistencia terapéutica: causas, consecuencias y estrategias de mejora. *Atención primaria*, 41(6), 342-348.
 Martín Alfonso, L. (2008). Repercusiones para la salud pública de la adherencia terapéutica deficiente. *Revista Cubana de Salud Pública*, 32(3), 0-0.

Comunicación Núm. 231. Estrategias para mejorar la adherencia al tratamiento terapéutico. Guerrero Cruz B, et al.



Jornadas de Salud *Iniciativa ampliada en el área*



Laura Carbajo Martín, Adriano Sianes Blanco, Gabriel Gómez Estrella, Isabel Arantave Caravaca, Eduardo López Ramírez

La salud comunitaria es la gran olvidada y a veces los problemas más prevalentes de la población se intentan tratar individualmente con escasos resultados. Desde nuestra área de gestión hemos planteado la necesidad de llevar de la mano a profesionales y pacientes para encontrarse en foros comunes donde plantear las actuaciones a seguir. Se han desarrollado **Jornadas de Salud** abordando los problemas más prevalentes de cada localidad así como las necesidades percibidas de pacientes, asociaciones y profesionales.

Esta iniciativa se está extendiendo a localidades vecinas con diferentes formatos: mesas y charlas en grandes espacios pero también pequeños grupos de pacientes en el mismo centro de salud.

El principal objetivo es realizar acciones de protección y promoción de la salud contribuyendo a generar una **ciudadanía activa** respecto al cuidado de su salud.

Desde la dirección del área se ha generado documentación de apoyo y se han desarrollado las líneas estratégicas en cada localidad para abordar los **problemas de salud más prevalentes** de cada uno.

Sin embargo la iniciativa no habría tenido éxito si no se hubiese contado desde el principio con la participación activa de la ciudadanía y las asociaciones.

Se han desarrollado a lo largo de 2017 hasta **10 jornadas de salud**, lo que supone el 50% de las localidades implicadas.



Lecciones aprendidas

Se habla de pacientes empoderados pero no siempre facilitamos herramientas para que cada persona sea responsable de sus autocuidados. Por eso crear jornadas colaborativas donde se encuentren pacientes y profesionales nos ayudará a encontrar el camino para mejorar la salud en general de nuestra población.



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

ÁREA DE GESTIÓN SANITARIA SUR DE SEVILLA

Jornadas de Salud

LA VALORACIÓN DEL USUARIO A LA HORA DE ESCOGER UN HOSPITAL

Autores: 1. Alcaide García, María Dolores (Hospital Universitario Virgen Macarena).2. Muñoz Zamorano , Rosalía (Hospital Universitario Virgen Macarena).3. Armenteros Berral, Marina del Mar (Hospital Valle de los Pedroches)

INTRODUCCIÓN: Este trabajo forma parte de un estudio cuyo objetivo general es determinar cuál es la mejor forma de informar a un paciente para que su elección de centro y servicio sea responsable e identificar los principales factores que actuarían como motivadores de esta decisión en un paciente potencial.

El objetivo específico es evaluar si la elección del hospital está determinada por la valoración de dos aspectos: el resultado médico de las intervenciones y la satisfacción de los pacientes, para patologías etiquetadas como "graves" y "leves"

METODOLOGIA: Se asignaron 983 sujetos a cuatro situaciones de presentación de la información referida a tres hospitales ficticios contruidos para el estudio. Dentro de cada condición, a las mujeres se les administró información sobre cáncer de mama y cataratas y a los hombres sobre hipertrofia benigna de próstata y cataratas. En todas las condiciones se incluyó información sobre: personal del servicio, resultados de las intervenciones, efectos secundarios, satisfacción de los pacientes y reclamaciones efectuadas. Tras esto, los sujetos cumplimentaron un cuestionario sobre su valoración de la información recibida y la elección de hospital.

RESULTADOS: Para analizar la relación existente entre las variables, dado su carácter cualitativo, se aplicó un modelo loglineal. Los estadísticos de bondad de ajuste indican que el modelo es adecuado ($\chi^2 = 0,00$, $p = 1$; razón de verosimilitud $\chi^2 = 0,00$, $p = 1$). En ambos casos (mama/próstata - cataratas), la prueba de asociaciones parciales arrojó valores significativos para las interacciones de primer orden pero no para la interacción de segundo orden. Concretamente, hay un efecto significativo de la bondad percibida del resultado médico en cada hospital y la elección subsecuente del mismo en ambos casos. Por otro lado, también se observa un efecto significativo del nivel de satisfacción de los pacientes y la elección de hospital en el caso de la patología "cataratas".

CONCLUSIONES: Los resultados indican que cuando se trata de una patología "grave" (mama/próstata) los sujetos valoran fundamentalmente a la hora de elegir hospital los resultados médicos; sin embargo, en el caso de patologías "leves" (cataratas), tienen en cuenta tanto los resultados médicos como la satisfacción de otros pacientes.

BIBLIOGRAFÍA: 49 IASIST. (2016). Evaluación de resultados de los hospitales de España según su modelo de gestión. 150 Arenas
Díaz, C. A. (201). Eficiencia de las Concesiones Administrativas Sanitarias de la Comunidad Valenciana. SEDISA s.XXI, 1-

Comunicación Núm. 270. La valoración del usuario a la hora de escoger hospital.

Alcaide García MD, et al.

EL BOSQUE DE LA SALUD

Autora: Gordito de la Cerda, Eva M^a

INTRODUCCIÓN

Durante la adolescencia se aprenden comportamientos que tienen una importante repercusión sobre la salud de las personas que, tanto a corto como a largo plazo, serán difíciles de modificar en la vida adulta. Por ello, es de vital importancia fomentar el estilo de vida saludable desde la infancia. Por lo que dentro de la semana cultural del CEIP La Inmaculada Concepción hemos incluido esta actividad novedosa en las aulas de 8^o de primaria.

MATERIAL Y MÉTODO

- Revisión bibliográfica entre septiembre y octubre de 2016.
- Términos de búsqueda: hábitos saludables, infancia, obesidad, tabaquismo, comunicación, actividad física, sexualidad.
- Para búsquedas más precisas y productivas hemos utilizado los operadores booleanos.
- Bases de datos consultadas: Epistemonikos y Tripdatabase.
- Aplicación de la actividad en marzo de 2017. Se estableció un recorrido para distribuir el espacio a través de 5 caminos: alimentación, espacio sin humo, actividad física, higiene y sexualidad.
- En cada uno de los caminos, reciben una charla informativa, visualizan un video dinámico y concreto de ese hábito saludable y realización de un juego interactivo o taller de sensibilización para fomento de la salud a través de dinámicas de comunicación, escucha activa, empatía y asertividad.

OBJETIVOS

- Acercar a las aulas el estilo de vida saludable.
- Promover la adquisición de conocimientos y la participación del alumnado en su estado de salud.
- Fomentar la comunicación, escucha activa, empatía y asertividad entre los preadolescentes.

RESULTADOS

- Rescate de ideas previas y dudas de los preadolescentes y creación de un espacio seguro de transmisión de conocimientos que nos permitió trabajar los mitos existentes.
- Participación de 49 alumnos de los cuales 2 reconocieron de forma anónima el consumo de tabaco esporádicamente.
- Apertura productiva de debates y reflexiones sobre hábitos saludables.

CONCLUSIONES

- Los alumnos se crecen en grupo pero también se apoyan y se retroalimentan.
- Hemos puesto en valor educar en la participación y el fomento de la actitud crítica y autocrítica y se evidencian consecuencias positivas con respecto a la expresión, comunicación y cohesión de grupo.
- Además se han detectado dos nuevos caminos a explorar en los próximos cursos como el consumo de alcohol y la telefonía móvil.

BIBLIOGRAFIA

- Dudley, D.A., Cotton, W.G., & Peralta, L.R. (2015). Teaching approaches and strategies that promote healthy eating in primary school children: a systematic review and meta-analysis. *The International Journal of Behavioural Nutrition and Physical Activity*, 12, 26.
- Alonso, M., Gómez, C., & Ibáñez, J. (2014). Guía para educadores Juega, come y diviértete. Madrid: Editorial Mason.

Comunicación Núm. 281. El bosque de la salud. Gordillo de la Cerda EV.

Salvar vidas desde niño

Autores: Jose Antonio Moreno Ortega, DUE Hospital Virgen Macarena; SAS. Raquel Vargas León. TSID/TER/CELADOR CONDUCTOR, SAS.
Palabras clave: Educación sanitaria, primeros auxilios, RCP, prevención sanitaria.

INTRODUCCIÓN. OBJETIVOS

Hoy en día, los ciudadanos, no saben la importancia de conocer, como actuar ante una emergencia, solo el 12 % de la población, conoce las medidas de actuación ante una parada cardiorespiratoria.

En una encuesta sobre soporte vital, que se presentó en el 33º Congreso de la Sociedad Española de Medicina de Familia y comunitaria, en 2013, sólo el 30% de los adolescentes conocían el 112.

Desde paradas cardiorespiratorias hasta accidentes o atragantamientos, los niños deben tener una formación básica, en primeros auxilios, sobre cómo ayudar a un compañero, amigo ó adulto. Un niño desde los 6 años tiene la capacidad para reconocer una emergencia y llamar a un centro coordinador como el 112, e iniciar la cadena de supervivencia.

OBJETIVOS.

- 1.- Realizar talleres de primeros auxilios y emergencias a niños de primer ciclo de educación primaria (6 a 8 años)
- 2.- Analizar resultados de adquisición de conocimientos en emergencias y cuando iniciar la cadena de supervivencia, llevando a cabo los dos primeros eslabones: Reconocimiento precoz y llamada al 112.
- 3.- Destacar la importancia que tiene la educación para la salud desde niño

MATERIAL Y MÉTODO

Tipo de estudio: Hemos realizado un estudio descriptivo, midiendo los conocimientos antes y después de realizar el taller de emergencias para niños.

El taller consta de:

- Definición de emergencia.
- Enseñar cuando y porque llamar a los servicio de emergencia 112.
- Como reconocer una parada cardiorespiratoria e iniciar la cadena de supervivencia, en los dos primeros eslabones:
 - * Reconocimiento precoz
 - * Llamar al 112

Población: 150 niños con edades comprendidas entre 6 y 8 años de un Colegio de Educación Primaria de Sevilla.

Instrumento de medida: Se realizan dos encuestas con 5 preguntas y 4 posibles respuestas, antes y después del taller, para evaluar conocimientos y conductas.

Recogida de datos: Se recogieron datos de ambas encuestas, con ayuda de las maestras de Educación primaria, ya que algunos niños tienen dificultad para leer.

Se realizó revisión bibliográfica de artículos relacionados con casos reales.

CONCLUSIONES

Consideramos oportuno enseñar a los niños desde los 6 años de edad la importancia de socorrer.

Valorando los resultados del curso impartido a niños de 6-8 años, sobre conocimientos de emergencia y cuando y como llamar al 112, creemos que es importante que se realicen este tipo de cursos en todos los colegios, ya que, sabiendo como iniciar la cadena de supervivencia, pueden salvar vidas.

También pensamos que es necesario, la educación para la salud desde niños, ya que, existen casos reales, en los que los niños se han encontrado en una situación de emergencia y han sabido actuar llamando al 112.

BIBLIOGRAFIA

- 1- Iñaki Andrés. Siete de cada 10 jóvenes no sabe el numero de urgencias. El mundo (Internet). Junio 2013. Disponible en: <http://www.elmundo.es/elmundosalud/2013/06/10/noticias/137087771.html>
- 2- Pilar López. Primeros auxilios en el cole. Enseñando RCP blog. (Internet) Octubre 2013. Disponible en: <http://lapildontadospuntocoero.blogspot.com.es/2013/10/primeros-auxilios-en-el-cole-ensenando.html>

RESULTADOS

La muestra fue de 150 niños de 6 a 8 años de un Colegio de Educación Primaria de Sevilla.

Se realizó una encuesta antes de realizar el curso para valorar conocimientos previos sobre conocimientos del teléfono de emergencias y que es una emergencia.

El 75% de los niños no conocen el número de emergencias 112 y el 25 %, si conocen el 112 y el 061 como teléfono de la ambulancia. El 60 % de los niños no saben que es una emergencia, el 25% tienen algunas nociones y el 15% definen que es una emergencia.

Conocimientos previos del telefono de emergencias 112

Conocimiento sobre emergencia

Atagantamiento
Llamar al 112

Conocimientos del telefono de emergencias 112, tras el curso

Conocimiento sobre emergencia, tras el curso

Tras la realización del curso de emergencias, para niños, en el colegio el 80% de los niños saben llamar al 112 y el 75% reconocen los signos y síntomas de una emergencia.

Comunicación Núm. 326. Salvar vidas desde niño. Moreno Ortega JA, et al.



Radiaciones ionizantes en su justa medida

Experiencia de trabajo coordinado entre Atención Primaria, la Unidad de Radiodiagnóstico y la ciudadanía

Laura Carbajo Martín, José Javier Román Tárrago, Rafael Aznar Méndez, Manuel Rodríguez Castillo, Marta del Nozal Nalda

Existe una preocupación a través de sociedades científicas y organismos oficiales sobre el exceso de pruebas radiodiagnósticas que pueden suponer un perjuicio importante para la salud de los pacientes.

Dentro de la corriente de recomendaciones "no hacer", la Sociedad Española de Radiodiagnóstico emitió varias recomendaciones sobre exploraciones "que no hay que hacer" basadas en la evidencia científica disponible pero que no se han implantado por todos los profesionales.

Desde nuestra área de salud hemos planteado la colaboración entre el ámbito hospitalario y atención primaria para plantear una estrategia común de formación con profesionales pero conjuntamente a la concienciación ciudadana a través de actividades de promoción y prevención de la salud.



Se han diseñado 2 intervenciones:

1. **Profesionales:** programa de formación continuada sobre las radiaciones ionizantes (necesidad de ajustar las indicaciones; tanto para los profesionales más prescriptores como los que nunca prescriben una radiología)
2. **Ciudadanía:** charlas compartidas con los organismos locales de concienciación sobre el peligro del exceso de radiaciones ionizantes para evitar la presión sobre los profesionales.

Lecciones aprendidas

El número de radiología ajustada a TAEs se ha reducido globalmente en el área en un 11% en el periodo marzo a julio de 2017. Este porcentaje es del 15% en las UGC en las que se han realizado las intervenciones propuestas. Consideramos por tanto que la corresponsabilidad de los profesionales de atención primaria y atención hospitalaria y la de la ciudadanía en las implantación de las recomendaciones de "No hacer" es la clave del éxito, lo que nos anima a continuar promoviendo este tipo de actividades.



TENDENCIAS A LA PARTICIPACIÓN CIUDADANA EN EL CAMPO DE LA SALUD

María Gema Ruiz Padilla, María Francisca Delgado López, Blanca María García Vilchez.



La participación social es un elemento fundamental para la solución de los problemas de salud. Tres ejes sobre los cuales trabajar: el fortalecimiento de las redes entre los Centros de Salud y la comunidad a la cual atiende; la generación de Cuentas Públicas participativas; y el fortalecimiento de las Oficinas de Información, Reclamos y Sugerencias.

El presente estudio tiene como objetivo evaluar el tipo de participación existente en dos áreas institucionales distintas del SNS: por un lado, la hospitalaria y, por otro, la correspondiente a la atención primaria, ubicada en los Centros de Salud.

- Pacientes más informados, formados y activos en el proceso de salud, producen un cambio continuo en los sistemas sanitarios.
- Los temas e van desde enfermedades crónicas hasta cuidados a personas dependientes, cuidados paliativos, seguridad del paciente o hábitos de vida saludables.
- La participación activa del paciente en las decisiones relacionadas con su salud supone un nuevo modo de entender la relación terapéutica entre profesionales y pacientes, que parece adecuado para el proceso terapéutico.
- Las estrategias de salud pública pueden verse reforzadas con el desarrollo y la implementación de herramientas de ayuda para la toma de decisiones compartida que favorezcan la participación de los pacientes en las decisiones relacionadas con su salud.

La participación ciudadana adquiere relevancia en el ámbito de la salud pública, y son el nuevo rol del paciente, como agente activo. Supone un nuevo modo de entender la relación entre éstos, los profesionales y sistemas de salud. El acceso a Internet se constituye como fuente inagotable de recursos de información sanitaria dirigida a pacientes y de herramientas de participación, con las redes sociales como enclave de intercambio de información y consejos prácticos entre pacientes, familiares y profesionales sanitarios y posibilita al paciente en la toma de decisiones compartida y evaluaciones de acciones en salud pública y servicios sanitarios.

Los programas de información y formación sanitaria hoy toman como corresponsables a los ciudadanos. La atención centrada en el paciente y la toma de decisiones compartida constituyen un área de gran interés en el empeño por mejorar la atención prestada a los usuarios y supone un nuevo modo de entender la relación terapéutica, respetuosa con los derechos del paciente y potencialmente beneficiosa para el proceso terapéutico.

Comunicación Núm. 343. Radiaciones ionizantes en su justa medida. Experiencia de trabajo coordinado entre Atención Primaria, la Unidad de Radiodiagnóstico y la ciudadanía. Carbajo Martín L, et al.

Comunicación Núm. 367. Radiaciones ionizantes en su justa medida. Experiencia de trabajo coordinado entre Atención Primaria, la Unidad de Radiodiagnóstico y la ciudadanía. Carbajo Martín L, et al.

Ley 42/2010, de 30 de diciembre: medidas sanitarias frente al tabaquismo

AUTORES: Eva Plata Luna / Dolores Gutiérrez Moreno / Clara Isabel González Lozano

Introducción

En este poster se analizan datos sobre el impacto de la ley antitabaco 42/2010 respecto a la morbilidad relacionada con el tabaquismo en enfermedades como infarto agudo de miocardio, otras formas de cardiopatía isquémica, y asma, obtenidos a partir del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD).

Objetivos

Estudiar como a partir de la entrada en vigor de la Ley 42/2010 la disminución de enfermedades relacionadas con el tabaquismo ha disminuido considerablemente.

Materiales

Para la obtención de las tasas de hospitalización por infarto agudo de miocardio (código 410 de la CIEMC), otras formas de cardiopatía isquémica (episodios agudos y subagudos de cardiopatía isquémica y angina - códigos 411 y 413) y asma (código 493) se han utilizado los datos del CMBD de altas hospitalarias por esta causa correspondientes a los años 2005-2011. El CMBD recoge datos de hospitales públicos y privados, inicialmente sólo era obligatorio en los primeros por lo que se ha dado en los últimos años una incorporación progresiva de los registros de los hospitales privados al CMBD. Por ello, a efectos de comparación a lo largo del tiempo, en este análisis se incluyen sólo los hospitales del Sistema Nacional de Salud (SNS).

Análisis de datos

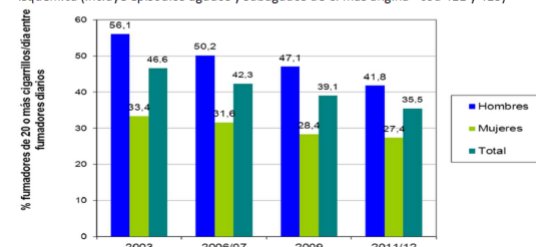
Transcurridos los dos primeros años de implantación de la ley contamos con datos sobre prevalencia, morbilidad y exposición al humo ambiental que nos permiten llevar a cabo un análisis del impacto que las medidas adoptadas han tenido en la salud pública de nuestro país. No obstante, es un periodo de tiempo relativamente corto para tener datos que nos permitan la valoración completa de los efectos positivos para la salud de la modificación realizada ya que, aunque se dan algunos efectos positivos inmediatos, la mayoría de los efectos más significativos son a medio y largo plazo. Vamos a estudiar cómo han disminuido enfermedades como infarto agudo de miocardio, otras formas de cardiopatía isquémica y asma.

Evolución de las admisiones por Infarto Agudo de Miocardio, otras Cardiopatías Isquémicas y Asma. Registro de Altas CMBD (hospitales del SNS) España 2005-2011

Años	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Casos	112.968	109.480	107.012	103.868	101.022	98.547	94.915
Estancia	908.836	843.838	811.990	777.453	738.227	698.610	660.761

Media								
Coste	476.872,99	451.860,01	511.177,07	515.791,68	515.791,68	522.638,60	520.423,44	
Total	9	7	3	9	9	4	5	
Coste medio	4.221,3	4.127,3	4.435,1	4.921,4	5.105,7	5.303,4	5.483,0	

Infarto agudo de miocardio (cód. 410), Asma (cód.493), otras formas de cardiopatía Isquémica (incluye episodios agudos y subagudos de CI más angina - cód 411 y 413)



Conclusiones

Las leyes de control del tabaquismo se asocian con descensos significativos en los ingresos por infarto agudo de miocardio y otras enfermedades cardiovasculares. Según este, el descenso asociado a las leyes integrales (que cubren lugares de trabajo, bares y restaurantes, etc.) como la actual normativa española, sería una disminución del 15% en las hospitalizaciones por infarto agudo de miocardio.

En España, tanto en el caso del infarto agudo de miocardio como en el de otras formas de cardiopatía isquémica, las tasas de hospitalización por estas enfermedades en población mayor de 24 años son más elevadas en hombres que en mujeres. Además, presentan una tendencia de disminución en ambos sexos en todo el periodo 2005-2011, iniciada en 2003, previa por tanto a la modificación de la ley de control del tabaquismo implantada en 2011.

Los datos de cardiopatía isquémica también presentan una tendencia de disminución durante todo el periodo 2005-2011 en hombres y mujeres. Sin embargo, no se aprecian diferencias específicas en el año de aplicación de la Ley 28/2005, ni en el de su modificación con la 42/2010.

Diversos estudios han mostrado una reducción del riesgo de enfermedades respiratorias agudas y específicamente de los ingresos por asma, asociado a las leyes de control del tabaquismo.

¶

• Título: FORMACIÓN EN PROMOCIÓN ¶

• Autoría: Carmen Sánchez-Tiscar, Francisco Bayona-Sánchez, M.ª Carmen Fernández-Cabrera, Rosa M.ª Rodríguez-Pascual, M.ª Gracia-Serrano-Quesada. ¶

• Modalidad: Comunicación en póster ¶

• Introducción: ¶

En las dos últimas décadas del siglo XX se han producido de forma acelerada transformaciones importantes en la estructura y organización familiar, especialmente en el sur de Europa se han intensificado los flujos migratorios y se viven con intensidad otros problemas que afectan al resto del mundo, como la globalización y las consecuencias de la situación internacional. ¶

Todo ello constituye un marco cambiante, que lleva consigo problemas y situaciones relacionados con la salud y que produce una gran preocupación social. ¶

¶

• Objetivos: ¶

Conocer los tipos de intervención en promoción y educación para la salud a nivel de la comunidad local, como son: ¶

Consejo y asesoramiento: dirigido a personas que acuden a una consulta profesional, intervención breve realizada, habitualmente, aprovechando una oportunidad en la atención individual. ¶

Educación para la salud individual: serie organizada de consultas educativas programadas que se pactan entre el profesional y el usuario. ¶

Educación para la salud grupal y/o colectiva: intervenciones programadas dirigidas a un grupo homogéneo de pacientes y/o usuarios con la finalidad de mejorar su competencia para abordar determinado problema o aspecto de salud. Así como a colectivos de la comunidad, desarrollando talleres, cursos o sesiones que influyen sobre la salud. ¶

Información y comunicación: incluye la elaboración y utilización de distintos instrumentos de información (folletos, carteles, murales, cómics, grabaciones, calendarios...) y la participación en los medios de comunicación (prensa, radio, TV, internet) especialmente de carácter local. ¶

Acción y dinamización social: para el desarrollo comunitario, modificación de normas sociales y el trabajo cooperativo en redes, alianzas y plataformas con asociaciones y grupos de distintos tipos. ¶

Medidas de abogacía por la salud en la promoción de salud local: para el desarrollo de estrategias intersectoriales, modificaciones organizativas de los servicios y puesta en marcha de medidas legislativas, económicas y/o técnico-administrativas. ¶

• Metodología: ¶

Revisión de publicaciones del Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e igualdad sobre salud pública. Se han utilizado descriptores como: Educación continua, Formación de concepto, Promoción de la salud y Desarrollo de la comunidad. ¶

• Resultados: ¶

La finalidad de la formación es la capacitación de profesionales de todos los sectores implicados para llevar a cabo los diferentes tipos de intervención en promoción y educación para la salud constituyendo un instrumento imprescindible para la obtención de un nivel de salud compatible con una buena calidad de vida, con la satisfacción y el disfrute. ¶

• Conclusiones: ¶

La promoción es una herramienta que hay que incorporar en la atención integral a los problemas de salud. Para ello es necesario además de un cambio de actitudes en los decisores y planificadores de la salud, conseguir políticas y recursos que apuesten realmente por esta opción. ¶

¶

Comunicación Núm. 392. Ley 42/2010, de 30 de diciembre: medidas sanitarias frente al tabaquismo. Plata Luna E, et al.

Comunicación Núm. 434. Formación en promoción. Sánchez Tiscar C, et al.

PRIMEROS AUXILIOS Y LOS CONOCIMIENTOS DEL PROFESORADO

Autores: M^o Mercedes Carrasco Racero; Fátima Fernández García; Maribel Montoro Ortiz
Palabras clave: Enfermería, Primeros Auxilios, Formación, Docentes



INTRODUCCIÓN

Los accidentes infantiles en los países desarrollados se sitúan como una de las principales causas de muerte en estas edades, con un gran coste social y económico. Razón por la que, la Organización Mundial de la Salud ya en el 2008 los consideró uno de los problemas de salud pública más importantes en estos países. Hecho que ha determinado que se dedique un especial énfasis a la accidentalidad infantil, actualmente denominada lesiones no intencionales, potenciando la importancia de la prevención. Aunque la escasez de bibliografía relacionada con este tipo de lesiones haya complicado la realización de programas estructurados de prevención en los centros educativos.

OBJETIVOS

- Valorar el nivel de conocimientos sobre primeros auxilios en el grupo seleccionado de docentes de secundaria.
- Valorar la necesidad de una intervención educativa en primeros auxilios sobre los docentes del grupo a estudio.



METODOLOGÍA

Estudio descriptivo y transversal, de tipo selectivo por muestreo no probabilístico de conveniencia, llevado a cabo en 44 docentes de educación secundaria de un instituto de nuestra población (23 Mujeres y 21 Hombres), durante los meses de Enero a Abril de 2016. Excluyendo el alumnado y profesorado no perteneciente a este centro. Usando el paquete informático SPSS 22 para el procesamiento de los datos. Se diseñó un test específico para este estudio en el cual se le preguntaba a los participantes entre otros datos, su filiación, edad, nivel de estudios y conocimientos básicos en materia de primeros auxilios.



RESULTADOS

Tras pasar a los docentes un test de 20 preguntas sobre conocimientos de primeros auxilios, se observó una media de porcentaje de aciertos del 62%.



CONCLUSIÓN

Tras los resultados del estudio y la revisión bibliográfica realizada, concluimos la necesidad de impartir una acción formativa de 1^o Auxilios sobre el grupo docente seleccionado, por la utilidad en su trabajo diario con alumnos de diferentes edades.

Comunicación Núm. 451. Primeros auxilios y los conocimientos del profesorado. Carrasco Racero MM, et al.

VALORACION DE UN PROGRAMA DE EDUCACION PARA LA SALUD EN DIETA SIN GLUTEN PARA ESCOLARES

Autores: M^o Mercedes Carrasco Racero; Fátima Fernández García; Maribel Montoro Ortiz
Palabras clave: Salud Escolar, Celiacuía, Dieta, Síntomas.


OBJETIVOS

- Valorar la eficacia de un programa de educación para la salud para el correcto manejo de la dieta sin gluten de los niños en edad escolar.
- Identificar signos y síntomas de la celiacuía, instruir sobre el tratamiento y control de estos y su prevención.

METODOLOGÍA

Se define como un estudio observacional longitudinal. Han sido incluidos en el programa de EpS a 35 niños celiacos de educación infantil entre 10 y 12 años de edad, seleccionados de manera aleatoria en diferentes colegios públicos de un mismo distrito de Málaga, previo consentimiento de los padres y con la colaboración de profesores y la enfermera escolar del distrito.

Se les ha realizado un cuestionario previo y posterior a realizar la EpS (Dieta sin gluten, control de síntomas, compra sin gluten, alimentos permitidos y formas de cocinar). Utilizando material visuales pretende educar a estos niños en como llevar una correcta alimentación acorde a su enfermedad.



RESULTADOS

De la muestra seleccionada (35), un 75% realizaba una correcta alimentación sin gluten. Pero sólo un 15% realizaba un buen manejo de signos y síntomas de la enfermedad.

Mejora la educación de los niños en su dieta y control de síntomas en un 55%.

El 93% de los padres se muestra satisfecho con este programa de EpS

CONCLUSIÓN

- La implantación de programas de EpS mejoran conductas en nuestros escolares y adquieren hábitos y estilos de vida saludables.
- El uso de programas de EpS en alimentación y dietas terapéuticas mejoran la salud de quien lo recibe y ve reforzado su percepción de la enfermedad en su que hacer diario, además disminuye el número de visitas médicas por parte del paciente, disminuyendo los costes en sanidad.
- La escuela debe ser una de las principales promotora de salud. Destacar el papel de la enfermería escolar como base para la salud de nuestros escolares.

Comunicación Núm. 453. Valoración de un programa de educación para la salud en dieta sin gluten para escolares. Carrasco Racero MM, et al.

EL SEXO ¿ASIGNATURA PENDIENTE EN CLASE?

Autores: M^a Mercedes Carrasco Racero; Fátima Fernández García; Maribel Montoro Ortiz.
Palabras clave: Educación sexual, adolescentes, métodos anticonceptivos, internet.

OBJETIVOS

- Averiguar los principales medios por los que obtienen información sobre sexo.
- Hallar si conocen algún tipo de método anticonceptivo.



METODOLOGÍA

Es un estudio descriptivo, transversal. Hemos elaborado una encuesta para hallar las deficiencias educacionales en materia sexual de 30 jóvenes entre 12 - 16 años, todos ellos alumnos de E.S.O. de varios centros escolares. El cuestionario, ese laborado por el grupo investigador, comprende 6 ítems:

- 1.-Fuentes de información sexual: Amigos/compañeros de clase, colegio, Medios de comunicación, Familia.
- 2.-Métodos anticonceptivos. ¿Conoces alguno que no sea el preservativo?
- 3.-¿Ha presenciado alguna charla/taller en su centro de enseñanza sobre materia sexual?
- 4.-¿Le han explicado sus padres alguna duda sexual que haya tenido?
- 5.-¿En sus libros de texto, aparece este tema?
- 6.-¿Cree que tiene importancia en su desarrollo intelectual y personal?



RESULTADOS

El 64% de encuestados resuelven sus dudas preguntando a sus amigos o semejante, el 32% navegan por internet para resolver sus preguntas y el 3% pregunta a sus padres o tutores.

El 9% de los entrevistados solo conocen el preservativo, frente al 91% que conocen más métodos. El 42% no han presenciado ninguna charla adicional en clase. El 50% ha sido educado en el terreno sexual en casa.

La mayoría un 84% ha visualizado/estudiado sexo en su curricular académico. Un 90% afirma que es de vital importancia en su desarrollo personal y académico.

CONCLUSIÓN

Como preveíamos, la sexología aun es un tema tabú, ya que no se percibe como un posible problema de salud emocional y física, por la adquisición de enfermedades venéreas, así como embarazos no deseados en adolescentes. Ya en pleno siglo XXI se debería tratar como un tema de vital importancia de educación en todos los niveles desde primera etapa escolar hasta universitaria, y ver con toda naturalidad. Por tanto, comencemos por instruir a personal sanitario, profesores y padres en enfocar el tema desde un punto de vista simple, así como debemos complementarnos los unos a los otros. Por todo ello, se debe hacer hincapié en la realización de programas de salud incluidos en otros programas que se desarrollan durante la primera etapa de la vida y hacerle ver a los padres la importancia que tiene, por tanto, la enfermera escolar no presente aun en nuestra comunidad autónoma en este campo desarrollaría un papel esencial a la hora de realizar estos programas en el ámbito escolar, así como otros muchos. Esto queremos exponer que el conocimiento de nuestra sexualidad conllevará a no cometer tantos errores, ya que puede poner en jaque nuestra salud. Por todo ello, se debe hacer hincapié en la realización de programas de educación sexual en las diferentes franjas de edad, así como instruir a los padres para que complementen o inicien este tipo de formación.

Comunicación Núm. 454. Valoración de un programa de educación para la salud en dieta sin gluten para escolares. Carrasco Racero MM, et al.

Salud ambiental y entornos saludables



XENOESTROGENOS Y PATOLOGÍAS MATERNO-INFANTILES

JESSICA GARCÍA GONZÁLEZ, MARÍA ISABEL VENTURA MIRANDA, MARINA HERNÁNDEZ CASTILLO, YOLANDA GARCÍA GONZÁLEZ Y CARLOS RAMÍREZ MAÑAS.
e-mail: jessyka_gg@um.es HOSPITAL RAFAEL MENDEZ (LORCA)

INTRODUCCIÓN

La asociación entre la exposición continuada a determinados plaguicidas a nivel ambiental y una elevada tasa de alteraciones en la salud reproductiva es cada vez más patente.

OBJETIVO

Determinar la prevalencia y el riesgo de desarrollar alteraciones materno-infantiles en embarazos de mujeres que viven en zonas de alta y baja exposición a plaguicidas con efecto xenoestrogénico.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio de casos y controles. Este se llevó a cabo entre las mujeres y niños que residían en 10 distritos de salud de Andalucía clasificándolos en áreas de alta y baja exposición ambiental a plaguicidas. La población de estudio contó con 45.050 casos y 950.620 controles de igual edad y distrito de salud. Los datos fueron recogidos de los registros hospitalarios informatizados "CMBD" entre 1998 y 2005.

RESULTADOS

La media de edad fue de 31,18 ± 7,74 años. La edad del grupo de alta exposición fue de 31,16 años y en el de baja de 31,19 años.

Alteraciones Materno-Infantiles	Alta Exposición	Baja Exposición	OR	95% IC	p valor
Aborto Espontáneo	1.532,74	905,38	1,69	1,66-1,74	<0,001
Bajo Peso al Nacer	376,86	242,55	1,55	1,48-1,62	<0,001
Criptorquidia	91,77	10,23	8,97	7,89-10,19	<0,001
Hipospadias	51,88	9,03	5,74	4,93-6,68	<0,001
Micropene	4,05	0,99	4,06	2,45-6,72	<0,001

Valor de p obtenido por Chi-Cuadrado

CONCLUSIONES

Los resultados de este estudio coinciden con estudios ocupacionales previos que indican que la exposición ambiental a plaguicidas puede ser un factor de riesgo para el desarrollo de diferentes tipos de alteraciones materno-infantiles.

BIBLIOGRAFÍA

Unüvar T, Büyükgöbüz A. Fetal and neonatal endocrine disruptors. J Clin Res Pediatr Endocrinol. 2012; 4(2): 51-60.
Kezios KL, Liu X, Cirillo PM, Cohn BA, Kalantzi OI, Wang Y, et al. Dichlorodiphenyltrichloroethane (DDT), DDT metabolites and pregnancy outcomes. Reprod Toxicol. 2013; 35: 156-64.
Llopis-Gonzalez A, Dueñas JC, Huerta V, Morales M. Efectos de la alteración endocrina durante la gestación: una revisión sistemática. Rev salud ambient. 2014; 14(1): 29-38.

Comunicación Núm. 91. Xenoestrógenos y patologías materno-infantiles. García González J, et al.



LA FORMACIÓN DEL PERSONAL DE PISCINAS Y OTRAS INSTALACIONES DEPORTIVAS EN LA PREVENCIÓN DE RIESGOS PARA LA SALUD DE LOS USUARIOS

Casañas Carrillo MC, Hurtado Bejarano G, De la Rosa Millán D.
Unidad de Protección de la Salud. Distrito Sanitario Jaén Sur

CONTEXTO Y DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

La actividad física forma parte fundamental de un estilo de vida saludable. En Andalucía ha aumentado notablemente en los últimos años el número de centros deportivos municipales que incluyen piscina cubierta, spa y/o sauna, siendo cada vez mayor el número de usuarios; sin embargo, existen riesgos para la salud que se asocian al uso de piscinas y otras instalaciones deportivas.

DESCRIPCIÓN Y OBJETIVOS DE LA INTERVENCIÓN PROPUESTA

Dentro del Plan Local de Acción en Salud, se propuso una actividad formativa para el personal de un centro deportivo municipal con piscina, con varios objetivos:

- Concienciar sobre riesgos físicos, biológicos y químicos de estas instalaciones y factores que influyen.
- Resaltar la importancia de medidas higiénico-sanitarias y buen uso de instalaciones por los usuarios en la prevención de riesgos para la salud.
- En base a la formación recibida, revisar y modificar, si procede, las actuaciones del centro deportivo para favorecer un uso seguro de las instalaciones y la adopción de medidas higiénico-sanitarias por parte de los usuarios.





PROCEDIMIENTO E INSTRUMENTOS DESARROLLADOS

- TIPO DE ACTIVIDAD: Charla formativa con apoyo de diapositivas.
- DESTINATARIOS: Responsables, monitores deportivos y socorristas del centro deportivo.
- CONTENIDO: Riesgos para la salud en piscinas y otras instalaciones deportivas: físicos (accidentes), químicos (por productos químicos desinfectantes, reguladores de pH o limpiadores) y microbiológicos (infecciones más frecuentes en usuarios de piscinas), incidiéndose especialmente en estos últimos. Factores que aumentan el riesgo de sufrir accidentes o infecciones. Medidas preventivas: estructurales, de mantenimiento e higiénico-sanitarias.
- CONCLUSIONES: Coloquio con los asistentes donde expusieron su experiencia y dudas y se propusieron actuaciones para mejorar la higiene y seguridad de las instalaciones.





LECCIONES APRENDIDAS

Los responsables y el personal en contacto directo con el público pueden ejercer una importante labor en la prevención de accidentes e infecciones en piscinas y otras instalaciones deportivas: informando a los usuarios sobre sus riesgos para la salud y cómo prevenirlos se puede favorecer un uso más seguro de estas instalaciones y la mejora en los hábitos higiénico-sanitarios de las personas que las utilizan.

Comunicación Núm. 267. La formación del personal de piscinas y otras instalaciones deportivas en la prevención de riesgos para la salud de los usuarios. Casañas Carrillo MC, et al.

PROTOKOLO DE AUTOCONTROL EN PISCINAS DE USO PÚBLICO: EXPERIENCIA DE LABOR INFORMATIVA PARA FACILITAR SU IMPLANTACION
Casañas Carrillo MC, De la Rosa Millán D, Hurtado Bejarano G.
Unidad de Protección de la Salud. Distrito Sanitario Jaén Sur

CONTEXTO Y DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA
El Real Decreto 742/2013 establece los Criterios Técnico-Sanitarios exigibles en Piscinas para garantizar la protección de la salud; entre ellos, obligación de disponer y aplicar un Protocolo de Autocontrol en piscinas de uso público (tipos 1 y 2), con los contenidos del art. 11.5.
El Ministerio de Sanidad y la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía han publicado sendas guías para facilitar su elaboración. Sin embargo, esta obligación puede ser difícil de cumplir en algunos casos, al requerir cierto grado de formación y medios.

DESCRIPCIÓN DE LA INTERVENCIÓN PROPUESTA
Para facilitar la elaboración e implantación del Protocolo de Autocontrol, la Consejería de Salud convocó una actividad informativa dirigida a responsables de piscinas, laboratorios de análisis y empresas asesoras. Posteriormente, los agentes de control sanitario oficial efectuamos inspecciones para comprobar su cumplimiento.

OBJETIVOS

- Informar y orientar a los responsables de piscinas de uso público sobre la elaboración e implantación del protocolo de autocontrol.
- Comprobar el cumplimiento de esta obligación en las piscinas públicas de nuestro ámbito, una vez informados sus responsables.

PROCEDIMIENTO E INSTRUMENTOS DESARROLLADOS
Tras la publicación de la "Guía para la elaboración del protocolo de autocontrol de piscinas" se convocó una **reunión informativa** desde la Consejería de Salud. Los **agentes de control sanitario oficial** del Distrito Sanitario Jaén Sur contactamos con responsables de piscinas públicas, laboratorios y empresas asesoras de nuestro ámbito para invitarles a asistir. En la reunión se presentó dicha guía y se respondió a las consultas de los asistentes.
Posteriormente, dentro del Programa de Piscinas de Uso Colectivo, se efectuaron **inspecciones** en las piscinas públicas de este Distrito Sanitario: se comprobó si disponían de Protocolo de Autocontrol conforme e implantado correctamente.
De las 17 piscinas públicas, **7 presentaron inicialmente deficiencias en su protocolo**: se indicó a sus responsables los aspectos a corregir y en el seguimiento posterior se comprobó la subsanación de dichas deficiencias, resultando **finalmente conformes**.

LECCIONES APRENDIDAS
Cuando se producen cambios legislativos destacables, es fundamental realizar una **labor informativa previa a las actuaciones de control e inspección**. El protocolo de autocontrol exigido por el Real Decreto 742/2013 es un requisito novedoso para las piscinas de uso público y tanto su elaboración como su implantación suponen un esfuerzo considerable para los gestores de piscinas de uso público. La labor informativa de la Consejería de Salud y los agentes de control sanitario oficial está facilitando el cumplimiento de esta obligación, aunque en algunos casos puede ser también aconsejable que los responsables de piscinas recurran a asesores externos.

Comunicación Núm. 307. Protocolo de autocontrol en piscinas de uso público: experiencia de labor informativa para facilitar su implantación. Casañas Carrillo MC, et al.

CONTROL DE LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA EN LA COMPRAVENTA DE PRODUCTOS QUÍMICOS POR INTERNET
De la Rosa Millán D., Casañas Carrillo M.C., Hurtado Bejarano G.
Unidad de Protección de la Salud. Distrito Sanitario Jaén Sur

CONTEXTO Y DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA
Cada vez es más habitual el uso de internet para la compra de una gran variedad de productos, incluidos los productos químicos peligrosos. La información de la peligrosidad de estos productos se recoge en su etiquetado, pero si la compra se realiza por medios electrónicos es preciso asegurarse de que el comprador recibe información adecuada y completa sobre los peligros del producto químico que adquiere.

DESCRIPCIÓN Y OBJETIVOS DE LA INTERVENCIÓN PROPUESTA
En los artículos 17.2 y 48.2 del Reglamento (CE) nº1272/2008 sobre clasificación, etiquetado y envasado de sustancias y mezclas (CLP), se regula que, en relación a la publicidad de una sustancia o mezcla peligrosas que permite que un particular realice una compraventa sin haber visto previamente la etiqueta, deben mencionarse los peligros indicados en dicha etiqueta. Además, toda esta información relativa a la peligrosidad del producto químico debe estar en la lengua oficial del estado donde se realiza la transacción. El objetivo de la intervención es comprobar el cumplimiento de estos requisitos.

PROCEDIMIENTO E INSTRUMENTOS DESARROLLADOS
Dentro del proyecto piloto del Foro CLP se seleccionaron cuatro empresas ubicadas en el Distrito Sanitario Jaén-Sur que cuentan con página web activa para la venta de productos químicos (tres de ellas formuladoras de productos y una marquista). Se eligió para cada una, al menos, un producto químico peligroso puesto a la venta en la página y se revisó si se cumplían los requisitos de los artículos 17.2 y 48.2 del Reglamento CLP, es decir, si la web incluía las indicaciones de peligro (frases H), frases EUH y opcionalmente pictogramas de peligro y palabras de advertencia y si aparecía todo ello en castellano. En la primera inspección ninguna de las empresas cumplía los requisitos e incluso desconocían este aspecto normativo. Tras concederles un plazo de diez días para la subsanación, incluyeron en la web la información requerida y se hizo extensivo al resto de productos puestos a la venta en la página.

LECCIONES APRENDIDAS
Dado el auge de la venta por internet y el potencial riesgo para la salud que presentan los productos químicos peligrosos, es de gran utilidad realizar y continuar con este tipo de proyectos de control con el fin de asegurar la protección de la salud de las personas usuarias de los mismos.

Comunicación Núm. 311. Control de la información suministrada en la compraventa de productos químicos por Internet. De la Rosa Millán D, et al.

ACTUACIÓN SANITARIA PARA LA DISMINUCIÓN DE LA INFECCIÓN NOSOCOMIAL

AUTORA: NURIA HUERTA GONZÁLEZ

INTRODUCCIÓN	<p>Las infecciones nosocomiales son infecciones que se presentan en pacientes ingresados en un hospital o en otro centro de atención de la salud, en quien no se había puesto de manifiesto, ni se encontraba en el periodo de incubación en el momento de su ingreso. Comprende las infecciones contraídas durante el ingreso hospitalario y que se ponen de manifiesto hasta después del alta hospitalaria. Su desarrollo está condicionado por cuatro factores que son: intrínsecos, extrínsecos, relacionados con el microorganismo y con el ambiente hospitalario.</p>
OBJETIVOS	<p>Conocer las enfermedades nosocomiales e identificar los factores de riesgo más importantes que contribuyen a su aparición.</p>
METODOLOGÍA	<p>Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en las principales fuentes de datos como Cuiden, Pubmed, Biblioteca Cochrane Plus, Medline. Utilizando los descriptores: Infección hospitalaria, factores de riesgo, control de infecciones y actuación sanitaria, infección nosocomial, se aplicó un filtro de los últimos 10 años buscando artículos en español e inglés que se ajusten por su metodología.</p>
RESULTADOS	<p>Conociendo al personal sanitario en los factores de riesgo y en la detección precoz de estos así como llevando a cabo las medidas de seguridad oportunas logramos disminuir las infecciones nosocomiales en el ámbito hospitalario.</p>
CONCLUSIONES	<p>Este tipo de infecciones representa uno de los problemas más grandes que hay en la salud pública tal como se encuentra en los estudios realizados, aunque también es verdad que esta prevalencia va disminuyendo año tras año, gracias a ciertos programas de intervención que pueden mejorar el grado de conocimiento y de cumplimiento de las medidas de prevención frente a las infecciones nosocomiales, además de concienciar al personal sanitario de la importancia de la adhesión a las precauciones estándar como la higiene de las manos o el uso de guantes.</p>
REFERENCIAS	<p>Conociendo al personal sanitario en los factores de riesgo y en la detección precoz de estos así como llevando a cabo las medidas de seguridad oportunas logramos disminuir las infecciones nosocomiales en el ámbito hospitalario.</p>


PREVENCIÓN DE INFECCIONES NOSOCOMIALES

REDUCCIÓN DE LA TRANSMISIÓN CRUZADA

REDUCCIÓN DE LA TRANSMISIÓN POR EL MEDIO



HIGIENE PERSONAL



ROPA PROTECTORA



LIMPIEZA HOSPITALARIA



ESTERILIZACIÓN DE

Comunicación Núm. 504. Actuación sanitaria para la disminución de la infección nosocomial. Huerta González N, et al.

Seguridad alimentaria



Percepción y satisfacción de las gestantes en cuanto a los consejos nutricionales durante el embarazo

Merino L, Casalilla M.P, Martínez R.

Introducción

El estado nutricional previo de la embarazada, la adecuada ganancia de peso y la ingesta de ciertos nutrientes pueden tener una influencia importante tanto para la madre como para el recién nacido, a corto y largo plazo.

Mantener una alimentación saludable es un objetivo primordial del cuidado prenatal, momento en el cual la educación alimentaria nutricional (EAN) resulta una herramienta imprescindible que permite reforzar los comportamientos alimentarios beneficiosos y modificar aquellos que impactan negativamente sobre la salud. Sin embargo, existen pocos estudios sobre el tipo y contenido de los consejos nutricionales que reciben las embarazadas durante el control del embarazo. Consejos ante los que dichas mujeres verbalizan sentir confusión, miedo y culpabilidad.

Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica en distintas bases de datos como, Cochrane, Medline, Scielo, Pubmed, Cuiden y CINAHL, y organizaciones como la Organización Mundial de la Salud (OMS). Se han utilizado como criterios de inclusión los artículos publicados en el periodo comprendido entre 2015 y 2017. Como palabras clave se han utilizado los términos “pregnancy”, “pregnant”, “counselling”, “nutrition” y sus respectivos en castellano.

Objetivo

- Analizar la percepción de las embarazadas acerca de los consejos nutricionales recibidos durante la gestación y sensibilizar a la población y profesionales sanitarios acerca de la importancia de este tema.

Resultados/Conclusiones

Existen escasos estudios que investiguen los conocimientos que, los profesionales sanitarios haciendo más incapie en las matronas, tienen sobre nutrición en el embarazo y los consejos que aportan sobre el tema. Igualmente sucede con los trabajos que estudian la percepción que tienen las gestantes sobre los consejos nutricionales recibidos.

En cuanto a las percepciones de las embarazadas, destaca la sensación de haber recibido consejos muy generales por parte de las matronas, que no terminan de eliminar sus dudas e inseguridades respecto a la nutrición en el embarazo, pero aún así, lo recibido lo consideran una experiencia positiva y favorable para ellas.

Por todo ello, sería interesante plantear estudios que exploren estas cuestiones con más amplitud dadas las características del tema investigado y los aportes encontrados en los estudios de referencia promoviendo la inclusión de un componente educativo con carácter rutinario en el control prenatal así como la consejería nutricional personalizada.

Bibliografía

- Espuig Sebastián R, Noreña Peña AL, Cortés Castell E, González-Sanz JD. Percepción de embarazadas y matronas acerca de los consejos nutricionales durante la gestación. Nutr Hosp 2016; 33:1205-1212.
- Puszko B. et al. El impacto de la educación alimentaria nutricional en el embarazo: una revisión de las experiencias de intervención. Rev Chil Nutr 2017; 44 (1): 77-88.

XI Jornadas de Salud Pública
Salud pública ante escenarios de futuro



Del 20 al 25 de noviembre / 2017 #11jornadasSP

REPERCUSIÓN EN SALUD PÚBLICA POR INCREMENTO DE CISTICERCOS EN PORCINO

Morales Capelo, Aurora ⁽¹⁾ Dantas Espadas, Víctor ⁽¹⁾

⁽¹⁾ Servicio Andaluz de Salud. AGSNH

Introducción

EL EXAMEN POSTMORTEM EN ANIMALES SACRIFICADOS EN LA UNIÓN EUROPEA SIGUE UNA METÓDICA QUE HACE QUE SE LIBEREN AL CONSUMO ALIMENTOS SEGUROS (R CE Nº 854/2004). SE HAN RELAJADO (R CE Nº 219/2014) LOS CONTROLES EN CUANTO A MANIPULACIÓN DE CANALES Y VÍSCERAS PERO SE ENCUENTRA QUE ESTÁN AUMENTANDO LOS HALLAZGOS DE CISTICERCOSIS EN SU FORMA INFESTANTE EN VÍSCERAS, AUNQUE NO SE REVISEN ALGUNOS MÚSCULOS DE PREDILECCIÓN POR LAS LARVAS.

Objetivos

Conocer el incremento de hallazgos en matadero, orientar a posibles causas y soluciones, así como plantear incrementar el control actual a nivel de granja y matadero por parte de las Autoridades Competentes.

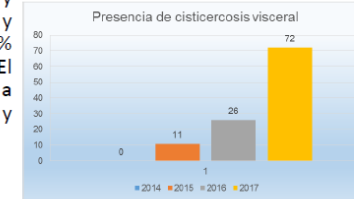
Método

Mediante recopilación de datos a lo largo de 4 años en matadero y haciendo un análisis de los programas antiparasitarios y de manejo de las explotaciones de origen.

Las explotaciones evaluadas están en las provincias de Huelva, Sevilla y Badajoz y representan un 80% de los animales. El resto pertenecen a Córdoba, Cáceres y Portugal.

Resultados

Se ha encontrado un incremento del 277% en 2017 con respecto a 2016 de hallazgos de matadero y de un 2400% con respecto a 2015.



Conclusiones


La cisticercosis se produce por ingestión de larvas de *Taenia solium* y tienen predilección por músculos maseteros. España tiene prevalencia moderada.

Las larvas que son sometidas a ahumado no mueren, por lo que es importante tener en cuenta la prevención e inspección como barreras.

En los últimos años ha habido un incremento notable de hallazgos de matadero, por lo que se tendría que estudiar la posibilidad de volver a la inspección postmortem de los animales previa a dicha modificación del reglamento. Se propone que ha de volver la incisión obligatoria de músculos maseteros ya que los procedimientos de inspección actuales, debidos a las modificaciones acaecidas, hacen que se reduzca la presión inspectora.

Comunicación Núm. 8. Percepción y satisfacción de las gestantes en cuanto a los consejos nutricionales durante el embarazo. Merino L, et al.

Comunicación Núm. 85. Repercusión en Salud Pública por incremento de cisticercos en porcino. Morales Capelo A, et al.



RESULTADOS EN EL CONTROL SANITARIO DE COMPLEMENTOS ALIMENTICIOS EN EL DISTRITO SANITARIO JAEN-JAEN SUR.

Hurtado Bejarano, G.; de la Rosa Millán, D.; Casañas Carrillo, M.C.;
Unidad de Protección de la Salud. Distrito Sanitario Jaén Sur.

CONTEXTO Y DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.

En 2016 se implantó el programa de control de complementos alimenticios en Andalucía. La razón de su puesta en marcha, aparte de las razones de seguridad alimentaria y protección de la salud, es el aumento de su consumo (incluyendo comercio vía Internet) y publicidad. Debido a estos productos, se ha producido un incremento importante de alertas alimentarias notificadas al sistema europeo RASFF (Sistema de Alerta Rápida para Alimentos y Piensos). En concreto 137 notificaciones desde el 1 de enero al 30 de septiembre de 2017

DESCRIPCIÓN Y OBJETIVOS DE LA INTERVENCIÓN PROPUESTA.

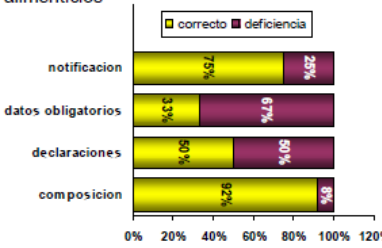
El programa de complementos alimenticios marca una serie de actuaciones de control sanitario sobre estos productos, estando enfocadas:

- 1.- Contribuir a la salud de los consumidores verificando la seguridad de estos productos.
- 2.- Garantizar que contienen la información alimentaria obligatoria, conforme y suficiente, veraz y comprensible para el consumidor final. Las declaraciones nutricionales y de propiedades saludables incluidas en los etiquetados deben ser las autorizadas.
- 3.- Verificar la conformidad de las notificaciones de puesta en el mercado de estos productos.
- 4.- Comprobar que los ingredientes y nutrientes que figuran en la composición tienen los niveles de seguridad exigibles y un origen contrastable.
- 5.- Controlar y subsanar los incumplimientos a su normativa.

PROCEDIMIENTO E INSTRUMENTOS DESARROLLADOS.

Se analizaron los etiquetados de 6 complementos alimenticios en el año 2016 y 6 en el año 2017 (en total 12), Comercializados parafarmacias y herboristerías. Las deficiencias que presentaron son:

- (1).- En la **notificación**: 3 de ellos no estaban notificados. Este es un requisito indispensable para poder comercializar estos productos
- (2).- En los **datos obligatorios del etiquetado**: 8 presentan deficiencias.
- (3).- En relación a **declaraciones nutricionales y de propiedades saludables**: 6 presentan un uso inadecuado de estas declaraciones o usan declaraciones no autorizadas.
- (4).- En la **composición**: Ninguno usa sustancias no autorizadas, pero un producto presenta niveles superiores a los permitidos para un nutriente en su composición



Categoría	correcto (%)	deficiencia (%)
notificación	75%	25%
datos obligatorios	33%	67%
declaraciones	50%	50%
composición	92%	8%

LECCIONES APRENDIDAS.

Un alto porcentaje de los complementos alimenticios analizados y comercializados, presenta algún tipo de deficiencia. Es necesario, para garantizar la salud pública y la defensa de los intereses legítimos de los consumidores, seguir controlando y verificando la extensa el mercado de los complementos alimenticios, actuando para que las empresas responsables cumplan la normativa.

Comunicación Núm. 168. Repercusión en Salud Pública por incremento de cisticercos en porcino. Hurtado Bejarano G, et al.

Repercusión de las intervenciones para la reducción de sodio dietético en la población

Autoras: Alba Illana Álvarez¹, Juana Rodríguez Garvín², Lucía Fátima Lara Leiva³.
Hospital Universitario Lozano Blesa⁴, Hospital San Juan de la Cruz de Úbeda (Jaén)⁵, Hospital Médico-Quirúrgico Jaén⁶.

OBJETIVOS

1. Evaluar la repercusión de las intervenciones para la reducción del sodio dietético en la población a partir de acciones gubernamentales.
2. Evaluar la repercusión diferencial de esas iniciativas mediante indicadores sociales.

MÉTODOLÓGIA

Revisión narrativa durante Febrero y Marzo de 2017 en las bases de datos: PUBMED, CUIDEN, CINAHL y COCHRANE. Pregunta de investigación: ¿Son eficaces las acciones gubernamentales en la reducción de sodio dietético en la población? Se empleó la combinación mediante operadores booleanos de los siguientes tesauros: "Dietary Sodium", "Legislation", "Food policy", "Health Promotion". Criterios de inclusión: estudios aleatorios en grupos, controlados pre y post y series de tiempo interrumpido y sin control pre y post que evaluaran la eficacia de las jurisdicciones gubernamentales para la reducción del sodio dietético en poblaciones de todas las edades. No se impusieron restricciones en base al idioma o antigüedad de la publicación. De 170 estudios encontrados, se seleccionaron 15 que cumplían criterio de inclusión.

RESULTADOS

- ♦ 5 de los estudios mostraron una disminución media en la ingesta diaria promedio por persona desde antes hasta después de la intervención, con una variación de 1,15g a 0,35g/día menos.
- ♦ 2 estudios mostraron un aumento medio de la ingesta de sal, con una variación de 1,66 a 0,80g/día más por persona.
- ♦ El resto de estudios no mostraron un cambio medio estadísticamente significativo.
- ♦ Las iniciativas propuestas en los estudios eran actividades de naturaleza estructural de intervenciones incorporadas y de componentes múltiples.
- ♦ El análisis cuantitativo de la repercusión diferencial por sexo solo se pudo calcular en 9 estudios. Para los hombres más de la mitad de las intervenciones mostraron una disminución en la ingesta de sal después de la intervención. En las mujeres, 3 intervenciones mostraron una disminución media estadísticamente significativa, 4 no mostraron ningún cambio y en 2 hubo un aumento significativo de la ingesta de sal.

CONCLUSIONES

Las iniciativas de los gobiernos pueden lograr reducciones de la ingesta de sal de la población, especialmente entre los hombres y en particular si emplean más de una estrategia. Se necesitan más estudios que avalen estas conclusiones.

BIBLIOGRAFÍA

1. McLaren L, Healdy B, Datto CJ, Treweek S, Campbell SM. A randomised observational study of socio-economic inequalities in dietary sodium consumption among Canadian adults: implications for national sodium reduction strategies. *International Journal for Equity in Health*. 2014; 13(1):44
2. Christensen AL, Sørensen G, Mørch C, Andersen A, Healdy B, Kristensen PL, et al. The Danish National Health Survey 2010: Study design and participant characteristics. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2010; 42:281-7.
3. Christensen G, Sørensen G, Tucker W, Dallmann A, Grunwaldt H, Volmink J, et al. Trends in food and nutritional intake of Danish adults from 1980 to 2007: results from the NCA survey. *British Journal of Nutrition*. 2010; 103: 1059-66
4. National Center for Disease Prevention and Control. A survey of 24 food and food safety-related and nutrition-related issues in a representative sample of the United States population. *Food Health Survey Unit*. 2007; 1-26
5. Wykes TA, Rothman A, Strasser SA. Reducing the population's sodium intake: the UK Food Standards Agency's salt reduction programme. *Public Health Nutrition*. 2012; 15(2):254-61



XI Jornadas de Salud Pública
Salud pública ante escenarios de futuro
Del 20 al 25 de noviembre / 2017

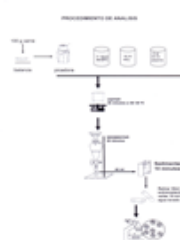
Comunicación Núm. 195. Repercusión de las intervenciones para la reducción de sodio dietético en la población. Illana Álvarez A, et al.

PRESENCIA DE TRIQUINA EN CERDOS SACRIFICADOS EN MATADERO. REVISIÓN EN EL A.G.S. OSUNA EN EL PERIODO 2014-16

Autores: Muñoz-Díaz, M²-del-P.; Navajas-Llamas, JM; Gómez-Reina, E.; Linares-Moreno, F;

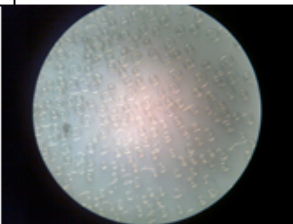
INTRODUCCIÓN
 La Triquinosis o triquinelosis es una zoonosis producida por el consumo de carne y productos cárnicos contaminados por larvas de distintas especies de parásitos del género Trichinella. En la Península Ibérica la principal especie productora es Trichinella spiralis, pero se han descrito otras especies como son: Trichinella britovi, Trichinella pseudospiralis, Trichinella nelsoni, Trichinella nativa, etc. Las especies que la transmiten y sirven de reservorios son animales carnívoros y omnívoros como son, fundamentalmente cerdo doméstico, jabalí, caballo, oso, cocodrilo, rata, etc. Es una enfermedad de declaración obligatoria. La Normativa de la CE obliga al control de todos los animales de abasto, para la detección de la presencia del parásito. Aparte de métodos de tratamiento térmico (congelación) que pueden destruir el parásito, para su detección se establece un método de referencia que consiste en la digestión de muestras de un colectivo de animales (100-115). REG (UE) 2015/1375 DE LA COMISIÓN de 10 de agosto de 2015 por el que se establecen normas específicas para los controles oficiales de la presencia de triquinas en la carne.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA
 Pretendemos conocer la presencia de esta parasitosis, en su diagnóstico en matadero, antes de liberar al consumo humano las carnes, en el periodo referenciado y en el ámbito descrito. Para ello comprobamos la cantidad de animales sacrificados, capaces de transmitir la enfermedad, la cantidad de Controles Oficiales realizados y la cantidad de resultados positivos encontrados. Así conoceremos la presencia de posibles infestaciones y el nivel de control sobre los animales sacrificados. Para ello analizamos los datos que se disponen en el A.G.S. Osuna.



RESULTADOS

AÑO	CERDOS SACRIFICADOS	CONTROLES REALIZADOS	CASOS POSITIVOS
2014	20999	20999	0
2015	20615	20615	0
2016	19100	19100	0





CONCLUSIONES
 Se evidencia que la cantidad de animales sacrificados está disminuyendo en el tiempo. También comprobamos que se investiga el 100% de los animales sacrificados, tal como establece la norma, aunque no aparecen explotaciones exentas de que se le realicen controles. Es cierto, que no aparece ningún caso positivo en los animales domésticos sacrificados para consumo humano. No hay presencia de cerdos salvajes (jabalíes) en esta zona. Es importante no bajar la guardia en estos controles ya que es un parásito que puede aparecer en cualquier momento y no presenta síntomas en los animales vivos que hagan sospechar la presencia de la infección.

Comunicación Núm. 254. Presencia de triquina en cerdos sacrificados en matadero. Revisión en el A.G.S. Osuna en el periodo 2014-16. Muñoz Díaz MP, et al.

ETIQUETADO NUTRICIONAL Y SEGURIDAD ALIMENTARIA

Autor 1, Isabel García González; Diplomada en enfermería Autor 2, Ana García González; Diplomada en fisioterapia. Autor 3, Francisco José Torres Úbeda; Técnico superior en radioterapia.

MARCO CONCEPTUAL Y/O ANALÍTICO:

La seguridad alimentaria permite que la población pueda acceder a tomar alimentos nutritivos e inocuos para su salud. A través del etiquetado de los alimentos, la población puede conocer cuáles son los ingredientes del producto y decidir si comprarlo o no, en función de sus necesidades alimentarias y sus problemas de salud.

OBJETIVOS:

- Revisar en la literatura científica las actualizaciones existentes sobre la seguridad alimentaria.
- Determinar cómo puede influir el etiquetado nutricional en la seguridad alimentaria de la población.

METODOLOGÍA:

Hemos realizado una revisión sistemática del tema desde 2011 hasta 2017. Se han incluido revisiones y reportes de casos en dos idiomas: inglés y castellano. Las bases consultadas han sido: CSIC, Dialnet, Medline y PubMed. Con descriptores: etiquetado de alimentos, nutrición, salud pública y seguridad alimentaria. Se seleccionan 12 artículos de los últimos seis años. Se han excluido los artículos de opinión y aquellos artículos en los que no se hablaba de la seguridad alimentaria y el etiquetado nutricional.

RESULTADOS:

Las revisiones consultadas determinan que el etiquetado de los alimentos es una herramienta muy importante para establecer una comunicación adecuada entre el consumidor y el productor. La etiqueta debe de incluir la composición, características, conservación, formas de preparación y la fecha de caducidad.

En el etiquetado, además, se debe de incluir: los aditivos, alérgenos, contenido de grasas, azúcares y el valor nutricional. De esta forma los alimentos son más seguros y se evita que con su ingesta aparezcan problemas de salud.

Los alimentos con un etiquetado falso o engañoso pueden ser un problema de salud pública. Existe una vigilancia importante para evitarlos.

CONCLUSIONES:

Podemos concluir que el etiquetado alimentario influye de manera positiva en la seguridad alimentaria. Ya que alerta a la población de los componentes de los alimentos.

Sin embargo, la población cada vez es más exigente y quiere obtener más información de los componentes y procedencia de los alimentos. Ya que son conscientes de como la alimentación influye en su salud, y se decantan por alimentos menos procesados y ecológicos.

Comunicación Núm. 319. Etiquetado nutricional y seguridad alimentaria. García González I, et al.

NO A LA COMIDA BASURA

AUTORES: Sonia Mª González Troya, Pedro Cruzado Río y Juan Antonio López Ramos.

INTRODUCCIÓN: La alimentación es uno de los aspectos más importantes y necesarios para el crecimiento y el buen desarrollo de nuestros hijos. Además los hábitos alimenticios que aprendemos en nuestra casa van a ser determinantes para nuestra vida futura. De ahí la gran importancia de una alimentación adecuada, teniendo en cuenta la actividad física y por tanto el gasto energético de nuestros hijos.

OBJETIVO: Demostrar al finalizar el estudio la importancia de una buena educación y relación entre la planificación y elaboración de una dieta equilibrada acompañada de un ejercicio físico son claves para la evitar el sobrepeso en infantil y adolescente disminuyendo el peso e IMC.

METODOLOGIA: Estudio analítico intervencional. Muestra con edad entre: 8 y 16 años. Muestra de 50 individuos, todos ellos con el mismo estilo de vida.

-Grupo experimental→25 individuos que pertenecen a un programa multidisciplinario donde se combinan la restricción dietética, el aumento de la actividad física, la educación nutricional y la modificación de conductas que constituyen los pilares de este estudio.

-Grupo control→25 individuos de la misma población, los cuales no pertenecen a ningún programa y no realizaremos ninguna modificación en su estilo de vida.

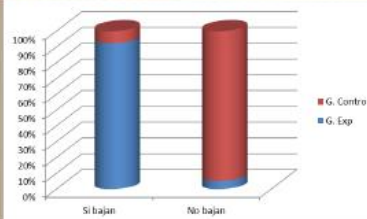
En ambos grupos habrá el mismo número de niñas y niños, cumpliendo todos los criterios de inclusión en el estudio.

- variable independiente→intervención, elaboración y realización de unos menús equilibrados y saludables con las madres que tienen un papel importante en este estudio. Ello conlleva cambiar la forma en que se alimentan prohibiendo la entrada de la "comida basura" y evitando que tengan una vida sedentaria. Ayudándolos y educándolos en un estilo de vida saludable, para ello realizaremos educación sanitaria directamente a 25 madres, recibiendo información nutricional.

Al inicio del estudio realizaremos una recogida de datos de cada individuo junto con sus madres del menú del mes, seguidamente pasaremos a anotar el sexo, peso, altura y calcularemos el IMC de los 50 individuos. Una vez recogidos todos los datos se realizará una intervención con las 25 madres del grupo experimental para elaborar unos menús basados en las leyes de una buena alimentación, teniendo como referencia la pirámide alimenticia y la modificación de las conductas que no son sanas.

Iniciado el estudio, semanalmente haremos una toma del peso, talla y cálculo del IMC. Estos controles se harán a lo largo de 3 meses a todos los individuos. Y compararemos las mediciones iniciales con las finales.

RESULTADOS: al finalizar el estudio, la variable del peso e IMC, un 95% de grupo experimental SI BAJA, frente a un 5% que NO BAJAN. Y dentro del grupo control, tenemos un 8% que SI disminuyen el peso y el IMC, frente a un 92% que NO modifican su peso e IMC.



CONCLUSIONES: Se corrobora el objetivo tras finalizar el estudio, se ha comprobado la disminución del peso e IMC en aquellos niños en los que era superior para su edad y talla, y a la vez observaremos que se mantiene el sobrepeso de los niños restante, los que no adquirieron unos buenos hábitos alimenticios. Concluimos que hay una gran relación entre el consumo de comida basura, con el aumento de peso e IMC.

BIBLIOGRAFIA:

- Material didáctico del curso Obesidad, Diagnóstico, Control y Tratamiento 2007.
- Obesidad Infantil: sus características antropométricas y bioquímicas. J.Pajueto, J.Rocca, M. Gamarro.
- Prevención y tratamiento de la obesidad infantil en atención primaria. Doctora Elena Alustize.

Alergias e intolerancias alimentarias en comedores escolares de la Z.B.S. de Coin



López Parra A., Berenguer Melero M.I., Jiménez Jiménez E.M., Pérez Aparicio J.
Facultativos de la Unidad de Protección de la Salud del Distrito Sanitario Málaga-Guadalhorce.

OBJETIVOS:

- Conocer la magnitud del problema de alergias e intolerancias alimentarias en los comedores escolares de un marco geográfico definido: zona básica de salud de Coin.
- Identificar los comedores escolares con alumnos que presentan alergias e intolerancias alimentarias (AIA).
- Describir y analizar el tipo de alergias e intolerancias alimentarias de los escolares que asisten a los comedores de sus centros educativos.

METODOLOGIA:

Estudio de carácter descriptivo de la totalidad de centros educativos (14 centros) de la zona básica de salud de Coin: 4 escuelas infantiles (todas de titularidad privada) y 10 colegios de educación infantil y primaria (9 de titularidad pública y 1 privada). Coincidiendo con las visitas de control sanitario durante el curso académico 2016-2017 se recogieron datos e información sobre los alumnos que utilizan el comedor, demanda de dietas especiales y finalmente, número de escolares y tipo de alergia e intolerancia alimentaria que presentan. La información fue procesada mediante el programa informático Microsoft Office Excel.

RESULTADOS:

Un total de 11 comedores escolares sirven menús especiales, lo que representa el 79% de los centros educativos de Coin. Conforme al tipo de centro, en 2 escuelas infantiles se sirven menús especiales (50%), mientras que la cifra en colegios de educación infantil primaria es de 9 (90%). En conjunto se sirven 1712 menús (151 en escuelas infantiles y 1561 en colegios), y 70 corresponden a menús especiales (4,1%). Por tipo de centros, 11 (7,3%) en escuelas y 59 (3,8%) en colegios. La causa más frecuente de menús especiales es por motivos religiosos (47 menús que representan 67%), seguido de por alergias e intolerancias (21 es decir 30%), y finalmente por otras causas (2 que representan 3%). Los problemas de alergias e intolerancias alimentarias se presentan con mayor frecuencia en los alumnos de los colegios (19 casos). En las escuelas infantiles sólo se detectan 2 casos de intolerancias a la leche y al gluten respectivamente. Por sexo, 12 casos (57%) corresponden a mujeres mientras que 9 (43%) a hombres. En cuanto al tipo de AIA, destaca la intolerancia al gluten (48%), alergia al huevo (24%), intolerancia a la lactosa (10%) y alergia a los frutos secos (10%).

DISCUSIÓN:

La información sobre alergias e intolerancias alimentarias en la población escolar andaluza es dispersa e incompleta. La II Encuesta nacional sobre comedores escolares aporta información escasa sobre nuestra región. No obstante, si comparamos los resultados obtenidos con la media nacional (2,8 % menús especiales, 50% de menús especiales por AIA), se deduce que son ligeramente superiores en su conjunto, aunque las AIA están presentes en menor porcentaje (4,1% menús especiales, 30% menús especiales por AIA). Otros trabajos obtienen un 3% de menús especiales, sobre todo en niños de 0-3 años (Barcelona) y un 5,22% en Madrid. En nuestro trabajo se obtuvo un 7,3% en alumnos de la misma edad, aunque no es representativo por la escasa magnitud de las cifras. En cuanto al tipo de AIA, también difieren los resultados obtenidos, pues otros trabajos evidencian la importancia de la intolerancia a la lactosa (17,3%) y al gluten (14%), y la alergia a frutas tropicales (17%).

Comunicación Núm. 378. No a la comida basura. González Troya SM, et al.

Comunicación Núm. 390. Alergias e intolerancias alimentarias en comedores escolares de la Z.B.S. de Coin. López Parra A, et al.

Gestión y control de riesgos relacionados con alergias e intolerancias alimentarias en comedores escolares de la Z.B.S. de Coín



López Parra A., Berenguer Melero M.I., Jiménez Jiménez E.M. Pérez Aparicio J.
Facultativos de la Unidad de Protección de la Salud del Distrito Sanitario Málaga-Guadalhorce.

OBJETIVOS:

- Identificar las medidas preventivas sobre alergias e intolerancias alimentarias (AIA) desarrolladas en los comedores escolares.
- Relacionar las medidas preventivas sobre AIA con el modelo de gestión del comedor escolar con el objeto de comprobar si existen diferencias estadísticamente significativas
- Evaluar la eficacia de las medidas preventivas sobre AIA en los comedores escolares.

METODOLOGÍA:

Estudio de carácter descriptivo de la totalidad de centros educativos (14 centros) de la zona básica de salud de Coín: 4 escuelas infantiles (todas de titularidad privada) y 10 colegios de educación infantil y primaria (9 públicos y 1 privado).
Coincidiendo con las visitas de control sanitario en el curso académico 2017-2018 se recogieron datos e información sobre el modelo de gestión del comedor escolar, así como de las medidas preventivas implementadas para el control de alérgenos.
La información fue procesada mediante el programa informático Microsoft Office Excel y Programa Estadístico R.

RESULTADOS:

- El modelo de gestión del comedor de los distintos centros educativos es el siguiente:
- Escuelas infantiles, 2 con modelo externo (catering) y 2 con cocina propia
- Colegios, 2 con modelo externo (catering), 4 con cocina propia interna y 4 con cocina externa
- En 11 comedores (79%) se sirven dietas especiales (menús alternativos) para alumnos con problemas de AIA.
- Todos los comedores excepto 1 tienen documentado en su sistema de autocontrol los riesgos por alérgenos (93%). Además, las fichas técnicas de las distintas comidas elaboradas, identifican los posibles alérgenos definidos en el marco normativo.
- Salvo en 1 colegio y 1 escuela infantil, en el resto existe una planificación semanal/mensual de menús especiales (86%).
- En 3 centros el personal manipulador no había recibido formación en materia de AIA (22%)
- Ningún comedor alcanza la implementación de 5 buenas prácticas preventivas (almacenaje, manipulación, personal, horario, y servicio diferenciados).

DISCUSIÓN:

- Aunque todos los centros desarrollan buenas prácticas preventivas para evitar contaminación cruzada, su implementación es desigual e insuficiente, sin encontrar diferencias significativas entre los centros que elaboran las comidas o los que contratan una empresa externa.
- Los comedores con gestión contratada tienen planificación de menús especiales (empresas grandes con técnicos especializados), circunstancia que no ocurre en centros con cocina propia. Este aspecto es importante pues se relaciona con improvisación.
- Los resultados confirman la necesidad de desarrollar programas de control oficial sobre control de riesgos relacionados con AIA en comedores escolares.

Comunicación Núm. 391. Gestión y control de riesgos relacionados con alergias e intolerancias alimentarias en comedores escolares de la Z.B.S. de Coín. López Parra A, et al.

PREVALENCIA En un matadero de Porcino DE MAL ROJO

Introducción

El proceso de inspección veterinaria en el matadero incluye la inspección ante-mortem y post-mortem que los animales que se sacrifican. Con la información obtenida se dictamina sobre el destino de la carne obtenida y su aptitud para el consumo humano, en función de los hallazgos anatomopatológicos observados en las canales.

La labor que realiza el facultativo veterinario es dictaminar que canales no son aptas para el consumo y razonar el peligro en virtud de la mejor evidencia científica, garantizando que sólo llegue al consumidor aquella que reúne las condiciones de calidad sanitaria y nutritiva adecuadas. El mal rojo o erisipela porcina es una enfermedad enzoótica del cerdo causada por el bacilo *Erysipelothrix rhusiopathiae*. En la inspección postmortem se observan eritemas de tipo cutáneo difuso de color rosado o morado en las orejas, cuello, vientre, muslos y nalgas. La forma más común en matadero se observan pápulas, ronchas o abones prominentes, de forma rectangular o romboidea, de diverso tamaño en la piel del animal. Estas lesiones son patognomónicas de la enfermedad. En los casos que se detecta la enfermedad se procede a la declaración de la no aptitud para el consumo humano y animal.

JIMÉNEZ JIMÉNEZ, E.M.¹;
CLÉRICO DORADO, F.¹;
LEDESMA BAENA, S.²;
MÉNDEZ SÁNCHEZ, A.³;
VALLEJO DÍAZ, P. ¹;
PÉREZ APARICIO J.¹

1. Facultativos Veterinarios de la Unidad de Protección de la Salud del Distrito Sanitario Málaga Guadalhorce; 2. Director de Calidad de la Industria Cármica FAMADESA; 3. Catedrático del Departamento de Anatomía y Anatomía Patológica Comparadas de la Facultad de Veterinaria de Córdoba.

Objetivos

Se pretende evaluar la frecuencia con que se presenta este tipo de decomisos y si existe un factor de tipo estacional

Metodología

Para realizar este estudio se ha utilizado el libro de registro del Control Oficial en un matadero industrial, a lo largo de tres años consecutivos (2014 a 2016) con el fin de comparar la prevalencia, por cada 100.000 cerdos sacrificados, de los casos a lo largo de tres años para ver si hay una variabilidad respecto al total de cada año y a cada mes en particular (estacionalidad).

Resultados

En el gráfico observamos una estacionalidad de la enfermedad, siendo mayor durante los meses de invierno y otoño. También podemos ver que la prevalencia de la enfermedad es muy baja, por debajo de 3 casos detectados por cada 100.000 cerdos sacrificados.

Si realizamos la comparativa de la prevalencia por cada 100.000 animales en los tres años, comprobándose que durante el año 2015 la prevalencia fue más baja que en los años 2014 y 2016.

Discusión

- Conforme a los datos obtenidos la prevalencia de lesiones detectadas en el matadero compatibles con mal rojo es muy baja, produciéndose un incremento de la misma durante los años 2015 y 2016.
- Existe un componente estacional de la enfermedad detectándose las lesiones durante los periodos de otoño e invierno.

Prevalencia/100.000 cerdos sacrificados

Mes	2014	2015	2016
Enero	2.0	2.0	2.0
Febrero	2.0	2.0	2.0
Marzo	2.0	2.0	2.0
Abril	2.0	2.0	2.0
Mayo	2.0	2.0	2.0
Junio	2.0	2.0	2.0
Julio	2.0	2.0	2.0
Agosto	2.0	2.0	2.0
Septiembre	2.0	2.0	2.0
Octubre	2.0	2.0	2.0
Noviembre	2.0	2.0	2.0
Diciembre	2.0	2.0	2.0
Enero	2.0	2.0	2.0

Comunicación Núm. 413. Prevalencia del Mal rojo en un matadero de porcino. Jiménez Jiménez EM, et al.

Demanda de dietas especiales en comedores escolares

INTRODUCCIÓN:

Las alergias e intolerancias alimentarias (AIA) son un problema de salud pública emergente que mantiene una tendencia creciente en los últimos años. En los comedores escolares son la principal causa de solicitud de menús o dietas especiales, muy por encima de por motivos religiosos u otras patologías. Así, la II Encuesta nacional sobre comedores escolares revela que un 2,8% del total de usuarios de comedores escolares demandan menús especiales, si bien la variabilidad de una región a otra es importante. Otros estudios en ámbitos más reducidos, ciudad de Barcelona o de Madrid, aportan cifras que oscilan entre el 3% y el 9,96% de escolares con AIA en los comedores de los centros educativos.

OBJETIVOS:

- Conocer la magnitud y características de las dietas especiales en los comedores escolares del Distrito Sanitario Valle del Guadalhorce durante el curso escolar 2016-2017.
- Estudiar de manera particular la demanda y el tipo de dietas especiales por alergias e intolerancias alimentarias (AIA) en estos centros escolares.
- Analizar el tipo de alergias e intolerancias alimentarias (AIA) en los centros educativos en estudio.

METODOLOGÍA:

Estudio descriptivo desarrollado en el ámbito del Distrito Sanitario Valle del Guadalhorce con una muestra representativa de 56 establecimientos (84% del censo) de los centros educativos pertenecientes a las Zonas Básicas de Salud de Alhaurín de la Torre, Coin y Cártama. El listado de centros se obtuvo a partir del censo del Control Oficial en la aplicación Albeqa. Se realizaron visitas de control sanitario oficial a los comedores de 56 centros (20 escuelas de educación infantil y 36 centros de educación infantil y primaria). Mediante un cuestionario específico, se procedió a la recogida de datos poblacionales de los propios centros y del alumnado para comprobar la demanda de menús especiales, así como del tipo de alergias e intolerancias alimentarias de los alumnos con dietas especiales. La información se procesó mediante el programa informático Microsoft Office Excel.

RESULTADOS:

El Distrito Sanitario cuenta con un censo de 67 comedores escolares. Se visitaron y realizó la encuesta en 56 centros (84%)

Respecto a los centros estudiados, 20 son escuelas infantiles con niños de edad comprendida entre los 0 y 3 años (36%), mientras que 36 corresponden a colegios de educación infantil y primaria (64%). En un total de 39 comedores escolares (70%) se demandan menús especiales.

Se sirven un total de 6839 menús diarios y 209 corresponden a menús especiales (3,1%): 138 por alergias e intolerancias alimentarias (66%), 55 por motivos religiosos (26%) y 16 por otros motivos (8%).

Las causas de menús especiales por alergias e intolerancias alimentarias más frecuentes fueron la intolerancia al gluten (32,9%), alergia a los frutos secos (15,7%), alergia al pescado (14,3%), intolerancia a la lactosa (13,7%), alergia/intolerancia al huevo (10,7%), alergia a las leguminosas (5%), alergia a diversos tipos de frutas (4,3%) y otras alergias (1,4%)

CONCLUSIONES:

La II Encuesta Nacional sobre Comedores Escolares presenta los siguientes resultados: 2,8 % de menús especiales, con cifras que oscilan entre el 5,6% en Aragón y el 0,5% en la Rioja. Nuestros resultados son ligeramente superiores a la media nacional (3,1%). Además, la Encuesta Nacional establece como causa más frecuente las alergias e intolerancias alimentarias (50%), de manera similar a nuestro trabajo donde alcanzan el 66%, es decir con un porcentaje muy superior. Otros trabajos desarrollados en la ciudad de Madrid obtienen porcentajes de menús especiales más altos: 9,96% en el distrito de Vicalvaro y 5,22% en el distrito de Hortaleza.

En cuanto al tipo de alergia e intolerancia alimentaria, un estudio previo realizado en la ciudad de Barcelona obtiene resultados distintos, pues sus causas principales son la intolerancia a la lactosa (17,3%), alergia a frutas cítricas y tropicales (17%), intolerancia al gluten (14%), alergia al huevo (12%) y alergia a frutos secos (8,4%).

Los datos obtenidos ponen de manifiesto la importancia de controlar los riesgos asociados a alérgenos en comedores escolares, así como a profundizar en el estudio y análisis de las causas que motivan la demanda de dietas especiales en los centros educativos.

Jiménez Jiménez E.M., Berenguer Melero M.I., López Parra A., Pérez Aparicio J. Facultativos de la Unidad de Protección de la Salud del Distrito Sanitario Málaga-Guadalhorce.

Comunicación Núm. 415. Demanda de dietas especiales en comedores escolares. Jiménez Jiménez EM, et al.

Modelo de Gestión en comedores escolares versus modelo de Control del Riesgo asociado a alérgenos

INTRODUCCIÓN:

Las alergias e intolerancias alimentarias (AIA) son un problema de salud pública emergente que mantiene una tendencia creciente en los últimos años. En los comedores escolares son la principal causa de solicitud de menús o dietas especiales, muy por encima de por motivos religiosos u otras patologías. Así, la II Encuesta nacional sobre comedores escolares revela que un 2,8% del total de usuarios de comedores escolares demandan menús especiales, si bien la variabilidad de una región a otra es importante. Otros estudios en ámbitos más reducidos, ciudad de Barcelona o de Madrid, aportan cifras que oscilan entre el 3% y el 9,96% de escolares con AIA en los comedores de los centros educativos. Los comedores escolares proporcionan menús especiales a los alumnos que sufren AIA. Para evitar que los alumnos sufran reacciones adversas por el consumo de alimentos que provoquen alergias o intolerancias. Es necesaria la gestión de los alérgenos por parte de los centros, con la integración de estos peligros dentro de su sistema de autocontrol.

OBJETIVOS:

- Conocer la implementación de controles y medidas preventivas destinadas a la gestión de alérgenos en comedores escolares.
- Relacionar las medidas preventivas del centro escolar con el tipo de comedor y su modelo de gestión.

METODOLOGÍA:

Estudio descriptivo desarrollado en el ámbito del Distrito Sanitario Valle del Guadalhorce con una muestra representativa de 56 establecimientos (84% del censo) de los centros educativos pertenecientes a las Zonas Básicas de Salud de Alhaurín de la Torre, Cártama y Coin. Los centros se seleccionaron a partir del censo del Control Oficial en la aplicación Albeqa. Sólo se obtuvieron datos de los comedores en los que sus responsables quisieron participar en el estudio. Se elaboró un cuestionario específico para recoger la información que fue procesada mediante el programa informático Microsoft Office Excel. Las visitas se realizaron durante el curso académico 2016-2017.

RESULTADOS:

La tabla 1 especifica el modelo de gestión del comedor de los distintos centros educativos:

	Edad censales	Cocina Propia	Sin Cocina Propia	Total
Escuela infantil	0-3 años	19	1	20
Colegio Público	3-12 años	10	20	30
Colegio Privado	3-12 años	4	2	6
Total		33	23	56

En el 82% de los comedores, los manipuladores han recibido formación específica relacionada con la gestión de alergias e intolerancias alimentarias (AIA), de forma específica o dentro de la formación de manipuladores de alimentos. Los manipuladores que no recibieron formación corresponden a centros con cocina propia.

Sólo el 14% de los comedores no tienen recogido los peligros de AIA dentro de su sistema de autocontrol. El 63% de los comedores disponen de las fichas técnicas de los alimentos que se sirven en las que se recogen los posibles alérgenos. También coinciden con el modelo de centros con cocina propia.

El 39,3% de los centros certifican a sus proveedores para evitar los peligros asociados a las AIA. El control de los alérgenos y sustancias que provocan intolerancias se realiza en un 32% con buenas prácticas de manipulación y procedimientos normalizados de trabajo, sólo un 14% no toma medidas preventivas para el control de alérgenos.

CONCLUSIONES:

Aunque la mayoría de los centros documenta e implanta un programa de control de alérgenos en el ámbito de su sistema de autocontrol y el personal manipulador ha recibido formación específica en un porcentaje amplio, el estudio evidencia la necesidad de desarrollar programas oficiales sobre el control de riesgos relacionados con AIA en comedores escolares.

La incorporación de mejoras se concentra sobre todo en centros con el modelo de cocina propia frente a los comedores sin cocina propia o gestión contratada.

Jiménez Jiménez E.M., Berenguer Melero M.I., López Parra A., Pérez Aparicio J. Facultativos de la Unidad de Protección de la Salud del Distrito Sanitario Málaga-Guadalhorce.

Comunicación Núm. 419. Modelo de gestión en comedores escolares versus modelo de Control de riesgo asociado a alérgenos. Jiménez Jiménez EM, et al.

INCIDENCIA

En un matadero de Porcino

DE CASOS DE ICTERICIA

Introducción

El proceso de inspección veterinaria en el matadero incluye la inspección ante-mortem y post-mortem que los animales que se sacrifican. Con la información obtenida se dictamina sobre el destino de la carne obtenida y su aptitud para el consumo humano. La labor que realiza el facultativo veterinario es dictaminar que canales no son aptas para el consumo y razonar el peligro en virtud de la mejor evidencia científica, garantizando que sólo llegue al consumidor aquella que reúna las condiciones de calidad sanitaria y nutritiva adecuadas. Los hallazgos de patología por los facultativos veterinarios durante la actividad de control oficial son diversos e implican el decomiso de las canales, de las que se dictaminan que son declaradas no aptas para el consumo humano. La ictericia es una anomalía que se caracteriza por la observación de coloración amarillenta en diferentes tejidos de la canal: piel, grasa, membranas serosas, ligamentos, tendones, arterias. Esta coloración está motivada por la infiltración de pigmentos biliares procedentes de una acumulación anormal en la sangre. Aunque puede haber varias causas, en los cerdos de crecimiento rápido suele ser de origen dietético debido a la deficiencia de proteínas, selenio y tocoferoles, así como al exceso de ácidos grasos insaturados. El resultado es el decomiso de la canal.

CLÉRICO DORADO, F.¹;
LEDESMA BAENA, S.²;
GIL TORIL M.D.¹;
VALLEJO DÍAZ, P.¹;

1. Facultativos Veterinarios de la Unidad de Protección de la Salud del Distrito Sanitario Málaga Guadalhorce;
 2. Director de Calidad de la Industria Cárnica FAMADESA;

Objetivos

Se pretende evaluar la frecuencia con que se presenta este tipo de decomisos, si ha evolucionado en el tiempo y si está ligada al factor estacional.

Metodología

Como muestra se ha tomado todos los decomisos por ictericia de un matadero industrial de porcino a lo largo de tres años consecutivos (2014 á 2016) con el fin de comparar la incidencia de los casos a lo largo de tres años para ver si hay una variabilidad significativa respecto al total de cada año y a cada mes en particular (estacionalidad).

Resultados

En la Tabla 1 se puede observar que no hay diferencia significativa en la frecuencia de presentación en los tres años. Apenas hay aumento o descenso en los casos, situándose entre 2-4 decomisos cada cien mil canales.

Año	Incidencia/100.000 animales
2014	3,23
2015	2,35
2.016	3,66

Tabla nº 1. Incidencia de ictericia por 100.000 cerdos sacrificados.

Tampoco se aprecian datos que muestren que haya relación entre la época del año y la frecuencia de decomisos por ictericia.

Casos de ictericia por cada 100.000 cerdos sacrificados

— 2014 — 2015 — 2.016

Discusión

- Los casos de decomisos por ictericia no se han visto incrementados a lo largo de estos tres años.
- Este tipo de ictericia no está ligada a la estacionalidad.

AREA SANITARIA
NORTE DE MALAGA

EVALUACION DE LA IMPLICACION EN LA SALUD

DE LOS CONSUMIDORES ALERGICOS EL SECTOR RESTAURACION

Autores: **Vázquez Corpas, M.A.; Torres Saura Vanessa, Pérez Giráldez, M.J.:**

El 13 de diciembre del 2014 se hizo aplicable el reglamento (UE) N° 1169/2011, de información alimentaria facilitada al consumidor. Este establecía que era obligatorio para todas las empresas alimentarias dar la información de sus alimentos, incluidos los que no estaban envasados, al respecto de "todo ingrediente o coadyuvante tecnológico que figure en el anexo II que cause alergias o intolerancias y se utilice en la fabricación o la elaboración de un alimento y siga estando presente en el producto acabado".

Esto supuso un impacto en el sector de la pequeña restauración, que debido a la baja formación generalizada y a los recursos económicos limitados, se vio desbordado por la situación. La AEOOSAN publicó una guía para la implantación de la información obligatoria al consumidor, y varias asociaciones hosteleras, publicaron sus propios modelos de creación de menús adaptados al Reglamento.

OBJETIVOS

GENERALES

Promover desde la UPS la implantación de la nueva normativa europea de etiquetado y el impacto positivo en Seguridad y Salud

ESPECÍFICOS

Impulsar la Protección de la Salud del consumidor
 Fomentar la sensación de seguridad de la persona vulnerable a estos alimentos.
 Establecer un sistema de comunicación entre la Administración y los inspeccionados, para que asuman el valor de la información demandada

MATERIAL Y MÉTODOS:

•Estudio descriptivo.

Estudio comparativo de las Inspecciones Basadas en Riesgo realizadas entre 2015 y 2016, dentro del marco de la información para alérgicos. Durante el 2015 existía la obligación de trasladar la información escrita y clara a los consumidores, y se informaba de las posibilidades de cómo conseguirla. Se les hizo ver a los restauradores el impacto en la Salud de los consumidores de una buena gestión de esta información. A su vez, se le trasladó modelo de documento para que les fuera más fácil saber lo que les solicitaba.

RESULTADOS:

Los resultados del año 2016 reflejaron un aumento en la información a nivel documental en los menús, con el consiguiente esfuerzo por parte de ellos. Pero siguen sin comprender por qué es necesaria esta información por lo que no existe implicación. Lo hacen por obligación.

En el caso de las Inspecciones Basadas en Riesgo en el que se les comprobó si llevaban detallada y escrita la información para alérgicos, se produjo un incremento del 90% entre el año 2015 y 2016. Sin embargo, una vez comprobada la información detallada y el grado de cumplimiento, se observó que los fallos en la información proporcionada eran del 70%.

Los fallos más recurrentes son:

- Falta de algún ingrediente alérgico en el menú
- Falta de comprobación de las etiquetas de ingredientes que a su vez, pueden llevar alérgicos.
- Presencia de ingredientes en la información que no son alérgicos (patata o maíz)

CONCLUSIONES

La verificación de los Servicios de Inspección del grado de implantación de la información alérgica sigue siendo muy necesaria, debido al bajo nivel de conocimientos de la pequeña restauración

AUSENCIA DE INFORMACION

FALTA INGREDIENTE SECUNDARIO

PRESENCIA DE INFORMACION FALLIDA

70%

FALLOS FALLIDOS EN MENÚ

Comunicación Núm. 440. Incidencia de casos de ictericia en un matadero de Porcino. Clérico Dorado F, et al.

Comunicación Núm. 530 Evaluación de la implicación en la salud de los consumidores alérgicos en el sector restauración. Vázquez Corpas MA, et al.

Índices



Índice por Mesas

Mesa	Título	Autoras/es	Núm. Comunicación
Acciones poblacionales vulnerables	Nivel de carga de hijos cuidadores cuyas madres padecen esquizofrenia.	Maldonado Santos S, et al.	12
Acciones poblacionales vulnerables	La facilitación de procesos de vida independiente a jóvenes con discapacidad.	Maldonado Santos S, et al	13
Acciones poblacionales vulnerables	Prematuro más oxigenoterapia, más incidencia de retinopatía.	Cruzado Río P, et al.	73
Acciones poblacionales vulnerables	El síndrome de Melkersson-Rosenthal. Una enfermedad rara con repercusión en salud publica oral.	García Rubio A.	79
Acciones poblacionales vulnerables	Camino de Santiago con pacientes de rehabilitación cardiaca.	García J, et al.	95
Acciones poblacionales vulnerables	¿Existe relación entre la malnutrición y la fragilidad en mayores de 70 años?	Gómez Guirao, F.	118
Acciones poblacionales vulnerables	Administracion de Vitamina A a recién nacidos a término en países en vías de desarrollo para la prevención de la mortalidad y la morbilidad.	Illana Álvarez A, et al.	197
Acciones poblacionales vulnerables	Sesiones de apoyo entre padres y madres de recién nacidos.	Estébanez Lucio N, et al.	220
Acciones poblacionales vulnerables	Candidat@s para rehabilitación cardiaca.	Gordito de la Cerca EM.	284
Acciones poblacionales vulnerables	Tríptico informativo de intervención fisioterápica domiciliaria en pacientes de 3ª edad.	González Rodríguez S, et al.	296

Mesa	Título	Autoras/es	Núm. Comunicación
Acciones poblacionales vulnerables	Beneficios en el paciente institucionalizado en centros sociosanitarios con la inclusión de las figuras del farmacéutico y técnico de farmacia a través del envío de medicación desde la farmacia hospitalaria.	Fernández Ruiz G, et al.	318
Acciones poblacionales vulnerables	Programa de vestido en personas con esclerosis múltiple secundaria progresiva.	Echávarri González R, et al.	344
Acciones poblacionales vulnerables	Salud Pública acuática en el trastorno del espectro autista, trabajo multidisciplinar para la adaptación al agua.	Casal Fernández J.	364
Acciones poblacionales vulnerables	Intervenciones de enfermería en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo II: Educación nutricional.	Tirado Herrera E, et al.	468
Acciones poblacionales vulnerables	Exposición perinatal al humo del tabaco y alteraciones respiratorias en la infancia.	Martínez Yébenes R, et al.	501
Cambio climático	Un cambio climático, un cambio de enfermedades.	Guillén Fernández I, et al.	147
Cambio climático	El cambio climático como objetivo prioritario en materia de salud pública.	Requena Mullor MM, et al.	160 E
Cambio climático	Cambio climático y su repercusión en la salud.	García González I, et al.	294
Cambio climático	Cambio climático y salud pública: causas, efectos sobre la salud y medidas de prevención y/o adaptación.	López Villén A, et al.	368
Cambio climático	Efectos del cambio climático y contaminación en la prevalencia de enfermedades respiratorias en la población.	Monje Alcázar I, et al.	382
Cambio climático	Exposición a bisfenol-A, parabenos y benzofenonas en una subcohorte de EPIC-España.	Salamanca-Fernández, et al.	407
Determinantes sociales	Efectividad de un programa de rehabilitación precoz en pacientes intervenidos de artroplastia de rodilla.	Carballo Camacho N, et al.	40
Determinantes sociales	Aumenta tu ejercicio físico si quieres bajar tus cifras de tensión arterial e IMC.	Cruzado Río P, et al.	72
Determinantes sociales	Yoga en el manejo del dolor crónico.	Carballo Camacho N, et al.	83
Determinantes sociales	Taller hábitos de vida saludable.	García J, et al.	93
Determinantes sociales	Promoción de la actividad física y salud desde la Atención Primaria.	Chvatova J., et al.	101

Mesa	Título	Autoras/es	Núm. Comunicación
Determinantes sociales	Síntomas climatéricos: ¿Es eficaz el uso de fitoestrógenos para su alivio?	Fernández Cabalín J, et al	110
Determinantes sociales	Causas de abandono de la lactancia materna.	Fernández Cabalín J, et al.	135
Determinantes sociales	enfermería en la deshabitación tabáquica.	Pérez Dionisio M, et al.	136 El papel de la
Determinantes sociales	Obesidad en el embarazo: papel de la matrona en su prevención.	Campos López MR, et al.	138
Determinantes sociales	Promoción de la salud desde la farmacia en pacientes adictos al tabaco.	Navarro Martínez C, et al	159
Determinantes sociales	Flexibilidad psicológica como factor de protección en la regulación emocional en la adolescencia.	Cobos Sánchez L, et al.	186
Determinantes sociales	Cómo nos influye psicológicamente nuestra implicación en el trabajo.	Alcaide García MD, et al..	189
Determinantes sociales	Ansiedad... ¿Por qué?	Ruiz Sánchez MA, et al..	203
Determinantes sociales	Ansiedad... ¿Por qué?	Ruiz Sánchez MA, et al..	249
Determinantes sociales	Actualización en nutrición durante el embarazo.	Ibáñez JR, et al..	250
Determinantes sociales	Alimentación complementaria dirigida por el bebé: baby led weaning.	Hidalgo Ruiz M, et al..	277
Determinantes sociales	Prevención de la osteoporosis: consumo de té.	Martínez Yébenes R, et al..	322
Determinantes sociales	Actuación de enfermería ante la obesidad: ¿Cómo conseguir reducir la prevalencia en un futuro?	Tirado Herrera E, et al..	350
Determinantes sociales	Embarazo ectópico: Factores de riesgo	Membrilla Beltrán L, et al..	377
Determinantes sociales	Medidas de calidad de vida relacionada con la salud reportadas por los pacientes en la práctica clínica del SSPA.	Rodríguez Barranco M, et al..	408

Mesa	Título	Autoras/es	Núm. Comunicación
Determinantes sociales	Preferencias de anticoncepción según el país de origen.	Martos López IM, et al..	448
Determinantes sociales	¿Por qué vacunar a mi hijo? Papel de las TIC en la educación sanitaria.	Fernández García F, et al.	465
Determinantes sociales	Prevención de lumbalgias mediante el método Pilates aplicados bajo la supervisión de un fisioterapeuta.	Romera Morcilla J, et al.	478
Determinantes sociales	Evaluación de la adherencia a la dieta mediterránea en los estudiantes de enfermería.	Pérez Rodríguez L.	483
Determinantes sociales	(Re)formulando la reunión de referentes de programas. Un ejemplo práctico: Jornadas de trabajo PIOBIN. D.S. Málaga-Guadalhorce.	Prieto García N.	516
Determinantes sociales	Plan Evacole en los comedores de gestión directa. Éxitos y carencias.	Vázquez Corpas MA, et al.	531
Epidemiología y vigilancia	¿Influye el tiempo de transcurrir en pacientes con cáncer de pulmón que utilizaron los servicios de radiodiagnóstico medicina nuclear y radioterapia?	Borrego Reina M, et al.	4
Epidemiología y vigilancia	Mutaciones de Resistencias a antirretrovirales en pacientes naive con Infección VIH.	Chamorro Arévalo MA, et al.	2
Epidemiología y vigilancia	¿Influyen las pruebas de diagnóstico en la supervivencia de los pacientes con cáncer de pulmón que utilizaron los servicios de radiodiagnóstico, medicina nuclear y radioterapia?	Borrego Reina M, et al	3
Epidemiología y vigilancia	¿Depende el estadio y la localización del tumor en la supervivencia de los pacientes con cáncer de pulmón que utilizaron los servicios de radiodiagnóstico, medicina nuclear y radioterapia?	Borrego Reina M, et al.	5
Epidemiología y vigilancia	DeRmatitis atópica. Herrera Aquillo C, et al.	Herrera Aquillo C, et al.	29
Epidemiología y vigilancia	Información notificada al INTYCF relativa a la composición de mezclas peligrosas	Rivas Arquillo MM, et al	67
Epidemiología y vigilancia	Vigilancia de la salud en trabajadores de compacto de cuarzo expuestos a la sílice cristalina.	Torregrosa Galera MI, et al.	106
Epidemiología y vigilancia	Inhalación de sílice cristalina en el mecanizado de compactos de cuarzo: medidas preventivas.	Torregrosa Galera MI et al.	108
Epidemiología y vigilancia	Formación e inhalación sobre los riesgos de inhalación de sílice cristalina en trabajadores de conglomerado de cuarzo.	Torregrosa Galera MI,et al.	109

Mesa	Título	Autoras/es	Núm. Comunicación
Epidemiología y vigilancia	Vacunación infantil a través de APP de Salud Responde.	Quero M, et al.	112
Epidemiología y vigilancia	Análisis estadístico de altas hospitalarias en España por EPOC en 2016 según código CIE 10 ES.	Pintor Luna RM, et al.	146
Epidemiología y vigilancia	La falta de adherencia al tratamiento farmacológico, obstáculo para mejorar la salud.	Navarro Martínez C, et al.	158
Epidemiología y vigilancia	Eficacia y vía de administración en la vacuna de la fiebre tifoidea.	Rodríguez Garvín MJ, et al.	212
Epidemiología y vigilancia	Brotos de enfermedades de transmisión hídrica en Andalucía durante los últimos 20 años.	Ortega Ruiz MF, et al.	222
Epidemiología y vigilancia	Estudio sobre el paludismo en el mundo. Período 2000-2015 según la OMS. CIE-10-ES.	Peña González A, et al.	230
Epidemiología y vigilancia	Descripción de los casos del brote de Hepatitis A que han sido diagnosticados en el Hospital Universitario Virgen de la Victoria.	Calderón Cid M, et al.	244
Epidemiología y vigilancia	Factores de riesgo en el desarrollo del vaginismo: Estudio de casos y controles.	Fadul Calderón R, et al.	285
Epidemiología y vigilancia	Epidemiología de las disfunciones gonadales en áreas de alta o baja exposición a plaguicidas.		309
Epidemiología y vigilancia	Estudio observacional analítico del número de ingresos con asma, producidos en España. Años 2014-2015. Codificación CIE 10-ES.	Pino Gallardo, S.	339
Epidemiología y vigilancia	Muestreo antigénico virus Orthomyxoviridae: A(H1N1), A(H3N2) y B Vigilancia epidemiológica. Revisión Bibliográfica.	García Villegas E, et al.	349
Epidemiología y vigilancia	Importancia de la prevención de la infección nosocomial por el personal sanitario.		358
Epidemiología y vigilancia	Proyecciones de incidencia de cáncer en Granada para 2017.	Redondo Sánchez D., et al.	409
Epidemiología y vigilancia	Supervivencia de los pacientes con cáncer en la Provincia de Granada en el periodo 2010-2013.	Sánchez Pérez MJ, et al.	410
Epidemiología y vigilancia	Evaluación del impacto de la comorbilidad en la supervivencia del cáncer: un estudio de base poblacional.	Luque Fernández MA, et al.	411

Mesa	Título	Autoras/es	Núm. Comunicación
Epidemiología y vigilancia	Incidencia de la bilirrubenia en recién nacidos.	Martos López IM, et al.	447
Epidemiología y vigilancia	El síndrome metabólico. Estudio de hospitalización en Andalucía.	González Lozano CI, et al.	449
Epidemiología y vigilancia	La importancia de la vacunación en el proceso sanitario.	López Millán A, et al.	460
Epidemiología y vigilancia	El virus zika como problema actual: Abordaje de nuevas vías de investigación.	Torreblanca Lozano MJ, et al.	466
Epidemiología y vigilancia	Uso de probióticos en el tratamiento y prevención de las alergias durante la etapa pre- y postnatal.	Giménez Asensio O, et al.	497
Epidemiología y vigilancia	Utilidad de la Vitamina D para la detección de la enfermedad cardiovascular y relación con el metabolismo óseo.	Auzmendi Rodríguez N, et al.	499
Epidemiología y vigilancia Epidemiología y vigilancia	El cáncer de pulmón. Relación del estadio y el primer síntoma.	Delgado Arroniz L, et al.	42
Estudios de prospectiva	Alternativas no farmacológicas para alivio del dolor durante el parto.	Maldonado Santos S, et al.	61
Estudios de prospectiva	Cómo mejorar la experiencia de los pacientes ante una polisomnografía.	Delgado Lozano C, et al.	62
Estudios de prospectiva	Prioridades de la investigación biomédica y sus puntos de mira.	García Vílchez BM, et al.	63
Estudios de prospectiva	Riesgo para la salud pública del brazo hemipléjico de los pacientes con accidente cardiovascular y las transferencias del celador.	Casal Fernández J, et al.	360
Estudios de prospectiva	Posibles nuevos escenarios en odontología de Atención Primaria: aplicación de la tecnología láser. Revisión bibliográfica.	Bejarano-Ávila G, et al.	366
Evaluación del impacto en salud	Intervención fisioterapéutica en las patologías respiratorias susceptibles de trasplante y sus repercusiones.	Castellano López MJ, et al.	246
Evaluación del impacto en salud	Kristeller: La maniobra invisible.	Molina García L, et al.	278

Mesa	Título	Autoras/es	Núm. Comunicación
Evaluación del impacto en salud	El hierro durante los primeros seis meses de vida.	Lara Leiva LF, et al	335
Genómica	Robot Da Vinci.	Vela Cuevas M, et al.	248
Genómica	Ventajas de un sistema de gestión electrónica para medicamentos en investigación (ensayos clínicos).	Fernández Ruiz G, et al.	253
Genómica	Búsqueda de marcadores genéticos para cribado de enfermedad cardiovascular en pacientes con diabetes mellitus tipo 2.	Pérez Bartivas D, et al	320
Genómica	El saber del genoma humano en Salud Pública.	Ruiz Padilla MG, et al.	406
Genómica	Alteraciones en la expresión de lncRNA en adenocarcinoma de pulmón.	Arenas Molina A, et al.	489
Genómica	Perfil de microARNs exosomales como herramienta diagnóstica y pronóstica en el cáncer de mama	Rodríguez Martínez A, et al	510
Innovación en Salud Pública	Análisis de los grupos de investigación, estructuras estables de investigación cooperativa y ensayos clínicos en el Sistema de Salud Público Andaluz (SSPA), años 2008 y 2014.	Peña González A, et al.	233
Innovación en Salud Pública	Innovación en las primeras revisiones de Niño Sano: aplicación de técnicas craneosacras en recién nacidos asintomáticos.	Ortega Pérez S, et al.	275
Innovación en Salud Pública	Acceder a la historia clínica en línea con ClicSalud.	Espinar Martínez JM, et al.	280
Innovación en Salud Pública	Distrofia muscular y arteterapia en el niño.	Santiago Tejero C, et al	299
Innovación en Salud Pública	Beneficio económico y satisfacción con el nuevo modelo de dispensación de medicamentos en los centros sociosanitarios desde las farmacias hospitalarias.	Fernández Ruiz G, et al.	316
Innovación en Salud Pública	Sistemas básicos de modelos en salud pública.	Torres Úbeda FJ, et al.	321
Innovación en Salud Pública	Realidad virtual: terapia eficaz en niños oncológicos hospitalizados.	Santiago Tejero C, et al.	333
Innovación en Salud Pública	Un modelo de trabajo para la salud pública.	Pezzi Cereto MA, et al.	500
Organización de los servicios de salud	Prevención de lesiones musculoesqueléticas en los celadores de una unidad de fisioterapia.	Carballo Camacho M, et al.	17
Organización de los servicios de salud	El Servicio de Atención a la Ciudadanía: recogida y verificación de datos de facturación a terceros en 2016 en el Servicio de Urgencias.	García Salguero MI, et al.	31

Mesa	Título	Autoras/es	Núm. Comunicación
Organización de los servicios de salud	La importancia de la adecuada higiene de manos en un centro hospitalario.	Chvatova J, et al.	70
Organización de los servicios de salud	Efectos del mal aliento en la salud de los pacientes que lo padecen y su abordaje odontológico.	García Rubio A, et al.	81
Organización de los servicios de salud	La actividad física como factor protector frente a problemas de salud pública en el dentista.	García Rubio A, et al.	82
Organización de los servicios de salud	Abordaje de las homeopatías congénitas en salud pública oral.	García Rubio A, et al.	84
Organización de los servicios de salud	El TCAE en equipo multidisciplinar con el paciente psicogerátrico.	Olivares Carmona MI, et al.	103
Organización de los servicios de salud	El uso de la espirometría con el fin de reducir el tabaquismo.	Chvatova J, et al.	107
Organización de los servicios de salud	Implementación de activos en salud comunitarios por el fisioterapeuta de Atención Primaria.	Aranda García FJ, et al.	119
Organización de los servicios de salud	Conciliación de la medicación en la Unidad de Hospitalización del HAR Guadix.	Velasco Niño B, et al.	132
Organización de los servicios de salud	Seguimiento telefónico de los pacientes tras el alta hospitalaria.	Muñoz Martín R, et al.	133
Organización de los servicios de salud	Caso clínico de diabetes mellitus tipo 2..	Gómez Rodríguez E, et al	152
Organización de los servicios de salud	Eficiencia de la enfermería en la gestión oncológica.	Gómez Rodríguez E, et al.	154

Mesa	Título	Autoras/es	Núm. Comunicación
Organización de los servicios de salud	El uso de la hoja gráfica de medicación para pacientes ancianos.	Chvatova J, et al.	163
Organización de los servicios de salud	Estrategia de gestión para la mejora de la calidad asistencia: logística hospitalaria.	Muñoz Zamora R, et al.	192
Organización de los servicios de salud	Medicación con nombre similar: prevención de errores.	Armenteros Berral MM, et al.	193
Organización de los servicios de salud	Uso recurrente de la mascarilla de CPAP y cuidados enfermeros.	Chvatova J, et al.	196
Organización de los servicios de salud	Manejo de la anquiloglosia por parte de la matrona en la Consulta de Atención Primaria.	Quirós Muriel C, et al.	209
Organización de los servicios de salud	Cuidados de enfermería en pacientes con hipertensión arterial.	Hernández Castillo M, et al.	227
Organización de los servicios de salud	Programa de fomento del autocuidado bucodental realizado por el Servicio Andaluz de Salud en colaboración con asociaciones de personas frágiles.	Bejarano Ávila G, et al.	240
Organización de los servicios de salud	Consulta telefónica. Abandonando las tareas burocráticas de la consulta.	Aranda Lara FJ, et al.	242
Organización de los servicios de salud	Hemorragia posparto: actuación en equipo.	Ibáñez JR, et al.	255
Organización de los servicios de salud	Información y notificación de problemas en el sistema de registro.	Alcaide Lucena C, et al.	256
Organización de los servicios de salud	Asegurar la actividad de un hospital mejorando sus instalaciones.	Alcaide Lucena C, et al.	259

Mesa	Título	Autoras/es	Núm. Comunicación
Organización de los servicios de salud	Utilización y estudio de medidas para el cuidado de la espalda de los profesionales sanitarios.	Alcaide Lucena C, et al.	260
Organización de los servicios de salud	Innovando en el puerperio: la consulta telefónica.	Molina García L, et al.	276
Organización de los servicios de salud	Servicio de Atención al Ciudadano. Peticiones de historias clínicas en el Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez.	Almagro Calzada M, et al.	283
Organización de los servicios de salud	La profesionalidad del técnico en documentación sanitaria.	Moreno Lucena D, et al.	295
Organización de los servicios de salud	El celador en fibrosis quística.	Casal Fernández J..	301
Organización de los servicios de salud	Funciones del celador en la Sala de Fisioterapia, riesgos para la salud pública del paciente.	Casal Fernández J.	303
Organización de los servicios de salud	Satisfacción laboral.	Moreno Ortega JA, et al.	327
Organización de los servicios de salud	Estudio observacional analítico del número de trasplantes renales en Andalucía. Año 2014-2016. Codificación CIE-10-ES.	Marín Fernández JM, et al.	337
Organización de los servicios de salud	Análisis comparativo del número de trasplantes de córnea llevados a cabo en España. Años 2014 y 2016. Codificación CIE-10-ES.	Pino Gallardo S, et al.	338
Organización de los servicios de salud	Cómo hacer frente al mobbing por el profesional sanitario.	Reyes Gutiérrez MJ, et al.	355
Organización de los servicios de salud	Inducción de parto en mujeres con cesárea anterior.	Fernández Valero MJ, et al.	356

Mesa	Título	Autoras/es	Núm. Comunicación
Organización de los servicios de salud	Riesgos ergonómicos en centros sanitarios.	Reyes Gutiérrez MJ, et al.	361
Organización de los servicios de salud	Profesionales de la Medicina Preventiva y Salud Pública.	García Vílchez BM, et al.	370
Organización de los servicios de salud	La ansiedad en la Consulta de Odontología con Cuestionario STAI.	Reyes-Gilabert E, et al.	412
Organización de los servicios de salud	Historia clínica electrónica y Diraya.	Pintor Luna RM, et al.	445 al
Organización de los servicios de salud	El uso de la bañera obstétrica en el alivio del dolor de parto. Un estudio descriptivo.	Herrera Gómez A, et al.	461
Organización de los servicios de salud	La lesión perineal grave: ¿Cómo prevenirla?.	Moya Amézcuca AB, et al	492
Organización de los servicios de salud	Análisis modal de fallos y efectos del proceso prescripción, preparación y administración de citostáticos.	Navarro Moro I, et al.	513
Organización de los servicios de salud	Cambios producidos en el puerperio y evolución.	Fernández Gómez C, et al.	514
Participación ciudadana	Jornadas de salud: enseñando RCP.	García J, et al.	74
Participación ciudadana	Prevención de la patología oral relacionada con el tabaquismo en Atención Primaria.	García Rubio A, et al.	80
Participación ciudadana	Por un aumento de la lactancia materna.	García J, et al.	92
Participación ciudadana	Estrategias para mejorar la adherencia al tratamiento terapéutico.	Guerrero Cruz B, et al.	231

Mesa	Título	Autoras/es	Núm. Comunicación
Participación ciudadana	Jornadas de Salud. Iniciativa ampliada en el área.	Carbajo Martín L, et al.	232
Participación ciudadana	La valoración del usuario a la hora de escoger hospital.	Alcaide García MD, et al.	270
Participación ciudadana	El bosque de la salud.	Gordillo de la Cerda EV.	281
Participación ciudadana	Salvar vidas desde niño.	Moreno Ortega JA, et al.	326
Participación ciudadana	Radiaciones ionizantes en su justa medida. Experiencia de trabajo coordinado entre Atención Primaria, la Unidad de Radiodiagnóstico y la ciudadanía.	Carbajo Martín L, et al.	343
Participación ciudadana	Radiaciones ionizantes en su justa medida. Experiencia de trabajo coordinado entre Atención Primaria, la Unidad de Radiodiagnóstico y la ciudadanía.	Carbajo Martín L, et al.	367
Participación ciudadana	Ley 42/2010, de 30 de diciembre: medidas sanitarias frente al tabaquismo.	Plata Luna E, et al.	392
Participación ciudadana	Primeros auxilios y los conocimientos del profesorado.	Carrasco Racero MM, et al.	451
Participación ciudadana	Valoración de un programa de educación para la salud en dieta sin gluten para escolares.	Carrasco Racero MM, et al.	453
Salud ambiental y entornos saludables	Xenoestrógenos y patologías materno-infantiles.	García González J, et al.	91
Salud ambiental y entornos saludables	La formación del personal de piscinas y otras instalaciones deportivas en la prevención de riesgos para la salud de los usuarios.	Casañas Carrillo MC, et al.	267
Salud ambiental y entornos saludables	Protocolo de autocontrol en piscinas de uso público: experiencia de labor informativa para facilitar su implantación.	Casañas Carrillo MC, et al.	307
Salud ambiental y entornos saludables	Control de la información suministrada en la compraventa de productos químicos por Internet.	De la Rosa Millán D, et al.	311

Mesa	Título	Autoras/es	Núm. Comunicación
Salud ambiental y entornos saludables	Actuación sanitaria para la disminución de la infección nosocomial.	Huerta González N, et al.	504
Seguridad alimentaria	Percepción y satisfacción de las gestantes en cuanto a los consejos nutricionales durante el embarazo.	Merino L, et al.	8
Seguridad alimentaria	Repercusión en Salud Pública por incremento de cisticercos en porcino.	Morales Capelo A, et al.	85
Seguridad alimentaria	Repercusión en Salud Pública por incremento de cisticercos en porcino.	Hurtado Bejarano G, et al.	168
Seguridad alimentaria	Repercusión de las intervenciones para la reducción de sodio dietético en la población.	Illana Álvarez A, et al.	195
Seguridad alimentaria	Presencia de triquina en cerdos sacrificados en matadero. Revisión en el A.G.S. Osuna en el periodo 2014-16.	Muñoz Díaz MP, et al.	254
Seguridad alimentaria	Etiquetado nutricional y seguridad alimentaria.	García González I, et al.	319
Seguridad alimentaria	No a la comida basura.	González Troya SM, et al.	378
Seguridad alimentaria	Alergias e intolerancias alimentarias en comedores escolares de la Z.B.S. de Coín.	López Parra A, et al.	390
Seguridad alimentaria	Gestión y control de riesgos relacionados con alergias e intolerancias alimentarias en comedores escolares de la Z.B.S. de Coín.	López Parra A, et al.	391
Seguridad alimentaria	Prevalencia del Mal rojo en un matadero de porcino.	Jiménez Jiménez EM, et al.	413
Seguridad alimentaria	Demanda de dietas especiales en comedores escolares.	Jiménez Jiménez EM, et al.	415
Seguridad alimentaria	Modelo de gestión en comedores escolares versus modelo de Control de riesgo asociado a alérgenos.	Jiménez Jiménez EM, et al.	419
Seguridad alimentaria	Incidencia de casos de ictericia en un matadero de Porcino.	Clérico Dorado F, et al.	440
Seguridad alimentaria	Evaluación de la implicación en la salud de los consumidores alérgicos en el sector restauración.	Vázquez Corpas MA, et al.	530

Mesa	Título	Autoras/es	Núm. Comunicación
TICs	Aplicaciones móviles de salud: Avanzando hacia el futuro.	Alcaide García MD, et al.	36
TICs	Gestión virtual de consultas quirúrgicas.	Armenteros Berral MM, et a	38
TICs	Introducción y dificultades en la implantación de las tecnologías de la información y la comunicación en la función asistencial.	López Villén A, et al.	111
TICs	Alergia: Información y control de síntomas a través de APP de Salud Responde.	Ramos Rodríguez MB, et al.	114
TICs	Impacto de las tecnologías de la información y la comunicación sobre el paciente crónico. Una revisión sistemática..	López de Miguel C, et al	141
TICs	Panorama actual de las publicaciones internacionales indexadas en PubMed sobre la m-salud en el ictus.	Torres-Pascual C, et al.	142
TICs	Las aplicaciones móviles en salud, un futuro muy presente.	Guillén Fernández J, et al.	148
TICs	Intervención para el bienestar emocional y resiliencia en diálisis pediátrica a través de realidad virtual; un estudio de caso.	Flujas Contreras JM, et al.	184
TICs	Desarrollo de una aplicación móvil para la parentalidad positiva (SIVAE).	Flujas Contreras JM, et al.	185
TICs	Estudio de usabilidad y aceptabilidad de la Academia Espacial: un programa de bienestar emocional y resiliencia basado en Realidad Virtual.	Flujas Contreras JM, et al.	187
TICs	Validación preliminar del cuestionario de aceptación parental (6PAQ).	Flujas Contreras JM, et al.	188
TICs	Aplicaciones de móviles en salud. Recordamed.	Vela Cueva M, et al.	191
TICs	La salud a través de Internet.	Ruiz Sánchez MA, et al.	204
TICs	Salud Responde.	Ruiz Sánchez MA, et al.	205
TICs	Formación continuada en Atención Primaria	Fuentes Pérez A, et al.	206
TICs	La cibersalud.	Fuentes Pérez A, et al.	207
TICs	Tecnología de información y comunicación.	Fuentes Pérez A, et al.	208
TICs	Modelo de implantación progresiva de la historia de la salud informatizada.	Armenteros Berral JD, et al.	213
TICs	Uso integrado de las nuevas tecnologías y aplicaciones corporativas para la mejora de las competencias profesionales.	Armenteros Berral JD, et al.	214
TICs	Empleo tecnologías para favorecer el acceso a centros hospitalarios.	Armenteros Berral JD, et al.	216
TICs	TIC como instrumento de dirección de las solicitudes de ortoprótesis derivado de hospitales concertados.	Armenteros Berral JD, et al.	217

Mesa	Título	Autoras/es	Núm. Comunicación
TICs	Análisis de la actividad del centro de gestión de servicios TIC en el Servicio Andaluz de Salud. Periodo 2009-2013.	Torres Calvo MC, et al.	224
TICs	Salud pública y aplicación móvil en fisioterapia domiciliaria.	Sánchez Moreno AB, et al.	238
TICs	La sanidad electrónica. La transformación del modelo sanitario actual.	Fernández Ruiz G, et al.	258
TICs	Acceso a la historia clínica en el Hospital Carlos Haya.	Moreno Lucena D, et al.	293
TICs	La importancia de las TICs en la optimización y eficiencia en el diagnóstico clínico.	Gálvez Castro J, et al	315
TICs	Presentación y análisis del novedoso módulo de ayuda a la codificación (MAC) con CIE-10.	Gutiérrez Moreno D, et al.	397
TICs	La diabetes mellitus y las apps. Carrasco	Racero MA, et al.	452
TICs	Teleasistencia domiciliaria. ¿Influye en la calidad de vida de nuestros mayores?	Montoro Ortiz M, et al.	456
TICs	TIC en la consulta de Atención Primaria.	Montoro Ortiz M, et al.	458
TICs	TIC en la consulta de Atención Primaria.	Montoro Ortiz M, et al.	474
TICs	La e-salud o e-health.	Huerta González N.	507
TICs	Aplicaciones del big data como herramienta para mejorar la salud pública.	Llanes Fernández de la Cueva G, et al.	526

Índice por Títulos

Mesa	Título	Autoras/es	Núm. Comunicación
Organización de los servicios de salud	Abordaje de las homeopatías congénitas en salud pública oral.	García Rubio A, et al.	84
Innovación en Salud Pública	Acceder a la historia clínica en línea con ClicSalud.	Espinar Martínez JM, et al.	280
TICs	Acceso a la historia clínica en el Hospital Carlos Haya.	Moreno Lucena D, et al.	293
Determinantes sociales	Actuación de enfermería ante la obesidad: ¿Cómo conseguir reducir la prevalencia en un futuro?	Tirado Herrera E, et al..	350
Salud ambiental y entornos saludables	Actuación sanitaria para la disminución de la infección nosocomial.	Huerta González N, et al.	504
Determinantes sociales	Actualización en nutrición durante el embarazo.	Ibáñez JR, et al..	250
Acciones poblacionales vulnerables	Administración de Vitamina A a recién nacidos a término en países en vías de desarrollo para la prevención de la mortalidad y la morbilidad.	Illana Álvarez A, et al.	197
TICs	Alergia: Información y control de síntomas a través de APP de Salud Responde.	Ramos Rodríguez MB, et al.	114
Seguridad alimentaria	Alergias e intolerancias alimentarias en comedores escolares de la Z.B.S. de Coín.	López Parra A, et al.	390
Determinantes sociales	Alimentación complementaria dirigida por el bebé: baby led weaning.	Hidalgo Ruiz M, et al..	277
Genómica	Alteraciones en la expresión de lncRNA en adenocarcinoma de pulmón.	Arenas Molina A, et al.	489
Estudios de prospectiva	Alternativas no farmacológicas para alivio del dolor durante el parto.	Maldonado Santos S, et al.	61
Organización de los servicios de salud	Análisis comparativo del número de trasplantes de córnea llevados a cabo en España. Años 2014 y 2016. Codificación CIE-10-ES.	Pino Gallardo S, et al.	338

Mesa	Título	Autoras/es	Núm. Comunicación
TICs	Análisis de la actividad del centro de gestión de servicios TIC en el Servicio Andaluz de Salud. Periodo 2009-2013.	Torres Calvo MC, et al.	224
Innovación en Salud Pública	Análisis de los grupos de investigación, estructuras estables de investigación cooperativa y ensayos clínicos en el Sistema de Salud Público Andaluz (SSPA), años 2008 y 2014.	Peña González A, et al.	233
Epidemiología y vigilancia	Análisis estadístico de altas hospitalarias en España por EPOC en 2016 según código CIE 10 ES.	Pintor Luna RM, et al.	146
Organización de los servicios de salud	Análisis modal de fallos y efectos del proceso prescripción, preparación y administración de citostáticos.	Navarro Moro I, et al.	513
Determinantes sociales	Ansiedad... ¿Por qué?	Ruiz Sánchez MA, et al..	203
Determinantes sociales	Ansiedad... ¿Por qué?	Ruiz Sánchez MA, et al..	249
TICs	Aplicaciones de móviles en salud. Recuerdamed.	Vela Cueva M, et al.	191
TICs	Aplicaciones del big data como herramienta para mejorar la salud pública.	Llanes Fernández de la Cueva G, et al.	526
TICs	Aplicaciones móviles de salud: Avanzando hacia el futuro.	Alcaide García MD, et al.	36
Organización de los servicios de salud	Asegurar la actividad de un hospital mejorando sus instalaciones.	Alcaide Lucena C, et al.	259
Determinantes sociales	Aumenta tu ejercicio físico si quieres bajar tus cifras de tensión arterial e IMC.	Cruzado Río P, et al.	72
Innovación en Salud Pública	Beneficio económico y satisfacción con el nuevo modelo de dispensación de medicamentos en los centros sociosanitarios desde las farmacias hospitalarias.	Fernández Ruiz G, et al.	316
Acciones poblacionales vulnerables	Beneficios en el paciente institucionalizado en centros sociosanitarios con la inclusión de las figuras del farmacéutico y técnico de farmacia a través del envío de medicación desde la farmacia hospitalaria.	Fernández Ruiz G, et al.	318
Epidemiología y vigilancia	Brotos de enfermedades de transmisión hídrica en Andalucía durante los últimos 20 años.	Ortega Ruiz MF, et al.	222
Genómica	Búsqueda de marcadores genéticos para cribado de enfermedad cardiovascular en pacientes con diabetes mellitus tipo 2.	Pérez Bartivas D, et al	320

Mesa	Título	Autoras/es	Núm. Comunicación
Cambio climático	Cambio climático y salud pública: causas, efectos sobre la salud y medidas de prevención y/o adaptación.	López Villén A, et al.	368
Cambio climático	Cambio climático y su repercusión en la salud.	García González I, et al.	294
Organización de los servicios de salud	Cambios producidos en el puerperio y evolución.	Fernández Gómez C, et al.	514
Acciones poblacionales vulnerables	Camino de Santiago con pacientes de rehabilitación cardiaca.	García J, et al.	95
Acciones poblacionales vulnerables	Candidat@s para rehabilitación cardiaca.	Gordito de la Cerca EM.	284
Organización de los servicios de salud	Caso clínico de diabetes mellitus tipo 2..	Gómez Rodríguez E, et al	152
Determinantes sociales	Causas de abandono de la lactancia materna.	Fernández Cabalín J, et al.	135
Organización de los servicios de salud	Cómo hacer frente al mobbing por el profesional sanitario.	Reyes Gutiérrez MJ, et al.	355
Estudios de prospectiva	Cómo mejorar la experiencia de los pacientes ante una polisomnografía.	Delgado Lozano C, et al.	62
Determinantes sociales	Cómo nos influye psicológicamente nuestra implicación en el trabajo.	Alcaide García MD, et al..	189
Organización de los servicios de salud	Conciliación de la medicación en la Unidad de Hospitalización del HAR Guadix.	Velasco Niño B, et al.	132
Organización de los servicios de salud	Consulta telefónica. Abandonando las tareas burocráticas de la consulta.	Aranda Lara FJ, et al.	242
Salud ambiental y entornos saludables	Control de la información suministrada en la compraventa de productos químicos por Internet.	De la Rosa Millán D, et al.	311

Mesa	Título	Autoras/es	Núm. Comunicación
Organización de los servicios de salud	Cuidados de enfermería en pacientes con hipertensión arterial.	Hernández Castillo M, et al.	227
Seguridad alimentaria	Demanda de dietas especiales en comedores escolares.	Jiménez Jiménez EM, et al.	415
Epidemiología y vigilancia	Depende el estadio y la localización del tumor en la supervivencia de los pacientes con cáncer de pulmón que utilizaron los servicios de radiodiagnóstico, medicina nuclear y radioterapia?	Borrego Reina M, et al.	5
Epidemiología y vigilancia	DeRmatitis atópica. Herrera Aquillo C, et al.	Herrera Aquillo C, et al.	29
TICs	Desarrollo de una aplicación móvil para la parentalidad positiva (SIVAE).	Flujas Contreras JM, et al.	185
Epidemiología y vigilancia	Descripción de los casos del brote de Hepatitis A que han sido diagnosticados en el Hospital Universitario Virgen de la Victoria.	Calderón Cid M, et al.	244
Innovación en Salud Pública	Distrofia muscular y arteterapia en el niño.	Santiago Tejero C, et al	299
Determinantes sociales	Efectividad de un programa de rehabilitación precoz en pacientes intervenidos de artroplastia de rodilla.	Caraballo Camacho N, et al.	40
Cambio climático	Efectos del cambio climático y contaminación en la prevalencia de enfermedades respiratorias en la población.	Monje Alcázar I, et al.	382
Organización de los servicios de salud	Efectos del mal aliento en la salud de los pacientes que lo padecen y su abordaje odontológico.	García Rubio A, et al.	81
Epidemiología y vigilancia	Eficacia y vía de administración en la vacuna de la fiebre tifoidea.	Rodríguez Garvín MJ, et al.	212
Organización de los servicios de salud	Eficiencia de la enfermería en la gestión oncológica.	Gómez Rodríguez E, et al.	154
Participación ciudadana	El bosque de la salud.	Gordillo de la Cerda EV.	281
Epidemiología y vigilancia Epidemiología y vigilancia	El cáncer de pulmón. Relación del estadio y el primer síntoma.	Delgado Arroniz L, et al.	42

Mesa	Título	Autoras/es	Núm. Comunicación
Organización de los servicios de salud	El celador en fibrosis quística.	Casal Fernández J..	301
Evaluación del impacto en salud	El hierro durante los primeros seis meses de vida.	Lara Leiva LF, et al	335
Genómica	El saber del genoma humano en Salud Pública.	Ruiz Padilla MG, et al.	406
Organización de los servicios de salud	El Servicio de Atención a la Ciudadanía: recogida y verificación de datos de facturación a terceros en 2016 en el Servicio de Urgencias.	García Salguero MI, et al.	31
Acciones poblacionales vulnerables	El síndrome de Melkersson-Rosenthal. Una enfermedad rara con repercusión en salud pública oral.	García Rubio A.	79
Epidemiología y vigilancia	El síndrome metabólico. Estudio de hospitalización en Andalucía.	González Lozano CI, et al.	449
Organización de los servicios de salud	El TCAE en equipo multidisciplinar con el paciente psicogeriatrico.	Olivares Carmona MI, et al.	103
Organización de los servicios de salud	El uso de la bañera obstétrica en el alivio del dolor de parto. Un estudio descriptivo.	Herrera Gómez A, et al.	461
Organización de los servicios de salud	El uso de la espirometría con el fin de reducir el tabaquismo.	Chvatova J, et al.	107
Organización de los servicios de salud	El uso de la hoja gráfica de medicación para pacientes ancianos.	Chvatova J, et al.	163
Epidemiología y vigilancia	El virus zika como problema actual: Abordaje de nuevas vías de investigación.	Torreblanca Lozano MJ, et al.	466
Determinantes sociales	Embarazo ectópico: Factores de riesgo	Membrilla Beltrán L, et al..	377
TICs	Empleo tecnologías para favorecer el acceso a centros hospitalarios.	Armenteros Berral JD, et al.	216

Mesa	Título	Autoras/es	Núm. Comunicación
Determinantes sociales	enfermería en la deshabituación tabáquica.	Pérez Dionisio M, et al.	136 El papel de la
Epidemiología y vigilancia	Epidemiología de las disfunciones gonadales en áreas de alta o baja exposición a plaguicidas.		309
Organización de los servicios de salud	Estrategia de gestión para la mejora de la calidad asistencia: logística hospitalaria.	Muñoz Zamora R, et al.	192
Participación ciudadana	Estrategias para mejorar la adherencia al tratamiento terapéutico.	Guerrero Cruz B, et al.	231
TICs	Estudio de usabilidad y aceptabilidad de la Academia Espacial: un programa de bienestar emocional y resiliencia basado en Realidad Virtual.	Flujas Contreras JM, et al.	187
Epidemiología y vigilancia	Estudio observacional analítico del número de ingresos con asma, producidos en España. Años 2014-2015. Codificación CIE 10-ES.	Pino Gallardo, S.	339
Organización de los servicios de salud	Estudio observacional analítico del número de trasplantes renales en Andalucía. Año 2014-2016. Codificación CIE-10-ES.	Marín Fernández JM, et al.	337
Epidemiología y vigilancia	Estudio sobre el paludismo en el mundo. Período 2000-2015 según la OMS. CIE-10-ES.	Peña González A, et al.	230
Seguridad alimentaria	Etiquetado nutricional y seguridad alimentaria.	García González I, et al.	319
Determinantes sociales	Evaluación de la adherencia a la dieta mediterránea en los estudiantes de enfermería.	Pérez Rodríguez L.	483
Seguridad alimentaria	Evaluación de la implicación en la salud de los consumidores alérgicos en el sector restauración.	Vázquez Corpas MA, et al.	530
Epidemiología y vigilancia	Evaluación del impacto de la comorbilidad en la supervivencia del cáncer: un estudio de base poblacional.	Luque Fernández MA, et al.	411
Acciones poblacionales vulnerables	Existe relación entre la malnutrición y la fragilidad en mayores de 70 años?	Gómez Guirao, F.	118
Cambio climático	Exposición a bisphenol-A, parabenos y benzofenonas en una subcohorte de EPIC-España.	Salamanca-Fernández, et al.	407

Mesa	Título	Autoras/es	Núm. Comunicación
Acciones poblacionales vulnerables	Exposición perinatal al humo del tabaco y alteraciones respiratorias en la infancia.	Martínez Yébenes R, et al	501
Epidemiología y vigilancia	Factores de riesgo en el desarrollo del vaginismo: Estudio de casos y controles.	Fadul Calderón R, et al.	285
Determinantes sociales	Flexibilidad psicológica como factor de protección en la regulación emocional en la adolescencia.	Cobos Sánchez L, et al.	186
TICs	Formación continuada en Atención Primaria	Fuentes Pérez A, et al.	206
Epidemiología y vigilancia	Formación e inhalación sobre los riesgos de inhalación de sílice cristalina en trabajadores de conglomerado de cuarzo.	Torregrosa Galera MI, et al.	109
Organización de los servicios de salud	Funciones del celador en la Sala de Fisioterapia, riesgos para la salud pública del paciente.	Casal Fernández J.	303
TICs	Gestión virtual de consultas quirúrgicas.	Armenteros Berral MM, et a	38
Seguridad alimentaria	Gestión y control de riesgos relacionados con alergias e intolerancias alimentarias en comedores escolares de la Z.B.S. de Coín.	López Parra A, et al.	391
Organización de los servicios de salud	Hemorragia posparto: actuación en equipo.	Ibáñez JR, et al.	255
Organización de los servicios de salud	Historia clínica electrónica y Diraya.	Pintor Luna RM, et al.	445 al
TICs	Impacto de las tecnologías de la información y la comunicación sobre el paciente crónico. Una revisión sistemática..	López de Miguel C, et al	141
Organización de los servicios de salud	Implementación de activos en salud comunitarios por el fisioterapeuta de Atención Primaria.	Aranda García FJ, et al.	119
Epidemiología y vigilancia	Importancia de la prevención de la infección nosocomial por el personal sanitario.		358
Seguridad alimentaria	Incidencia de casos de ictericia en un matadero de Porcino.	Clérico Dorado F, et al.	440

Mesa	Título	Autoras/es	Núm. Comunicación
Epidemiología y vigilancia	Incidencia de la bilirrubenia en recién nacidos.	Martos López IM, et al.	447
Organización de los servicios de salud	Inducción de parto en mujeres con cesárea anterior.	Fernández Valero MJ, et al.	356
Epidemiología y vigilancia	Influye el tiempo de transcurrir en pacientes con cáncer de pulmón que utilizaron los servicios de radiodiagnóstico medicina nuclear y radioterapia?	Borrego Reina M, et al.	4
Epidemiología y vigilancia	Influyen las pruebas de diagnóstico en la supervivencia de los pacientes con cáncer de pulmón que utilizaron los servicios de radiodiagnóstico, medicina nuclear y radioterapia?	Borrego Reina M, et al.	3
Epidemiología y vigilancia	Información notificada al INTYCF relativa a la composición de mezclas peligrosas	Rivas Arquillo MM, et al.	67
Organización de los servicios de salud	Información y notificación de problemas en el sistema de registro.	Alcaide Lucena C, et al.	256
Epidemiología y vigilancia	Inhalación de sílice cristalina en el mecanizado de compactos de cuarzo: medidas preventivas.	Torregrosa Galera MI et al.	108
Innovación en Salud Pública	Innovación en las primeras revisiones de Niño Sano: aplicación de técnicas craneosacras en recién nacidos asintomáticos.	Ortega Pérez S, et al.	275
Organización de los servicios de salud	Innovando en el puerperio: la consulta telefónica.	Molina García L, et al.	276
Evaluación del impacto en salud	Intervención fisioterapéutica en las patologías respiratorias susceptibles de trasplante y sus repercusiones.	Castellano López MJ, et al.	246
TICS	Intervención para el bienestar emocional y resiliencia en diálisis pediátrica a través de realidad virtual; un estudio de caso.	Flujas Contreras JM, et al.	184
Acciones poblacionales vulnerables	Intervenciones de enfermería en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo II: Educación nutricional.	Tirado Herrera E, et al.	468
TICS	Introducción y dificultades en la implantación de las tecnologías de la información y la comunicación en la función asistencial.	López Villén A, et al.	111
Participación ciudadana	Jornadas de Salud. Iniciativa ampliada en el área.	Carbajo Martín L, et al.	232

Mesa	Título	Autoras/es	Núm. Comunicación
Participación ciudadana	Jornadas de salud: enseñando RCP.	García J, et al.	74
Evaluación del impacto en salud	Kristeller: La maniobra invisible.	Molina García L, et al.	278
Cambio climático	l cambio climático como objetivo prioritario en materia de salud pública.	Requena Mullor MM, et al.	160 E
Organización de los servicios de salud	La actividad física como factor protector frente a problemas de salud pública en el dentista.	García Rubio A, et al.	82
Organización de los servicios de salud	La ansiedad en la Consulta de Odontología con Cuestionario STAI.	Reyes-Gilabert E, et al.	412
TICs	La ciber salud.	Fuentes Pérez A, et al.	207
TICs	La diabetes mellitus y las apps. Carrasco	Racero MA, et al.	452
TICs	La e-salud o e-health.	Huerta González N.	507
Acciones poblacionales vulnerables	La facilitación de procesos de vida independiente a jóvenes con discapacidad.	Maldonado Santos S, et al	13
Epidemiología y vigilancia	La falta de adherencia al tratamiento farmacológico, obstáculo para mejorar la salud.	Navarro Martínez C, et al.	158
Salud ambiental y entornos saludables	La formación del personal de piscinas y otras instalaciones deportivas en la prevención de riesgos para la salud de los usuarios.	Casañas Carrillo MC, et al.	267
Organización de los servicios de salud	La importancia de la adecuada higiene de manos en un centro hospitalario.	Chvatova J, et al.	70
Epidemiología y vigilancia	La importancia de la vacunación en el proceso sanitario.	López Millán A, et al.	460
TICs	La importancia de las TICs en la optimización y eficiencia en el diagnóstico clínico.	Gálvez Castro J, et al	315
Organización de los servicios de salud	La lesión perineal grave: ¿Cómo prevenirla?.	Moya Amézcuea AB, et al	492

Mesa	Título	Autoras/es	Núm. Comunicación
Organización de los servicios de salud	La profesionalidad del técnico en documentación sanitaria.	Moreno Lucena D, et al.	295
TICs	La salud a través de Internet.	Ruiz Sánchez MA, et al.	204
TICs	La sanidad electrónica. La transformación del modelo sanitario actual.	Fernández Ruiz G, et al.	258
Participación ciudadana	La valoración del usuario a la hora de escoger hospital.	Alcaide García MD, et al.	270
TICs	Las aplicaciones móviles en salud, un futuro muy presente.	Guillén Fernández J, et al.	148
Participación ciudadana	Ley 42/2010, de 30 de diciembre: medidas sanitarias frente al tabaquismo.	Plata Luna E, et al.	392
Organización de los servicios de salud	Manejo de la anquilosia por parte de la matrona en la Consulta de Atención Primaria.	Quirós Muriel C, et al	209
Organización de los servicios de salud	Medicación con nombre similar: prevención de errores.	Armenteros Berral MM, et al.	193
Determinantes sociales	Medidas de calidad de vida relacionada con la salud reportadas por los pacientes en la práctica clínica del SSPA.	Rodríguez Barranco M, et al..	408
TICs	Modelo de implantación progresiva de la historia de la salud informatizada.	Armenteros Berral JD, et al.	213
Seguridad alimentaria	Modelo de gestión en comedores escolares versus modelo de Control de riesgo asociado a alérgenos.	Jiménez Jiménez EM, et al.	419
Epidemiología y vigilancia	Muestreo antigénico virus Orthomyxoviridae: A(H1N1), A(H3N2) y B Vigilancia epidemiológica. Revisión Bibliográfica.	García Villegas E, et al.	349
Epidemiología y vigilancia	Mutaciones de Resistencias a antirretrovirales en pacientes naive con Infección VIH.	Chamorro Arévalo MA, et al.	2
Acciones poblacionales vulnerables	Nivel de carga de hijos cuidadores cuyas madres padecen esquizofrenia.	Maldonado Santos S, et al.	12

Mesa	Título	Autoras/es	Núm. Comunicación
Seguridad alimentaria	No a la comida basura.	González Troya SM, et al.	378
Determinantes sociales	Obesidad en el embarazo: papel de la matrona en su prevención.	Campos López MR, et al.	138
TICs	Panorama actual de las publicaciones internacionales indexadas en PubMed sobre la m-salud en el ictus.	Torres-Pascual C, et al.	142
Seguridad alimentaria	Percepción y satisfacción de las gestantes en cuanto a los consejos nutricionales durante el embarazo.	Merino L, et al.	8
Genómica	Perfil de microARNs exosomales como herramienta diagnóstica y pronóstica en el cáncer de mama	Rodríguez Martínez A, et al	510
Determinantes sociales	Plan Evacole en los comedores de gestión directa. Éxitos y carencias.	Vázquez Corpas MA, et al.	531
Determinantes sociales	Por qué vacunar a mi hijo? Papel de las TIC en la educación sanitaria.	Fernández García F, et al.	465
Participación ciudadana	Por un aumento de la lactancia materna.	García J, et al.	92
Estudios de prospectiva	Posibles nuevos escenarios en odontología de Atención Primaria: aplicación de la tecnología láser. Revisión bibliográfica.	Bejarano-Ávila G, et al.	366
Determinantes sociales	Preferencias de anticoncepción según el país de origen.	Martos López IM, et al..	448
Acciones poblacionales vulnerables	Prematuro más oxigenoterapia, más incidencia de retinopatía.	Cruzado Río P, et al.	73
Seguridad alimentaria	Presencia de triquina en cerdos sacrificados en matadero. Revisión en el A.G.S. Osuna en el periodo 2014-16.	Muñoz Díaz MP, et al.	254
TICs	Presentación y análisis del novedoso módulo de ayuda a la codificación (MAC) con CIE-10.	Gutiérrez Moreno D, et al.	397
Seguridad alimentaria	Prevalencia del Mal rojo en un matadero de porcino.	Jiménez Jiménez EM, et al.	413
Determinantes sociales	Prevención de la osteoporosis: consumo de té.	Martínez Yébenes R, et al..	322
Participación ciudadana	Prevención de la patología oral relacionada con el tabaquismo en Atención Primaria.	García Rubio A, et al.	80

Mesa	Título	Autoras/es	Núm. Comunicación
Organización de los servicios de salud	Prevención de lesiones musculoesqueléticas en los celadores de una unidad de fisioterapia.	Carballo Camacho M, et al.	17
Determinantes sociales	Prevención de lumbalgias mediante el método Pilates aplicados bajo la supervisión de un fisioterapeuta.	Romera Morcilla J, et al.	478
Participación ciudadana	Primeros auxilios y los conocimientos del profesorado.	Carrasco Racero MM, et al.	451
Estudios de prospectiva	Prioridades de la investigación biomédica y sus puntos de mira.	García Vílchez BM, et al.	63
Organización de los servicios de salud	Profesionales de la Medicina Preventiva y Salud Pública.	García Vílchez BM, et al.	370
Organización de los servicios de salud	Programa de fomento del autocuidado bucodental realizado por el Servicio Andaluz de Salud en colaboración con asociaciones de personas frágiles.	Bejarano Ávila G, et al.	240
Acciones poblacionales vulnerables	Programa de vestido en personas con esclerosis múltiple secundaria progresiva.	Echávarri González R, et al.	344
Determinantes sociales	Promoción de la actividad física y salud desde la Atención Primaria.	Chvatova J., et al.	101
Determinantes sociales	Promoción de la salud desde la farmacia en pacientes adictos al tabaco.	Navarro Martínez C, et al	159
Salud ambiental y entornos saludables	Protocolo de autocontrol en piscinas de uso público: experiencia de labor informativa para facilitar su implantación.	Casañas Carrillo MC, et al.	307
Epidemiología y vigilancia	Proyecciones de incidencia de cáncer en Granada para 2017.	Redondo Sánchez D., et al.	409
Participación ciudadana	Radiaciones ionizantes en su justa medida. Experiencia de trabajo coordinado entre Atención Primaria, la Unidad de Radiodiagnóstico y la ciudadanía.	Carbajo Martín L, et al.	343
Participación ciudadana	Radiaciones ionizantes en su justa medida. Experiencia de trabajo coordinado entre Atención Primaria, la Unidad de Radiodiagnóstico y la ciudadanía.	Carbajo Martín L, et al.	367

Mesa	Título	Autoras/es	Núm. Comunicación
Determinantes sociales	Re)formulando la reunión de referentes de programas. Un ejemplo práctico: Jornadas de trabajo PIOBIN. D.S. Málaga-Guadalhorce.	Prieto García N.	516
Innovación en Salud Pública	Realidad virtual: terapia eficaz en niños oncológicos hospitalizados.	Santiago Tejero C, et al.	333
Seguridad alimentaria	Repercusión de las intervenciones para la reducción de sodio dietético en la población.	Illana Álvarez A, et al.	195
Seguridad alimentaria	Repercusión en Salud Pública por incremento de cisticercos en porcino.	Morales Capelo A, et al.	85
Seguridad alimentaria	Repercusión en Salud Pública por incremento de cisticercos en porcino.	Hurtado Bejarano G, et al.	168
Estudios de prospectiva	Riesgo para la salud pública del brazo hemipléjico de los pacientes con accidente cardiovascular y las transferencias del celador.	Casal Fernández J, et al.	360
Organización de los servicios de salud	Riesgos ergonómicos en centros sanitarios.	Reyes Gutiérrez MJ, et al.	361
Genómica	Robot Da Vinci.	Vela Cuevas M, et al.	248
Acciones poblacionales vulnerables	Salud Pública acuática en el trastorno del espectro autista, trabajo multidisciplinar para la adaptación al agua.	Casal Fernández J.	364
TICs	Salud pública y aplicación móvil en fisioterapia domiciliaria.	Sánchez Moreno AB, et al.	238
TICs	Salud Responde.	Ruiz Sánchez MA, et al.	205
Participación ciudadana	Salvar vidas desde niño.	Moreno Ortega JA, et al.	326
Organización de los servicios de salud	Satisfacción laboral.	Moreno Ortega JA, et al.	327
Organización de los servicios de salud	Seguimiento telefónico de los pacientes tras el alta hospitalaria.	Muñoz Martín R, et al.	133

Mesa	Título	Autoras/es	Núm. Comunicación
Organización de los servicios de salud	Servicio de Atención al Ciudadano. Peticiones de historias clínicas en el Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez.	Almagro Calzada M, et al.	283
Acciones poblacionales vulnerables	Sesiones de apoyo entre padres y madres de recién nacidos.	Estébanez Lucio N, et al.	220
Determinantes sociales	Síntomas climatéricos: ¿Es eficaz el uso de fitoestrógenos para su alivio?	Fernández Cabalín J, et al.	110
Innovación en Salud Pública	Sistemas básicos de modelos en salud pública.	Torres Úbeda FJ, et al.	321
Epidemiología y vigilancia	Supervivencia de los pacientes con cáncer en la Provincia de Granada en el periodo 2010-2013.	Sánchez Pérez MJ, et al.	410
Determinantes sociales	Taller hábitos de vida saludable.	García J, et al.	93
TICs	Tecnología de información y comunicación.	Fuentes Pérez A, et al.	208
TICs	Teleasistencia domiciliaria. ¿Influye en la calidad de vida de nuestros mayores?	Montoro Ortiz M, et al.	456
TICs	TIC como instrumento de dirección de las solicitudes de ortoprótesis derivado de hospitales concertados.	Armenteros Berral JD, et al.	217
TICs	TIC en la consulta de Atención Primaria.	Montoro Ortiz M, et al.	458
TICs	TIC en la consulta de Atención Primaria.	Montoro Ortiz M, et al.	474
Acciones poblacionales vulnerables	Tríptico informativo de intervención fisioterápica domiciliaria en pacientes de 3ª edad.	González Rodríguez S, et al.	296
Cambio climático	Un cambio climático, un cambio de enfermedades.	Guillén Fernández I, et al.	147
Innovación en Salud Pública	Un modelo de trabajo para la salud pública.	Pezzi Cereto MA, et al.	500
Epidemiología y vigilancia	Uso de probióticos en el tratamiento y prevención de las alergias durante la etapa pre- y postnatal.	Giménez Asensio O, et al.	497
TICs	Uso integrado de las nuevas tecnologías y aplicaciones corporativas para la mejora de las competencias profesionales.	Armenteros Berral JD, et al.	214

Mesa	Título	Autoras/es	Núm. Comunicación
Organización de los servicios de salud	Uso recurrente de la mascarilla de CPAP y cuidados enfermeros.	Chvatova J, et al	196
Epidemiología y vigilancia	Utilidad de la Vitamina D para la detección de la enfermedad cardiovascular y relación con el metabolismo óseo.	Auzmendi Rodríguez N, et al.	499
Organización de los servicios de salud	Utilización y estudio de medidas para el cuidado de la espalda de los profesionales sanitarios.	Alcaide Lucena C, et al.	260
Epidemiología y vigilancia	Vacunación infantil a través de APP de Salud Responde.	Quero M, et al.	112
TICs	Validación preliminar del cuestionario de aceptación parental (6PAQ).	Flujas Contreras JM, et al.	188
Participación ciudadana	Valoración de un programa de educación para la salud en dieta sin gluten para escolares.	Carrasco Racero MM, et al.	453
Genómica	Ventajas de un sistema de gestión electrónica para medicamentos en investigación (ensayos clínicos).	Fernández Ruiz G, et al.	253
Epidemiología y vigilancia	Vigilancia de la salud en trabajadores de compacto de cuarzo expuestos a la sílice cristalina.	Torregrosa Galera MI, et al.	106
Salud ambiental y entornos saludables	Xenoestrógenos y patologías materno-infantiles.	García González J, et al.	91
Determinantes sociales	Yoga en el manejo del dolor crónico.	Caraballo Camacho N, et al.	83

Índice por Autora/Autor

Mesa	Título	Autoras/es	Núm. Comunicación
Epidemiología y vigilancia	Epidemiología de las disfunciones gonadales en áreas de alta o baja exposición a plaguicidas.		309
Epidemiología y vigilancia	Importancia de la prevención de la infección nosocomial por el personal sanitario.		358
TICs	Aplicaciones móviles de salud: Avanzando hacia el futuro.	Alcaide García MD, et al.	36
Participación ciudadana	La valoración del usuario a la hora de escoger hospital.	Alcaide García MD, et al.	270
Determinantes sociales	Cómo nos influye psicológicamente nuestra implicación en el trabajo.	Alcaide García MD, et al..	189
Organización de los servicios de salud	Asegurar la actividad de un hospital mejorando sus instalaciones.	Alcaide Lucena C, et al.	259
Organización de los servicios de salud	Información y notificación de problemas en el sistema de registro.	Alcaide Lucena C, et al.	256
Organización de los servicios de salud	Utilización y estudio de medidas para el cuidado de la espalda de los profesionales sanitarios.	Alcaide Lucena C, et al.	260
Organización de los servicios de salud	Servicio de Atención al Ciudadano. Peticiones de historias clínicas en el Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez.	Almagro Calzada M, et al.	283
Organización de los servicios de salud	Implementación de activos en salud comunitarios por el fisioterapeuta de Atención Primaria.	Aranda García FJ, et al.	119
Organización de los servicios de salud	Consulta telefónica. Abandonando las tareas burocráticas de la consulta.	Aranda Lara FJ, et al.	242
Genómica	Alteraciones en la expresión de LncRNA en adenocarcinoma de pulmón.	Arenas Molina A, et al.	489

Mesa	Título	Autoras/es	Núm. Comunicación
TICs	Empleo tecnologías para favorecer el acceso a centros hospitalarios.	Armenteros Berral JD, et al.	216
TICs	Modelo de implantación progresiva de la historia de la salud informatizada.	Armenteros Berral JD, et al.	213
TICs	TIC como instrumento de dirección de las solicitudes de ortoprótesis derivado de hospitales concertados.	Armenteros Berral JD, et al.	217
TICs	Uso integrado de las nuevas tecnologías y aplicaciones corporativas para la mejora de las competencias profesionales.	Armenteros Berral JD, et al.	214
TICs	Gestión virtual de consultas quirúrgicas.	Armenteros Berral MM, et a	38
Organización de los servicios de salud	Medicación con nombre similar: prevención de errores.	Armenteros Berral MM, et al.	193
Epidemiología y vigilancia	Utilidad de la Vitamina D para la detección de la enfermedad cardiovascular y relación con el metabolismo óseo.	Auzmendi Rodríguez N, et al.	499
Organización de los servicios de salud	Programa de fomento del autocuidado bucodental realizado por el Servicio Andaluz de Salud en colaboración con asociaciones de personas frágiles.	Bejarano Ávila G, et al.	240
Estudios de prospectiva	Posibles nuevos escenarios en odontología de Atención Primaria: aplicación de la tecnología láser. Revisión bibliográfica.	Bejarano-Ávila G, et al.	366
Epidemiología y vigilancia	Influyen las pruebas de diagnóstico en la supervivencia de los pacientes con cáncer de pulmón que utilizaron los servicios de radiodiagnóstico, medicina nuclear y radioterapia?	Borrego Reina M, et al	3
Epidemiología y vigilancia	Depende el estadio y la localización del tumor en la supervivencia de los pacientes con cáncer de pulmón que utilizaron los servicios de radiodiagnóstico, medicina nuclear y radioterapia?	Borrego Reina M, et al.	5
Epidemiología y vigilancia	Influye el tiempo de transcurrir en pacientes con cáncer de pulmón que utilizaron los servicios de radiodiagnóstico medicina nuclear y radioterapia?	Borrego Reina M, et al.	4
Epidemiología y vigilancia	Descripción de los casos del brote de Hepatitis A que han sido diagnosticados en el Hospital Universitario Virgen de la Victoria.	Calderón Cid M, et al.	244
Determinantes sociales	Obesidad en el embarazo: papel de la matrona en su prevención.	Campos López MR, et al.	138
Organización de los servicios de salud	Prevención de lesiones musculoesqueléticas en los celadores de una unidad de fisioterapia.	Carballo Camacho M, et al.	17

Mesa	Título	Autoras/es	Núm. Comunicación
Determinantes sociales	Efectividad de un programa de rehabilitación precoz en pacientes intervenidos de artroplastia de rodilla.	Carballo Camacho N, et al.	40
Determinantes sociales	Yoga en el manejo del dolor crónico.	Carballo Camacho N, et al.	83
Participación ciudadana	Jornadas de Salud. Iniciativa ampliada en el área.	Carbajo Martín L, et al.	232
Participación ciudadana	Radiaciones ionizantes en su justa medida. Experiencia de trabajo coordinado entre Atención Primaria, la Unidad de Radiodiagnóstico y la ciudadanía.	Carbajo Martín L, et al.	343
Participación ciudadana	Radiaciones ionizantes en su justa medida. Experiencia de trabajo coordinado entre Atención Primaria, la Unidad de Radiodiagnóstico y la ciudadanía.	Carbajo Martín L, et al.	367
Participación ciudadana	Primeros auxilios y los conocimientos del profesorado.	Carrasco Racero MM, et al.	451
Participación ciudadana	Valoración de un programa de educación para la salud en dieta sin gluten para escolares.	Carrasco Racero MM, et al.	453
Estudios de prospectiva	Riesgo para la salud pública del brazo hemipléjico de los pacientes con accidente cardiovascular y las transferencias del celador.	Casal Fernández J, et al.	360
Organización de los servicios de salud	Funciones del celador en la Sala de Fisioterapia, riesgos para la salud pública del paciente.	Casal Fernández J.	303
Acciones poblacionales vulnerables	Salud Pública acuática en el trastorno del espectro autista, trabajo multidisciplinar para la adaptación al agua.	Casal Fernández J.	364
Organización de los servicios de salud	El celador en fibrosis quística.	Casal Fernández J..	301
Salud ambiental y entornos saludables	La formación del personal de piscinas y otras instalaciones deportivas en la prevención de riesgos para la salud de los usuarios.	Casañas Carrillo MC, et al.	267
Salud ambiental y entornos saludables	Protocolo de autocontrol en piscinas de uso público: experiencia de labor informativa para facilitar su implantación.	Casañas Carrillo MC, et al.	307

Mesa	Título	Autoras/es	Núm. Comunicación
Evaluación del impacto en salud	Intervención fisioterapéutica en las patologías respiratorias susceptibles de trasplante y sus repercusiones.	Castellano López MJ, et al.	246
Epidemiología y vigilancia	Mutaciones de Resistencias a antirretrovirales en pacientes naive con Infección VIH.	Chamorro Arévalo MA, et al.	2
Organización de los servicios de salud	Uso recurrente de la mascarilla de CPAP y cuidados enfermeros.	Chvatova J, et al	196
Organización de los servicios de salud	El uso de la espirometría con el fin de reducir el tabaquismo.	Chvatova J, et al.	107
Organización de los servicios de salud	El uso de la hoja gráfica de medicación para pacientes ancianos.	Chvatova J, et al.	163
Organización de los servicios de salud	La importancia de la adecuada higiene de manos en un centro hospitalario.	Chvatova J, et al.	70
Determinantes sociales	Promoción de la actividad física y salud desde la Atención Primaria.	Chvatova J., et al.	101
Seguridad alimentaria	Incidencia de casos de ictericia en un matadero de Porcino.	Clérico Dorado F, et al.	440
Determinantes sociales	Flexibilidad psicológica como factor de protección en la regulación emocional en la adolescencia.	Cobos Sánchez L, et al.	186
Determinantes sociales	Aumenta tu ejercicio físico si quieres bajar tus cifras de tensión arterial e IMC.	Cruzado Río P, et al.	72
Acciones poblacionales vulnerables	Prematuro más oxigenoterapia, más incidencia de retinopatía.	Cruzado Río P, et al.	73
Salud ambiental y entornos saludables	Control de la información suministrada en la compraventa de productos químicos por Internet.	De la Rosa Millán D, et al.	311
Epidemiología y vigilancia	El cáncer de pulmón. Relación del estadio y el primer síntoma.	Delgado Arroniz L, et al.	42

Mesa	Título	Autoras/es	Núm. Comunicación
Epidemiología y vigilancia			
Estudios de prospectiva	Cómo mejorar la experiencia de los pacientes ante una polisomnografía.	Delgado Lozano C, et al.	62
Acciones poblacionales vulnerables	Programa de vestido en personas con esclerosis múltiple secundaria progresiva.	Echávarri González R, et al.	344
Innovación en Salud Pública	Acceder a la historia clínica en línea con ClicSalud.	Espinar Martínez JM, et al.	280
Acciones poblacionales vulnerables	Sesiones de apoyo entre padres y madres de recién nacidos.	Estébanez Lucio N, et al.	220
Epidemiología y vigilancia	Factores de riesgo en el desarrollo del vaginismo: Estudio de casos y controles.	Fadul Calderón R, et al.	285
Determinantes sociales	Síntomas climatéricos: ¿Es eficaz el uso de fitoestrógenos para su alivio?	Fernández Cabalín J, et al.	110
Determinantes sociales	Causas de abandono de la lactancia materna.	Fernández Cabalín J, et al.	135
Determinantes sociales	Por qué vacunar a mi hijo? Papel de las TIC en la educación sanitaria.	Fernández García F, et al.	465
Organización de los servicios de salud	Cambios producidos en el puerperio y evolución.	Fernández Gómez C, et al.	514
Innovación en Salud Pública	Beneficio económico y satisfacción con el nuevo modelo de dispensación de medicamentos en los centros sociosanitarios desde las farmacias hospitalarias.	Fernández Ruiz G, et al.	316
Acciones poblacionales vulnerables	Beneficios en el paciente institucionalizado en centros sociosanitarios con la inclusión de las figuras del farmacéutico y técnico de farmacia a través del envío de medicación desde la farmacia hospitalaria.	Fernández Ruiz G, et al.	318
TICs	La sanidad electrónica. La transformación del modelo sanitario actual.	Fernández Ruiz G, et al.	258
Genómica	Ventajas de un sistema de gestión electrónica para medicamentos en investigación (ensayos clínicos).	Fernández Ruiz G, et al.	253

Mesa	Título	Autoras/es	Núm. Comunicación
Organización de los servicios de salud	Inducción de parto en mujeres con cesárea anterior.	Fernández Valero MJ, et al.	356
TICs	Desarrollo de una aplicación móvil para la parentalidad positiva (SIVAE).	Flujas Contreras JM, et al.	185
TICs	Estudio de usabilidad y aceptabilidad de la Academia Espacial: un programa de bienestar emocional y resiliencia basado en Realidad Virtual.	Flujas Contreras JM, et al.	187
TICs	Intervención para el bienestar emocional y resiliencia en diálisis pediátrica a través de realidad virtual; un estudio de caso.	Flujas Contreras JM, et al.	184
TICs	Validación preliminar del cuestionario de aceptación parental (6PAQ).	Flujas Contreras JM, et al.	188
TICs	Formación continuada en Atención Primaria	Fuentes Pérez A, et al.	206
TICs	La ciber salud.	Fuentes Pérez A, et al.	207
TICs	Tecnología de información y comunicación.	Fuentes Pérez A, et al.	208
TICs	La importancia de las TICs en la optimización y eficiencia en el diagnóstico clínico.	Gálvez Castro J, et al	315
Cambio climático	Cambio climático y su repercusión en la salud.	García González I, et al.	294
Seguridad alimentaria	Etiquetado nutricional y seguridad alimentaria.	García González I, et al.	319
Salud ambiental y entornos saludables	Xenoestrógenos y patologías materno-infantiles.	García González J, et al.	91
Acciones poblacionales vulnerables	Camino de Santiago con pacientes de rehabilitación cardiaca.	García J, et al.	95
Participación ciudadana	Jornadas de salud: enseñando RCP.	García J, et al.	74
Participación ciudadana	Por un aumento de la lactancia materna.	García J, et al.	92
Determinantes sociales	Taller hábitos de vida saludable.	García J, et al.	93
Organización de los servicios de salud	Abordaje de las homeopatías congénitas en salud pública oral.	García Rubio A, et al.	84

Mesa	Título	Autoras/es	Núm. Comunicación
Organización de los servicios de salud	Efectos del mal aliento en la salud de los pacientes que lo padecen y su abordaje odontológico.	García Rubio A, et al.	81
Organización de los servicios de salud	La actividad física como factor protector frente a problemas de salud pública en el dentista.	García Rubio A, et al.	82
Participación ciudadana	Prevención de la patología oral relacionada con el tabaquismo en Atención Primaria.	García Rubio A, et al.	80
Acciones poblacionales vulnerables	El síndrome de Melkersson-Rosenthal. Una enfermedad rara con repercusión en salud pública oral.	García Rubio A.	79
Organización de los servicios de salud	El Servicio de Atención a la Ciudadanía: recogida y verificación de datos de facturación a terceros en 2016 en el Servicio de Urgencias.	García Salguero MI, et al.	31
Estudios de prospectiva	Prioridades de la investigación biomédica y sus puntos de mira.	García Vílchez BM, et al.	63
Organización de los servicios de salud	Profesionales de la Medicina Preventiva y Salud Pública.	García Vílchez BM, et al.	370
Epidemiología y vigilancia	Muestreo antígeno virus Orthomyxoviridae: A(H1N1), A(H3N2) y B Vigilancia epidemiológica. Revisión Bibliográfica.	García Villegas E, et al.	349
Epidemiología y vigilancia	Uso de probióticos en el tratamiento y prevención de las alergias durante la etapa pre- y postnatal.	Giménez Asensio O, et al.	497
Acciones poblacionales vulnerables	Existe relación entre la malnutrición y la fragilidad en mayores de 70 años?	Gómez Guirao, F.	118
Organización de los servicios de salud	Caso clínico de diabetes mellitus tipo 2..	Gómez Rodríguez E, et al.	152
Organización de los servicios de salud	Eficiencia de la enfermería en la gestión oncológica.	Gómez Rodríguez E, et al.	154

Mesa	Título	Autoras/es	Núm. Comunicación
Epidemiología y vigilancia	El síndrome metabólico. Estudio de hospitalización en Andalucía.	González Lozano CI, et al.	449
Acciones poblacionales vulnerables	Tríptico informativo de intervención fisioterápica domiciliaria en pacientes de 3ª edad.	González Rodríguez S, et al.	296
Seguridad alimentaria	No a la comida basura.	González Troya SM, et al.	378
Participación ciudadana	El bosque de la salud.	Gordillo de la Cerda EV.	281
Acciones poblacionales vulnerables	Candidat@s para rehabilitación cardiaca.	Gordito de la Cerca EM.	284
Participación ciudadana	Estrategias para mejorar la adherencia al tratamiento terapéutico.	Guerrero Cruz B, et al.	231
Cambio climático	Un cambio climático, un cambio de enfermedades.	Guillén Fernández I, et al.	147
TICs	Las aplicaciones móviles en salud, un futuro muy presente.	Guillén Fernández J, et al.	148
TICs	Presentación y análisis del novedoso módulo de ayuda a la codificación (MAC) con CIE-10.	Gutiérrez Moreno D, et al.	397
Organización de los servicios de salud	Cuidados de enfermería en pacientes con hipertensión arterial.	Hernández Castillo M, et al.	227
Epidemiología y vigilancia	DeRmatitis atópica. Herrera Aquillo C, et al.	Herrera Aquillo C, et al.	29
Organización de los servicios de salud	El uso de la bañera obstétrica en el alivio del dolor de parto. Un estudio descriptivo.	Herrera Gómez A, et al.	461
Determinantes sociales	Alimentación complementaria dirigida por el bebé: baby led weaning.	Hidalgo Ruiz M, et al..	277
Salud ambiental y entornos saludables	Actuación sanitaria para la disminución de la infección nosocomial.	Huerta González N, et al.	504
TICs	La e-salud o e-health.	Huerta González N.	507

Mesa	Título	Autoras/es	Núm. Comunicación
Seguridad alimentaria	Repercusión en Salud Pública por incremento de cisticercos en porcino.	Hurtado Bejarano G, et al.	168
Organización de los servicios de salud	Hemorragia posparto: actuación en equipo.	Ibáñez JR, et al.	255
Determinantes sociales	Actualización en nutrición durante el embarazo.	Ibáñez JR, et al..	250
Acciones poblacionales vulnerables	Administración de Vitamina A a recién nacidos a término en países en vías de desarrollo para la prevención de la mortalidad y la morbilidad.	Illana Álvarez A, et al.	197
Seguridad alimentaria	Repercusión de las intervenciones para la reducción de sodio dietético en la población.	Illana Álvarez A, et al.	195
Seguridad alimentaria	Demanda de dietas especiales en comedores escolares.	Jiménez Jiménez EM, et al.	415
Seguridad alimentaria	Modelo de gestión en comedores escolares versus modelo de Control de riesgo asociado a alérgenos.	Jiménez Jiménez EM, et al.	419
Seguridad alimentaria	Prevalencia del Mal rojo en un matadero de porcino.	Jiménez Jiménez EM, et al.	413
Evaluación del impacto en salud	El hierro durante los primeros seis meses de vida.	Lara Leiva LF, et al	335
TICs	Aplicaciones del big data como herramienta para mejorar la salud pública.	Llanes Fernández de la Cueva G, et al.	526
TICs	Impacto de las tecnologías de la información y la comunicación sobre el paciente crónico. Una revisión sistemática..	López de Miguel C, et al	141
Epidemiología y vigilancia	La importancia de la vacunación en el proceso sanitario.	López Millán A, et al.	460
Seguridad alimentaria	Alergias e intolerancias alimentarias en comedores escolares de la Z.B.S. de Coín.	López Parra A, et al.	390
Seguridad alimentaria	Gestión y control de riesgos relacionados con alergias e intolerancias alimentarias en comedores escolares de la Z.B.S. de Coín.	López Parra A, et al.	391
Cambio climático	Cambio climático y salud pública: causas, efectos sobre la salud y medidas de prevención y/o adaptación.	López Villén A, et al.	368

Mesa	Título	Autoras/es	Núm. Comunicación
TICs	Introducción y dificultades en la implantación de las tecnologías de la información y la comunicación en la función asistencial.	López Villén A, et al.	111
Epidemiología y vigilancia	Evaluación del impacto de la comorbilidad en la supervivencia del cáncer: un estudio de base poblacional.	Luque Fernández MA, et al.	411
Acciones poblacionales vulnerables	La facilitación de procesos de vida independiente a jóvenes con discapacidad.	Maldonado Santos S, et al	13
Estudios de prospectiva	Alternativas no farmacológicas para alivio del dolor durante el parto.	Maldonado Santos S, et al.	61
Acciones poblacionales vulnerables	Nivel de carga de hijos cuidadores cuyas madres padecen esquizofrenia.	Maldonado Santos S, et al.	12
Organización de los servicios de salud	Estudio observacional analítico del número de trasplantes renales en Andalucía. Año 2014-2016. Codificación CIE-10-ES.	Marín Fernández JM, et al.	337
Acciones poblacionales vulnerables	Exposición perinatal al humo del tabaco y alteraciones respiratorias en la infancia.	Martínez Yébenes R, et al	501
Determinantes sociales	Prevención de la osteoporosis: consumo de té.	Martínez Yébenes R, et al..	322
Epidemiología y vigilancia	Incidencia de la bilirrubenia en recién nacidos.	Martos López IM, et al.	447
Determinantes sociales	Preferencias de anticoncepción según el país de origen.	Martos López IM, et al..	448
Determinantes sociales	Embarazo ectópico: Factores de riesgo	Membrilla Beltrán L, et al..	377
Seguridad alimentaria	Percepción y satisfacción de las gestantes en cuanto a los consejos nutricionales durante el embarazo.	Merino L, et al.	8
Organización de los servicios de salud	Innovando en el puerperio: la consulta telefónica.	Molina García L, et al.	276

Mesa	Título	Autoras/es	Núm. Comunicación
Evaluación del impacto en salud	Kristeller: La maniobra invisible.	Molina García L, et al.	278
Cambio climático	Efectos del cambio climático y contaminación en la prevalencia de enfermedades respiratorias en la población.	Monje Alcázar I, et al.	382
TICs	Teleasistencia domiciliaria. ¿Influye en la calidad de vida de nuestros mayores?	Montoro Ortiz M, et al.	456
TICs	TIC en la consulta de Atención Primaria.	Montoro Ortiz M, et al.	458
TICs	TIC en la consulta de Atención Primaria.	Montoro Ortiz M, et al.	474
Seguridad alimentaria	Repercusión en Salud Pública por incremento de cisticercos en porcino.	Morales Capelo A, et al.	85
TICs	Acceso a la historia clínica en el Hospital Carlos Haya.	Moreno Lucena D, et al.	293
Organización de los servicios de salud	La profesionalidad del técnico en documentación sanitaria.	Moreno Lucena D, et al.	295
Participación ciudadana	Salvar vidas desde niño.	Moreno Ortega JA, et al.	326
Organización de los servicios de salud	Satisfacción laboral.	Moreno Ortega JA, et al.	327
Organización de los servicios de salud	La lesión perineal grave: ¿Cómo prevenirla?.	Moya Amézcuea AB, et al	492
Seguridad alimentaria	Presencia de triquina en cerdos sacrificados en matadero. Revisión en el A.G.S. Osuna en el periodo 2014-16.	Muñoz Díaz MP, et al.	254
Organización de los servicios de salud	Seguimiento telefónico de los pacientes tras el alta hospitalaria.	Muñoz Martín R, et al.	133
Organización de los servicios de salud	Estrategia de gestión para la mejora de la calidad asistencia: logística hospitalaria.	Muñoz Zamora R, et al.	192
Determinantes sociales	Promoción de la salud desde la farmacia en pacientes adictos al tabaco.	Navarro Martínez C, et al	159

Mesa	Título	Autoras/es	Núm. Comunicación
Epidemiología y vigilancia	La falta de adherencia al tratamiento farmacológico, obstáculo para mejorar la salud.	Navarro Martínez C, et al.	158
Organización de los servicios de salud	Análisis modal de fallos y efectos del proceso prescripción, preparación y administración de citostáticos.	Navarro Moro I, et al.	513
Organización de los servicios de salud	El TCAE en equipo multidisciplinar con el paciente psicogeriatrico.	Olivares Carmona MI, et al.	103
Innovación en Salud Pública	Innovación en las primeras revisiones de Niño Sano: aplicación de técnicas craneosacras en recién nacidos asintomáticos.	Ortega Pérez S, et al.	275
Epidemiología y vigilancia	Brotos de enfermedades de transmisión hídrica en Andalucía durante los últimos 20 años.	Ortega Ruiz MF, et al.	222
Innovación en Salud Pública	Análisis de los grupos de investigación, estructuras estables de investigación cooperativa y ensayos clínicos en el Sistema de Salud Público Andaluz (SSPA), años 2008 y 2014.	Peña González A, et al.	233
Epidemiología y vigilancia	Estudio sobre el paludismo en el mundo. Período 2000-2015 según la OMS. CIE-10-ES.	Peña González A, et al.	230
Genómica	Búsqueda de marcadores genéticos para cribado de enfermedad cardiovascular en pacientes con diabetes mellitus tipo 2.	Pérez Bartivas D, et al.	320
Determinantes sociales	enfermería en la deshabituación tabáquica.	Pérez Dionisio M, et al.	136 El papel de la
Determinantes sociales	Evaluación de la adherencia a la dieta mediterránea en los estudiantes de enfermería.	Pérez Rodríguez L.	483
Innovación en Salud Pública	Un modelo de trabajo para la salud pública.	Pezzi Cereto MA, et al.	500
Organización de los servicios de salud	Análisis comparativo del número de trasplantes de córnea llevados a cabo en España. Años 2014 y 2016. Codificación CIE-10-ES.	Pino Gallardo S, et al.	338
Epidemiología y vigilancia	Estudio observacional analítico del número de ingresos con asma, producidos en España. Años 2014-2015. Codificación CIE 10-ES.	Pino Gallardo, S.	339
Epidemiología y vigilancia	Análisis estadístico de altas hospitalarias en España por EPOC en 2016 según código CIE 10 ES.	Pintor Luna RM, et al.	146

Mesa	Título	Autoras/es	Núm. Comunicación
Organización de los servicios de salud	Historia clínica electrónica y Diraya.	Pintor Luna RM, et al.	445 al
Participación ciudadana	Ley 42/2010, de 30 de diciembre: medidas sanitarias frente al tabaquismo.	Plata Luna E, et al.	392
Determinantes sociales	Re)formulando la reunión de referentes de programas. Un ejemplo práctico: Jornadas de trabajo PIOBIN. D.S. Málaga-Guadalhorce.	Prieto García N.	516
Epidemiología y vigilancia	Vacunación infantil a través de APP de Salud Responde.	Quero M, et al.	112
Organización de los servicios de salud	Manejo de la anquilosia por parte de la matrona en la Consulta de Atención Primaria.	Quirós Muriel C, et al	209
TICs	La diabetes mellitus y las apps. Carrasco	Racero MA, et al.	452
TICs	Alergia: Información y control de síntomas a través de APP de Salud Responde.	Ramos Rodríguez MB, et al.	114
Epidemiología y vigilancia	Proyecciones de incidencia de cáncer en Granada para 2017.	Redondo Sánchez D., et al.	409
Cambio climático	l cambio climático como objetivo prioritario en materia de salud pública.	Requena Mullor MM, et al.	160 E
Organización de los servicios de salud	Cómo hacer frente al mobbing por el profesional sanitario.	Reyes Gutiérrez MJ, et al.	355
Organización de los servicios de salud	Riesgos ergonómicos en centros sanitarios.	Reyes Gutiérrez MJ, et al.	361
Organización de los servicios de salud	La ansiedad en la Consulta de Odontología con Cuestionario STAI.	Reyes-Gilabert E, et al.	412
Epidemiología y vigilancia	Información notificada al INTYCF relativa a la composición de mezclas peligrosas	Rivas Arquillo MM, et al	67
Determinantes sociales	Medidas de calidad de vida relacionada con la salud reportadas por los pacientes en la práctica clínica del SSPA.	Rodríguez Barranco M, et al..	408

Mesa	Título	Autoras/es	Núm. Comunicación
Epidemiología y vigilancia	Eficacia y vía de administración en la vacuna de la fiebre tifoidea.	Rodríguez Garvín MJ, et al.	212
Genómica	Perfil de microARNs exosomales como herramienta diagnóstica y pronóstica en el cáncer de mama	Rodríguez Martínez A, et al	510
Determinantes sociales	Prevención de lumbalgias mediante el método Pilates aplicados bajo la supervisión de un fisioterapeuta.	Romera Morcilla J, et al.	478
Genómica	El saber del genoma humano en Salud Pública.	Ruiz Padilla MG, et al.	406
TICs	La salud a través de Internet.	Ruiz Sánchez MA, et al.	204
TICs	Salud Responde.	Ruiz Sánchez MA, et al.	205
Determinantes sociales	Ansiedad... ¿Por qué?	Ruiz Sánchez MA, et al..	203
Determinantes sociales	Ansiedad... ¿Por qué?	Ruiz Sánchez MA, et al..	249
Cambio climático	Exposición a bisphenol-A, parabenos y benzofenonas en una subcohorte de EPIC-España.	Salamanca-Fernández, et al.	407
TICs	Salud pública y aplicación móvil en fisioterapia domiciliaria.	Sánchez Moreno AB, et al.	238
Epidemiología y vigilancia	Supervivencia de los pacientes con cáncer en la Provincia de Granada en el periodo 2010-2013.	Sánchez Pérez MJ, et al.	410
Innovación en Salud Pública	Distrofia muscular y arteterapia en el niño.	Santiago Tejero C, et al	299
Innovación en Salud Pública	Realidad virtual: terapia eficaz en niños oncológicos hospitalizados.	Santiago Tejero C, et al.	333
Acciones poblacionales vulnerables	Intervenciones de enfermería en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo II: Educación nutricional.	Tirado Herrera E, et al.	468
Determinantes sociales	Actuación de enfermería ante la obesidad: ¿Cómo conseguir reducir la prevalencia en un futuro?	Tirado Herrera E, et al..	350
Epidemiología y vigilancia	El virus zika como problema actual: Abordaje de nuevas vías de investigación.	Torreblanca Lozano MJ, et al.	466
Epidemiología y vigilancia	Inhalación de sílice cristalina en el mecanizado de compactos de cuarzo: medidas preventivas.	Torregrosa Galera MI et al.	108
Epidemiología y vigilancia	Vigilancia de la salud en trabajadores de compacto de cuarzo expuestos a la sílice cristalina.	Torregrosa Galera MI, et al.	106

Mesa	Título	Autoras/es	Núm. Comunicación
Epidemiología y vigilancia	Formación e inhalación sobre los riesgos de inhalación de sílice cristalina en trabajadores de conglomerado de cuarzo.	Torregrosa Galera MI, et al.	109
TICs	Análisis de la actividad del centro de gestión de servicios TIC en el Servicio Andaluz de Salud. Periodo 2009-2013.	Torres Calvo MC, et al.	224
Innovación en Salud Pública	Sistemas básicos de modelos en salud pública.	Torres Úbeda FJ, et al.	321
TICs	Panorama actual de las publicaciones internacionales indexadas en PubMed sobre la m-salud en el ictus.	Torres-Pascual C, et al.	142
Seguridad alimentaria	Evaluación de la implicación en la salud de los consumidores alérgicos en el sector restauración.	Vázquez Corpas MA, et al.	530
Determinantes sociales	Plan Evacole en los comedores de gestión directa. Éxitos y carencias.	Vázquez Corpas MA, et al.	531
TICs	Aplicaciones de móviles en salud. Recuerdamed.	Vela Cueva M, et al.	191
Genómica	Robot Da Vinci.	Vela Cuevas M, et al.	248
Organización de los servicios de salud	Conciliación de la medicación en la Unidad de Hospitalización del HAR Guadix.	Velasco Niño B, et al.	132

Índice por Número de Comunicación

Mesa	Título	Autoras/es	Núm. Comunicación
Epidemiología y vigilancia	Mutaciones de Resistencias a antirretrovirales en pacientes naive con Infección VIH.	Chamorro Arévalo MA, et al.	2
Epidemiología y vigilancia	Influyen las pruebas de diagnóstico en la supervivencia de los pacientes con cáncer de pulmón que utilizaron los servicios de radiodiagnóstico, medicina nuclear y radioterapia?	Borrego Reina M, et al	3
Epidemiología y vigilancia	Influye el tiempo de transcurrir en pacientes con cáncer de pulmón que utilizaron los servicios de radiodiagnóstico medicina nuclear y radioterapia?	Borrego Reina M, et al.	4
Epidemiología y vigilancia	Depende el estadio y la localización del tumor en la supervivencia de los pacientes con cáncer de pulmón que utilizaron los servicios de radiodiagnóstico, medicina nuclear y radioterapia?	Borrego Reina M, et al.	5
Seguridad alimentaria	Percepción y satisfacción de las gestantes en cuanto a los consejos nutricionales durante el embarazo.	Merino L, et al.	8
Acciones poblacionales vulnerables	Nivel de carga de hijos cuidadores cuyas madres padecen esquizofrenia.	Maldonado Santos S, et al.	12
Acciones poblacionales vulnerables	La facilitación de procesos de vida independiente a jóvenes con discapacidad.	Maldonado Santos S, et al	13
Organización de los servicios de salud	Prevención de lesiones musculoesqueléticas en los celadores de una unidad de fisioterapia.	Caraballo Camacho M, et al.	17
Epidemiología y vigilancia	DeRmatitis atópica. Herrera Aquillo C, et al.	Herrera Aquillo C, et al.	29
Organización de los servicios de salud	El Servicio de Atención a la Ciudadanía: recogida y verificación de datos de facturación a terceros en 2016 en el Servicio de Urgencias.	García Salguero MI, et al.	31
TICs	Aplicaciones móviles de salud: Avanzando hacia el futuro.	Alcaide García MD, et al.	36
TICs	Gestión virtual de consultas quirúrgicas.	Armenteros Berral MM, et a	38
Determinantes sociales	Efectividad de un programa de rehabilitación precoz en pacientes intervenidos de artroplastia de rodilla.	Caraballo Camacho N, et al.	40
Epidemiología y vigilancia	El cáncer de pulmón. Relación del estadio y el primer síntoma.	Delgado Arroniz L, et al.	42

Mesa	Título	Autoras/es	Núm. Comunicación
Epidemiología y vigilancia			
Estudios de prospectiva	Alternativas no farmacológicas para alivio del dolor durante el parto.	Maldonado Santos S, et al.	61
Estudios de prospectiva	Cómo mejorar la experiencia de los pacientes ante una polisomnografía.	Delgado Lozano C, et al.	62
Estudios de prospectiva	Prioridades de la investigación biomédica y sus puntos de mira.	García Vílchez BM, et al.	63
Epidemiología y vigilancia	Información notificada al INTYCF relativa a la composición de mezclas peligrosas	Rivas Arquillo MM, et al	67
Organización de los servicios de salud	La importancia de la adecuada higiene de manos en un centro hospitalario.	Chvatova J, et al.	70
Determinantes sociales	Aumenta tu ejercicio físico si quieres bajar tus cifras de tensión arterial e IMC.	Cruzado Río P, et al.	72
Acciones poblacionales vulnerables	Prematuro más oxigenoterapia, más incidencia de retinopatía.	Cruzado Río P, et al.	73
Participación ciudadana	Jornadas de salud: enseñando RCP.	García J, et al.	74
Acciones poblacionales vulnerables	El síndrome de Melkersson-Rosenthal. Una enfermedad rara con repercusión en salud pública oral.	García Rubio A.	79
Participación ciudadana	Prevención de la patología oral relacionada con el tabaquismo en Atención Primaria.	García Rubio A, et al.	80
Organización de los servicios de salud	Efectos del mal aliento en la salud de los pacientes que lo padecen y su abordaje odontológico.	García Rubio A, et al.	81
Organización de los servicios de salud	La actividad física como factor protector frente a problemas de salud pública en el dentista.	García Rubio A, et al.	82

Mesa	Título	Autoras/es	Núm. Comunicación
Determinantes sociales	Yoga en el manejo del dolor crónico.	Carballo Camacho N, et al.	83
Organización de los servicios de salud	Abordaje de las homeopatías congénitas en salud pública oral.	García Rubio A, et al.	84
Seguridad alimentaria	Repercusión en Salud Pública por incremento de cisticercos en porcino.	Morales Capelo A, et al.	85
Salud ambiental y entornos saludables	Xenoestrógenos y patologías materno-infantiles.	García González J, et al.	91
Participación ciudadana	Por un aumento de la lactancia materna.	García J, et al.	92
Determinantes sociales	Taller hábitos de vida saludable.	García J, et al.	93
Acciones poblacionales vulnerables	Camino de Santiago con pacientes de rehabilitación cardiaca.	García J, et al.	95
Determinantes sociales	Promoción de la actividad física y salud desde la Atención Primaria.	Chvatova J., et al.	101
Organización de los servicios de salud	El TCAE en equipo multidisciplinar con el paciente psicogerátrico.	Olivares Carmona MI, et al.	103
Epidemiología y vigilancia	Vigilancia de la salud en trabajadores de compacto de cuarzo expuestos a la sílice cristalina.	Torregrosa Galera MI, et al.	106
Organización de los servicios de salud	El uso de la espirometría con el fin de reducir el tabaquismo.	Chvatova J, et al.	107
Epidemiología y vigilancia	Inhalación de sílice cristalina en el mecanizado de compactos de cuarzo: medidas preventivas.	Torregrosa Galera MI et al.	108
Epidemiología y vigilancia	Formación e inhalación sobre los riesgos de inhalación de sílice cristalina en trabajadores de conglomerado de cuarzo.	Torregrosa Galera MI,et al.	109

Mesa	Título	Autoras/es	Núm. Comunicación
Determinantes sociales	Síntomas climatéricos: ¿Es eficaz el uso de fitoestrógenos para su alivio?	Fernández Cabalín J, et al	110
TICs	Introducción y dificultades en la implantación de las tecnologías de la información y la comunicación en la función asistencial.	López Villén A, et al.	111
Epidemiología y vigilancia	Vacunación infantil a través de APP de Salud Responde.	Quero M, et al.	112
TICs	Alergia: Información y control de síntomas a través de APP de Salud Responde.	Ramos Rodríguez MB, et al.	114
Acciones poblacionales vulnerables	Existe relación entre la malnutrición y la fragilidad en mayores de 70 años?	Gómez Guirao, F.	118
Organización de los servicios de salud	Implementación de activos en salud comunitarios por el fisioterapeuta de Atención Primaria.	Aranda García FJ, et al.	119
Organización de los servicios de salud	Conciliación de la medicación en la Unidad de Hospitalización del HAR Guadix.	Velasco Niño B, et al.	132
Organización de los servicios de salud	Seguimiento telefónico de los pacientes tras el alta hospitalaria.	Muñoz Martín R, et al.	133
Determinantes sociales	Causas de abandono de la lactancia materna.	Fernández Cabalín J, et al.	135
Determinantes sociales	enfermería en la deshabituación tabáquica.	Pérez Dionisio M, et al.	136 El papel de la
Determinantes sociales	Obesidad en el embarazo: papel de la matrona en su prevención.	Campos López MR, et al.	138
TICs	Impacto de las tecnologías de la información y la comunicación sobre el paciente crónico. Una revisión sistemática..	López de Miguel C, et al	141
TICs	Panorama actual de las publicaciones internacionales indexadas en PubMed sobre la m-salud en el ictus.	Torres-Pascual C, et al.	142
Epidemiología y vigilancia	Análisis estadístico de altas hospitalarias en España por EPOC en 2016 según código CIE 10 ES.	Pintor Luna RM, et al.	146
Cambio climático	Un cambio climático, un cambio de enfermedades.	Guillén Fernández I, et al.	147

Mesa	Título	Autoras/es	Núm. Comunicación
TICs	Las aplicaciones móviles en salud, un futuro muy presente.	Guillén Fernández J, et al.	148
Organización de los servicios de salud	Caso clínico de diabetes mellitus tipo 2..	Gómez Rodríguez E, et al	152
Organización de los servicios de salud	Eficiencia de la enfermería en la gestión oncológica.	Gómez Rodríguez E, et al.	154
Epidemiología y vigilancia	La falta de adherencia al tratamiento farmacológico, obstáculo para mejorar la salud.	Navarro Martínez C, et al.	158
Determinantes sociales	Promoción de la salud desde la farmacia en pacientes adictos al tabaco.	Navarro Martínez C, et al	159
Cambio climático	l cambio climático como objetivo prioritario en materia de salud pública.	Requena Mullor MM, et al.	160 E
Organización de los servicios de salud	El uso de la hoja gráfica de medicación para pacientes ancianos.	Chvatova J, et al.	163
Seguridad alimentaria	Repercusión en Salud Pública por incremento de cisticercos en porcino.	Hurtado Bejarano G, et al.	168
TICs	Intervención para el bienestar emocional y resiliencia en diálisis pediátrica a través de realidad virtual; un estudio de caso.	Flujas Contreras JM, et al.	184
TICs	Desarrollo de una aplicación móvil para la parentalidad positiva (SIVAE).	Flujas Contreras JM, et al.	185
Determinantes sociales	Flexibilidad psicológica como factor de protección en la regulación emocional en la adolescencia.	Cobos Sánchez L, et al.	186
TICs	Estudio de usabilidad y aceptabilidad de la Academia Espacial: un programa de bienestar emocional y resiliencia basado en Realidad Virtual.	Flujas Contreras JM, et al.	187
TICs	Validación preliminar del cuestionario de aceptación parental (6PAQ).	Flujas Contreras JM, et al.	188
Determinantes sociales	Cómo nos influye psicológicamente nuestra implicación en el trabajo.	Alcaide García MD, et al..	189
TICs	Aplicaciones de móviles en salud. Recordamed.	Vela Cueva M, et al.	191
Organización de los servicios de salud	Estrategia de gestión para la mejora de la calidad asistencia: logística hospitalaria.	Muñoz Zamora R, et al.	192

Mesa	Título	Autoras/es	Núm. Comunicación
Organización de los servicios de salud	Medicación con nombre similar: prevención de errores.	Armenteros Berral MM, et al.	193
Seguridad alimentaria	Repercusión de las intervenciones para la reducción de sodio dietético en la población.	Illana Álvarez A, et al.	195
Organización de los servicios de salud	Uso recurrente de la mascarilla de CPAP y cuidados enfermeros.	Chvatova J, et al	196
Acciones poblacionales vulnerables	Administración de Vitamina A a recién nacidos a término en países en vías de desarrollo para la prevención de la mortalidad y la morbilidad.	Illana Álvarez A, et al.	197
Determinantes sociales	Ansiedad... ¿Por qué?	Ruiz Sánchez MA, et al..	203
TICs	La salud a través de Internet.	Ruiz Sánchez MA, et al.	204
TICs	Salud Responde.	Ruiz Sánchez MA, et al.	205
TICs	Formación continuada en Atención Primaria	Fuentes Pérez A, et al.	206
TICs	La ciber salud.	Fuentes Pérez A, et al.	207
TICs	Tecnología de información y comunicación.	Fuentes Pérez A, et al.	208
Organización de los servicios de salud	Manejo de la anquilosia por parte de la matrona en la Consulta de Atención Primaria.	Quirós Muriel C, et al	209
Epidemiología y vigilancia	Eficacia y vía de administración en la vacuna de la fiebre tifoidea.	Rodríguez Garvín MJ, et al.	212
TICs	Modelo de implantación progresiva de la historia de la salud informatizada.	Armenteros Berral JD, et al.	213
TICs	Uso integrado de las nuevas tecnologías y aplicaciones corporativas para la mejora de las competencias profesionales.	Armenteros Berral JD, et al.	214
TICs	Empleo tecnologías para favorecer el acceso a centros hospitalarios.	Armenteros Berral JD, et al.	216
TICs	TIC como instrumento de dirección de las solicitudes de ortoprótesis derivado de hospitales concertados.	Armenteros Berral JD, et al.	217

Mesa	Título	Autoras/es	Núm. Comunicación
Acciones poblacionales vulnerables	Sesiones de apoyo entre padres y madres de recién nacidos.	Estébanez Lucio N, et al.	220
Epidemiología y vigilancia	Brotos de enfermedades de transmisión hídrica en Andalucía durante los últimos 20 años.	Ortega Ruiz MF, et al.	222
TICs	Análisis de la actividad del centro de gestión de servicios TIC en el Servicio Andaluz de Salud. Periodo 2009-2013.	Torres Calvo MC, et al.	224
Organización de los servicios de salud	Cuidados de enfermería en pacientes con hipertensión arterial.	Hernández Castillo M, et al.	227
Epidemiología y vigilancia	Estudio sobre el paludismo en el mundo. Período 2000-2015 según la OMS. CIE-10-ES.	Peña González A, et al.	230
Participación ciudadana	Estrategias para mejorar la adherencia al tratamiento terapéutico.	Guerrero Cruz B, et al.	231
Participación ciudadana	Jornadas de Salud. Iniciativa ampliada en el área.	Carbajo Martín L, et al.	232
Innovación en Salud Pública	Análisis de los grupos de investigación, estructuras estables de investigación cooperativa y ensayos clínicos en el Sistema de Salud Público Andaluz (SSPA), años 2008 y 2014.	Peña González A, et al.	233
TICs	Salud pública y aplicación móvil en fisioterapia domiciliaria.	Sánchez Moreno AB, et al.	238
Organización de los servicios de salud	Programa de fomento del autocuidado bucodental realizado por el Servicio Andaluz de Salud en colaboración con asociaciones de personas frágiles.	Bejarano Ávila G, et al.	240
Organización de los servicios de salud	Consulta telefónica. Abandonando las tareas burocráticas de la consulta.	Aranda Lara FJ, et al.	242
Epidemiología y vigilancia	Descripción de los casos del brote de Hepatitis A que han sido diagnosticados en el Hospital Universitario Virgen de la Victoria.	Calderón Cid M, et al.	244
Evaluación del impacto en salud	Intervención fisioterapéutica en las patologías respiratorias susceptibles de trasplante y sus repercusiones.	Castellano López MJ, et al.	246
Genómica	Robot Da Vinci.	Vela Cuevas M, et al.	248

Mesa	Título	Autoras/es	Núm. Comunicación
Determinantes sociales	Ansiedad... ¿Por qué?	Ruiz Sánchez MA, et al..	249
Determinantes sociales	Actualización en nutrición durante el embarazo.	Ibáñez JR, et al..	250
Genómica	Ventajas de un sistema de gestión electrónica para medicamentos en investigación (ensayos clínicos).	Fernández Ruiz G, et al.	253
Seguridad alimentaria	Presencia de triquina en cerdos sacrificados en matadero. Revisión en el A.G.S. Osuna en el periodo 2014-16.	Muñoz Díaz MP, et al.	254
Organización de los servicios de salud	Hemorragia posparto: actuación en equipo.	Ibáñez JR, et al.	255
Organización de los servicios de salud	Información y notificación de problemas en el sistema de registro.	Alcaide Lucena C, et al.	256
TICs	La sanidad electrónica. La transformación del modelo sanitario actual.	Fernández Ruiz G, et al.	258
Organización de los servicios de salud	Asegurar la actividad de un hospital mejorando sus instalaciones.	Alcaide Lucena C, et al.	259
Organización de los servicios de salud	Utilización y estudio de medidas para el cuidado de la espalda de los profesionales sanitarios.	Alcaide Lucena C, et al.	260
Salud ambiental y entornos saludables	La formación del personal de piscinas y otras instalaciones deportivas en la prevención de riesgos para la salud de los usuarios.	Casañas Carrillo MC, et al.	267
Participación ciudadana	La valoración del usuario a la hora de escoger hospital.	Alcaide García MD, et al.	270
Innovación en Salud Pública	Innovación en las primeras revisiones de Niño Sano: aplicación de técnicas craneosacras en recién nacidos asintomáticos.	Ortega Pérez S, et al.	275
Organización de los servicios de salud	Innovando en el puerperio: la consulta telefónica.	Molina García L, et al.	276
Determinantes sociales	Alimentación complementaria dirigida por el bebé: baby led weaning.	Hidalgo Ruiz M, et al..	277

Mesa	Título	Autoras/es	Núm. Comunicación
Evaluación del impacto en salud	Kristeller: La maniobra invisible.	Molina García L, et al.	278
Innovación en Salud Pública	Acceder a la historia clínica en línea con ClicSalud.	Espinar Martínez JM, et al.	280
Participación ciudadana	El bosque de la salud.	Gordillo de la Cerda EV.	281
Organización de los servicios de salud	Servicio de Atención al Ciudadano. Peticiones de historias clínicas en el Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez.	Almagro Calzada M, et al.	283
Acciones poblacionales vulnerables	Candidat@s para rehabilitación cardiaca.	Gordito de la Cerca EM.	284
Epidemiología y vigilancia	Factores de riesgo en el desarrollo del vaginismo: Estudio de casos y controles.	Fadul Calderón R, et al.	285
TICs	Acceso a la historia clínica en el Hospital Carlos Haya.	Moreno Lucena D, et al.	293
Cambio climático	Cambio climático y su repercusión en la salud.	García González I, et al.	294
Organización de los servicios de salud	La profesionalidad del técnico en documentación sanitaria.	Moreno Lucena D, et al.	295
Acciones poblacionales vulnerables	Tríptico informativo de intervención fisioterápica domiciliaria en pacientes de 3ª edad.	González Rodríguez S, et al.	296
Innovación en Salud Pública	Distrofia muscular y arteterapia en el niño.	Santiago Tejero C, et al.	299
Organización de los servicios de salud	El celador en fibrosis quística.	Casal Fernández J..	301
Organización de los servicios de salud	Funciones del celador en la Sala de Fisioterapia, riesgos para la salud pública del paciente.	Casal Fernández J.	303

Mesa	Título	Autoras/es	Núm. Comunicación
Salud ambiental y entornos saludables	Protocolo de autocontrol en piscinas de uso público: experiencia de labor informativa para facilitar su implantación.	Casañas Carrillo MC, et al.	307
Epidemiología y vigilancia	Epidemiología de las disfunciones gonadales en áreas de alta o baja exposición a plaguicidas.		309
Salud ambiental y entornos saludables	Control de la información suministrada en la compraventa de productos químicos por Internet.	De la Rosa Millán D, et al.	311
TICs	La importancia de las TICs en la optimización y eficiencia en el diagnóstico clínico.	Gálvez Castro J, et al	315
Innovación en Salud Pública	Beneficio económico y satisfacción con el nuevo modelo de dispensación de medicamentos en los centros sociosanitarios desde las farmacias hospitalarias.	Fernández Ruiz G, et al.	316
Acciones poblacionales vulnerables	Beneficios en el paciente institucionalizado en centros sociosanitarios con la inclusión de las figuras del farmacéutico y técnico de farmacia a través del envío de medicación desde la farmacia hospitalaria.	Fernández Ruiz G, et al.	318
Seguridad alimentaria	Etiquetado nutricional y seguridad alimentaria.	García González I, et al.	319
Genómica	Búsqueda de marcadores genéticos para cribado de enfermedad cardiovascular en pacientes con diabetes mellitus tipo 2.	Pérez Bartivas D, et al	320
Innovación en Salud Pública	Sistemas básicos de modelos en salud pública.	Torres Úbeda FJ, et al.	321
Determinantes sociales	Prevención de la osteoporosis: consumo de té.	Martínez Yébenes R, et al..	322
Participación ciudadana	Salvar vidas desde niño.	Moreno Ortega JA, et al.	326
Organización de los servicios de salud	Satisfacción laboral.	Moreno Ortega JA, et al.	327
Innovación en Salud Pública	Realidad virtual: terapia eficaz en niños oncológicos hospitalizados.	Santiago Tejero C, et al.	333
Evaluación del impacto en salud	El hierro durante los primeros seis meses de vida.	Lara Leiva LF, et al	335

Mesa	Título	Autoras/es	Núm. Comunicación
Organización de los servicios de salud	Estudio observacional analítico del número de trasplantes renales en Andalucía. Año 2014-2016. Codificación CIE-10-ES.	Marín Fernández JM, et al.	337
Organización de los servicios de salud	Análisis comparativo del número de trasplantes de córnea llevados a cabo en España. Años 2014 y 2016. Codificación CIE-10-ES.	Pino Gallardo S, et al.	338
Epidemiología y vigilancia	Estudio observacional analítico del número de ingresos con asma, producidos en España. Años 2014-2015. Codificación CIE 10-ES.	Pino Gallardo, S.	339
Participación ciudadana	Radiaciones ionizantes en su justa medida. Experiencia de trabajo coordinado entre Atención Primaria, la Unidad de Radiodiagnóstico y la ciudadanía.	Carbajo Martín L, et al.	343
Acciones poblacionales vulnerables	Programa de vestido en personas con esclerosis múltiple secundaria progresiva.	Echávarri González R, et al.	344
Epidemiología y vigilancia	Muestreo antígeno virus Orthomyxoviridae: A(H1N1), A(H3N2) y B Vigilancia epidemiológica. Revisión Bibliográfica.	García Villegas E, et al.	349
Determinantes sociales	Actuación de enfermería ante la obesidad: ¿Cómo conseguir reducir la prevalencia en un futuro?	Tirado Herrera E, et al..	350
Organización de los servicios de salud	Cómo hacer frente al mobbing por el profesional sanitario.	Reyes Gutiérrez MJ, et al.	355
Organización de los servicios de salud	Inducción de parto en mujeres con cesárea anterior.	Fernández Valero MJ, et al.	356
Epidemiología y vigilancia	Importancia de la prevención de la infección nosocomial por el personal sanitario.		358
Estudios de prospectiva	Riesgo para la salud pública del brazo hemipléjico de los pacientes con accidente cardiovascular y las transferencias del celador.	Casal Fernández J, et al.	360
Organización de los servicios de salud	Riesgos ergonómicos en centros sanitarios.	Reyes Gutiérrez MJ, et al.	361

Mesa	Título	Autoras/es	Núm. Comunicación
Acciones poblacionales vulnerables	Salud Pública acuática en el trastorno del espectro autista, trabajo multidisciplinar para la adaptación al agua.	Casal Fernández J.	364
Estudios de prospectiva	Posibles nuevos escenarios en odontología de Atención Primaria: aplicación de la tecnología láser. Revisión bibliográfica.	Bejarano-Ávila G, et al.	366
Participación ciudadana	Radiaciones ionizantes en su justa medida. Experiencia de trabajo coordinado entre Atención Primaria, la Unidad de Radiodiagnóstico y la ciudadanía.	Carbajo Martín L, et al.	367
Cambio climático	Cambio climático y salud pública: causas, efectos sobre la salud y medidas de prevención y/o adaptación.	López Villén A, et al.	368
Organización de los servicios de salud	Profesionales de la Medicina Preventiva y Salud Pública.	García Vílchez BM, et al.	370
Determinantes sociales	Embarazo ectópico: Factores de riesgo	Membrilla Beltrán L, et al..	377
Seguridad alimentaria	No a la comida basura.	González Troya SM, et al.	378
Cambio climático	Efectos del cambio climático y contaminación en la prevalencia de enfermedades respiratorias en la población.	Monje Alcázar I, et al.	382
Seguridad alimentaria	Alergias e intolerancias alimentarias en comedores escolares de la Z.B.S. de Coín.	López Parra A, et al.	390
Seguridad alimentaria	Gestión y control de riesgos relacionados con alergias e intolerancias alimentarias en comedores escolares de la Z.B.S. de Coín.	López Parra A, et al.	391
Participación ciudadana	Ley 42/2010, de 30 de diciembre: medidas sanitarias frente al tabaquismo.	Plata Luna E, et al.	392
TICs	Presentación y análisis del novedoso módulo de ayuda a la codificación (MAC) con CIE-10.	Gutiérrez Moreno D, et al.	397
Genómica	El saber del genoma humano en Salud Pública.	Ruiz Padilla MG, et al.	406
Cambio climático	Exposición a bisfenol-A, parabenos y benzofenonas en una subcohorte de EPIC-España.	Salamanca-Fernández, et al.	407
Determinantes sociales	Medidas de calidad de vida relacionada con la salud reportadas por los pacientes en la práctica clínica del SSPA.	Rodríguez Barranco M, et al..	408
Epidemiología y vigilancia	Proyecciones de incidencia de cáncer en Granada para 2017.	Redondo Sánchez D., et al.	409
Epidemiología y vigilancia	Supervivencia de los pacientes con cáncer en la Provincia de Granada en el periodo 2010-2013.	Sánchez Pérez MJ, et al.	410

Mesa	Título	Autoras/es	Núm. Comunicación
Epidemiología y vigilancia	Evaluación del impacto de la comorbilidad en la supervivencia del cáncer: un estudio de base poblacional.	Luque Fernández MA, et al.	411
Organización de los servicios de salud	La ansiedad en la Consulta de Odontología con Cuestionario STAI.	Reyes-Gilabert E, et al.	412
Seguridad alimentaria	Prevalencia del Mal rojo en un matadero de porcino.	Jiménez Jiménez EM, et al.	413
Seguridad alimentaria	Demanda de dietas especiales en comedores escolares.	Jiménez Jiménez EM, et al.	415
Seguridad alimentaria	Modelo de gestión en comedores escolares versus modelo de Control de riesgo asociado a alérgenos.	Jiménez Jiménez EM, et al.	419
Seguridad alimentaria	Incidencia de casos de ictericia en un matadero de Porcino.	Clérico Dorado F, et al.	440
Organización de los servicios de salud	Historia clínica electrónica y Diraya.	Pintor Luna RM, et al.	445 al
Epidemiología y vigilancia	Incidencia de la bilirrubenia en recién nacidos.	Martos López IM, et al.	447
Determinantes sociales	Preferencias de anticoncepción según el país de origen.	Martos López IM, et al..	448
Epidemiología y vigilancia	El síndrome metabólico. Estudio de hospitalización en Andalucía.	González Lozano CI, et al.	449
Participación ciudadana	Primeros auxilios y los conocimientos del profesorado.	Carrasco Racero MM, et al.	451
TICs	La diabetes mellitus y las apps. Carrasco	Racero MA, et al.	452
Participación ciudadana	Valoración de un programa de educación para la salud en dieta sin gluten para escolares.	Carrasco Racero MM, et al.	453
TICs	Teleasistencia domiciliaria. ¿Influye en la calidad de vida de nuestros mayores?	Montoro Ortiz M, et al.	456
TICs	TIC en la consulta de Atención Primaria.	Montoro Ortiz M, et al.	458
Epidemiología y vigilancia	La importancia de la vacunación en el proceso sanitario.	López Millán A, et al.	460

Mesa	Título	Autoras/es	Núm. Comunicación
Organización de los servicios de salud	El uso de la bañera obstétrica en el alivio del dolor de parto. Un estudio descriptivo.	Herrera Gómez A, et al.	461
Determinantes sociales	Por qué vacunar a mi hijo? Papel de las TIC en la educación sanitaria.	Fernández García F, et al.	465
Epidemiología y vigilancia	El virus zika como problema actual: Abordaje de nuevas vías de investigación.	Torreblanca Lozano MJ, et al.	466
Acciones poblacionales vulnerables	Intervenciones de enfermería en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo II: Educación nutricional.	Tirado Herrera E, et al.	468
TICs	TIC en la consulta de Atención Primaria.	Montoro Ortiz M, et al.	474
Determinantes sociales	Prevención de lumbalgias mediante el método Pilates aplicados bajo la supervisión de un fisioterapeuta.	Romera Morcilla J, et al.	478
Determinantes sociales	Evaluación de la adherencia a la dieta mediterránea en los estudiantes de enfermería.	Pérez Rodríguez L.	483
Genómica	Alteraciones en la expresión de LncRNA en adenocarcinoma de pulmón.	Arenas Molina A, et al.	489
Organización de los servicios de salud	La lesión perineal grave: ¿Cómo prevenirla?.	Moya Amézcuea AB, et al	492
Epidemiología y vigilancia	Uso de probióticos en el tratamiento y prevención de las alergias durante la etapa pre- y postnatal.	Giménez Asensio O, et al.	497
Epidemiología y vigilancia	Utilidad de la Vitamina D para la detección de la enfermedad cardiovascular y relación con el metabolismo óseo.	Auzmendi Rodríguez N, et al.	499
Innovación en Salud Pública	Un modelo de trabajo para la salud pública.	Pezzi Cereto MA, et al.	500
Acciones poblacionales vulnerables	Exposición perinatal al humo del tabaco y alteraciones respiratorias en la infancia.	Martínez Yébenes R, et al	501
Salud ambiental y entornos saludables	Actuación sanitaria para la disminución de la infección nosocomial.	Huerta González N, et al.	504

Mesa	Título	Autoras/es	Núm. Comunicación
TICs	La e-salud o e-health.	Huerta González N.	507
Genómica	Perfil de microARNs exosomales como herramienta diagnóstica y pronóstica en el cáncer de mama	Rodríguez Martínez A, et al	510
Organización de los servicios de salud	Análisis modal de fallos y efectos del proceso prescripción, preparación y administración de citostáticos.	Navarro Moro I, et al.	513
Organización de los servicios de salud	Cambios producidos en el puerperio y evolución.	Fernández Gómez C, et al.	514
Determinantes sociales	Re)formulando la reunión de referentes de programas. Un ejemplo práctico: Jornadas de trabajo PIOBIN. D.S. Málaga-Guadalhorce.	Prieto García N.	516
TICs	Aplicaciones del big data como herramienta para mejorar la salud pública.	Llanes Fernández de la Cueva G, et al.	526
Seguridad alimentaria	Evaluación de la implicación en la salud de los consumidores alérgicos en el sector restauración.	Vázquez Corpas MA, et al.	530
Determinantes sociales	Plan Evacole en los comedores de gestión directa. Éxitos y carencias.	Vázquez Corpas MA, et al.	531