

Conclusiones: El presente trabajo es uno de los primeros en España en analizar la exposición individual a benceno de población infantil general. Los niveles encontrados fueron inferiores respecto a otros estudios y la legislación en materia de calidad del aire. No se encontró asociación con los indicadores de salud respiratoria. Sería necesaria investigación adicional para conocer mejor esta relación.

Financiación: ISCIII (Red INMA G03/176, CB041, FIS-FEDER 03/1615, 04/1509, 06/1213, 07/0314, 09/02647, 11/02591, 12/00610 y 13/02032). Conselleria Sanitat GV.

251. EXPOSICIÓN PRENATAL A RETARDANTES DE LLAMA Y DESARROLLO FETAL

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

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

Antecedentes/Objetivos: Los polibromodifenil éteres (PBDEs) son retardantes de llama que han sido usados en plásticos, productos electrónicos, textiles y materiales de construcción. No existen estudios previos que hayan investigado el efecto de la exposición a estos compuestos sobre el crecimiento fetal. Los datos sobre sus potenciales consecuencias en la antropometría neonatal son escasos e inconclusos. El objetivo del estudio es investigar la asociación entre las concentraciones de ciertos congéneres de PBDEs (47, 99, 153, 154 y 209) y la antropometría fetal y neonatal.

Métodos: La población de estudio son mujeres embarazadas y sus hijos nacidos entre 2004 y 2008 y que pertenecen a las cohortes INMA (Infancia y Medio Ambiente) de Asturias y Valencia. Los PBDEs se midieron en sueros de 670 madres en semana 12 de embarazo y 534 cordones. Mediante modelos mixtos ajustados por edad gestacional y potenciales determinantes constitucionales del crecimiento del feto y la antropometría al nacimiento, se obtuvieron curvas de crecimiento fetal para circunferencia abdominal (CA), peso fetal estimado (PFE), longitud de fémur (LF) y diámetro biparietal (DB), así como curvas de antropometría neonatal para peso, talla y perímetro cefálico. A partir de estas curvas se calcularon z-scores en las semanas 12, 20 y 34 de gestación y al nacimiento. La asociación entre PBDEs y el tamaño fetal y neonatal se estudió mediante modelos de regresión múltiple.

Resultados: Se encontró una asociación inversa estadísticamente significativa entre PBDEs y LF en la semana 12 y PFE y CA en la semana 34 de embarazo. Respecto a los congéneres, la asociación fue más clara con BDE 99, siguiendo el mismo patrón que para PBDEs. Además, BDE 99 se asoció con un decrecimiento en DB desde mitad del embarazo hasta el nacimiento. Al nacer, BDE 99 y 209 se asociaron inversamente con perímetro cefálico y BDE 99 con peso. El rango de decrecimiento para estos parámetros fue entre -4,7 y -1,8% por cada duplicación de la concentración del contaminante.

Conclusiones: Los resultados sugieren efectos tempranos en talla y tardíos en peso y volumen asociados con la exposición prenatal a PBDEs. A parte de las medidas antropométricas neonatales, las ecografías suponen un prometedor método para evaluar cómo la exposición temprana a PBDEs, u otras exposiciones, pueden afectar al crecimiento fetal.

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

297. SOPORTE DE LA DIPUTACIÓN DE BARCELONA A MUNICIPIOS PARA EL CONTROL SANITARIO DEL AGUA DE CONSUMO

M. Colom Solé, M. Moreno Díaz, M. Bertrán Ribera, L. Esponera Martín, C. Chamorro Moreno

Diputació de Barcelona.

Antecedentes/Objetivos: Los municipios son responsables de asegurar que el agua subministrada a través de cualquier red de distribución, cisterna o depósito móvil en su término municipal es apta para el consumo en el punto de entrega al consumidor. Desde 1.997, el Servicio de Salud Pública de la Diputación de Barcelona ofrece soporte a los municipios menores de 1.001 habitantes y de entre 1.001 y 5.000 habitantes con gestión directa del abastecimiento para ejercer esta competencia.

Métodos: Este soporte se materializa en: realización, según la normativa vigente, de los análisis de las muestras, asesoramiento sobre los resultados obtenidos, elaboración y actualización de protocolos de autocontrol y gestión (PAG), ayuda económica para mejora de infraestructuras, gestión de datos del Sistema de Información Nacional de Agua de Consumo (SINAC) por delegación municipal, formación de personal técnico. Para municipios de entre 1.001 y 5.000 habitantes con gestión privada el soporte consiste en la realización de analíticas en el grifo del consumidor.

Resultados: Un total de 108 municipios (68.462 habitantes) de 109 municipios posibles, reciben el soporte que se ofrece. Se ha elaborado el PAG del abastecimiento en 65 municipios. Durante 2013 se analizaron 1.712 muestras (145 análisis completos, 1.301 de control y 266 seguimientos específicos). En 42 municipios se están realizando seguimientos analíticos de algún parámetro. El coste del soporte analítico en 2013 fue de 298.038 €. Se destinaron 999.608 € para mejora de instalaciones de tratamiento del agua en 33 municipios (sobre todo cloradores automáticos con autonizador y sistemas de telecontrol). En 2013 se amplió el soporte técnico mediante una prueba piloto con el objetivo de gestionar la comunicación de datos al SINAC. Se ha obtenido autorización de 37 municipios. Se han introducido datos y han sido validados por el administrador autonómico en 29 de estos municipios. Desde 2013 se dispone de una herramienta informática para la gestión de los análisis de las muestras de agua. Esto permitirá la explotación de los datos disponibles.

Conclusiones: Cuando se inició la actividad de soporte a los municipios en materia de control sanitario del agua de consumo humano, se detectaron deficiencias técnicas, estructurales y de formación en los municipios más pequeños. Por este motivo esta línea de soporte se ha ido transformando y ampliando hasta convertirse en una tutela integral.

648. MEDIDAS DE PROTECCIÓN DE LAS VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO SEGÚN LAS DESIGUALDADES DE GÉNERO DE LA COMUNIDAD DE RESIDENCIA. ¿UNA JUSTICIA INVERSA?

M. García Quinto, J. Fernández Sáez, V. Clemente Gómez, M.T. Ruiz Cantero

Doctorado CC Salud, Universidad de Alicante; Universidad de Alicante; CIBERESP.

Antecedentes/Objetivos: La Ley de Protección Integral contra la Violencia de Género de 2004, se centra en una función de la Salud Pública: Proteger la salud. Su impacto debe notarse gradualmente. Objetivo: Analizar denuncias y mortalidad por violencia del compañero íntimo (VCI), y medidas judiciales de protección de las víctimas, según desigualdades de género de Comunidades Autónomas (CCAA) de España, 2006 y 2011.

Métodos: Estudio ecológico de la relación del índice de desigualdad de género (IDG) de las CCAA con las variables dependientes: muertes y denuncias de mujeres por VCI, y frecuencia de medidas judiciales civiles (salida del domicilio, suspensión del régimen de visitas, suspensión guarda y custodia y prestación de alimentos) y penales (privativas de libertad, orden de alejamiento, prohibición de comunicación y suspensión tenencia y uso de armas) con/sin orden de protección (OP) por VCI (2006 y 2011). Fuentes: Observatorio Estatal de Violencia sobre la Mujer, INE, Informes Estadísticos anuales Poder Judicial. Agrupación de CCAA según IDG España en 2006: 0,104 y 2011: 0,082 (por encima: > desigualdad de género, por debajo: > igualdad). Cálculo de tasas de mortalidad de mujeres > 14 años y de denuncias para las CCAA con IDGalto y bajo, del coeficiente de determinación entre las variables dependientes y el IDG, y del riesgo de aplicación de medidas judiciales, con/sin OP, en las CCAA según su IDG. Contraste entre 2006 y 2011.

Resultados: En España se realizaron 8.315.202 denuncias en 2006 y 11.417.799 en 2011 por VCI. A > desigualdad de género de las CCAA > riesgo de denunciar por VCI, en 2006: $R^2 = 34\%$ ($p = 0,01$), y 2011: $R^2 = 27,9\%$ ($p = 0,03$). No se detectan diferencias en el riesgo de morir por VCI de las mujeres que viven en CCAA con diferentes IDG; pero se observa una disminución de la pendiente de la recta en 2011, al aumentar las muertes en las CCAA con > igualdad de género y disminuir en las desiguales. En 2006, la probabilidad de todas las medidas civiles es probabilidad en las CCAA más igualitarias. Las OP acompañantes a las medidas civiles y penales son adoptadas con > probabilidad en las CCAA con más igualdad de género.

Conclusiones: Paradójicamente, con el mayor número de denuncias en las CCAA con mayor desigualdad, la adopción de medidas judiciales penales y civiles, con y sin orden de protección de las víctimas de VCI, es menos frecuente.

Financiación: Instituto de la Mujer, España.

de Sanitat y que comenzaron a funcionar en el año 2010. Con la puesta en marcha de estos centros se habilitó la utilidad Consulta del Viajero (CONVI) integrada en el sistema de registro nominal de vacunas (Sistema de Información Vacunal; SIV) de la comunidad, con el fin de aumentar la calidad en la consulta del viajero internacional. El objetivo del estudio ha sido analizar el perfil de los viajeros atendidos en los CVI de CV y registrados en CONVI de septiembre de 2011 a diciembre de 2013.

Métodos: Análisis descriptivo de los datos de los viajeros registrados en CONVI por los siete CVI dependientes de la Conselleria de Sanitat de septiembre de 2011 a diciembre de 2013. Las variables incluidas en el estudio: persona, sexo, edad, motivo viaje, tipo alojamiento (rural/urbano), lugar alojamiento, país destino, vacunas administradas y quimioprofilaxis recibida.

Resultados: Durante el periodo de estudio se registraron 7.943 viajeros (52,41% hombres) con una media de edad de $35,75 \pm 24,12$ que visitaron 148 países distintos (Tailandia; 1.092 viajeros). El 52,35% de los viajes fueron por turismo, seguido del motivo trabajo (22,93%) y los inmigrantes y acompañantes que visitan familiares y amigos (visiting friends and relatives-VFR) con 14,60%. El tipo de alojamiento fue rural en el 45,87% de los viajes. Y correspondió en el 55,26% a hoteles y el 33,35% a domicilio particular. Se administraron 30.613 dosis de vacunas, el 47,45% vacunas específicas de viajero (fiebre amarilla, encefalitis japonesa, encefalitis centroeuropea, fiebre tifoidea, cólera), y se indicaron 4.520 quimioprofilaxis antipalúdicas.

Conclusiones: Los viajeros registrados por los CVI de CV presentan una edad media entre 30 y 40 años, sin diferencias por sexo. El motivo del viaje en más de la mitad de éstos es el turismo, destacando también el motivo trabajo en casi un 25% de los registros. Destaca el alojamiento en domicilio particular en un tercio de los viajes. En torno al 50% de las vacunas administradas corresponden a vacunas específicas del viajero, correspondiendo el resto a vacunas incluidas en los programas de vacunación sistemáticos.

858. ESTRATEGIAS DE MEJORA DE LA COBERTURA DE VACUNACIÓN ANTIGRIPIAL EN UN ÁREA SANITARIA DE VALENCIA

R.M. Ortí Lucas, R. Gil Orozco, F.J. Roig Sena, F. Motilla López, M. Besó Delgado, A. Boone

Hospital Clínico Universitario de Valencia; Centro de Salud Pública de Valencia; Dirección Enfermería Atención Primaria.

Antecedentes/Objetivos: La gripe, causa de gran morbimortalidad, hospitalización y carga económica, es asintomática en el 30-50% de casos y el virus se elimina 24 horas preclínica, lo que convierte al personal sanitario en fuente de infección relacionada con la asistencia sanitaria. La vacuna antigripal es segura, efectiva (70%: 56-80%) y está indicada para proteger al profesional y a sus pacientes pero la cobertura apenas supera el 25%. Las estrategias basadas en incentivos personales, carteo desde la dirección o educación por expertos no muestran mejoras significativas. Son más efectivas el aumento de accesibilidad con enfermeras promotoras (25-41%), la educación preventiva (24-38%) y el registro de la declinación de la vacuna (11-22%). El objetivo es evaluar la efectividad de las intervenciones preventivas de un programa de mejora de la cobertura antigripal en profesionales de un área sanitaria.

Métodos: Estudio observacional descriptivo con diseño ecológico. Se relacionan los aumentos de vacunación con el ámbito espacio-temporal atribuible a 4 intervenciones dirigidas a mejorar la cobertura en el personal: Visita a planta de enfermera promotora (hospital 11/2013), talleres dirigidos al personal de atención primaria y del hospital (Área 10-11/2013), Semana de la salud en una zona sanitaria (CAP-11/2013), noticias en prensa sobre gripe grave (área 1/14). Los datos de vacunación se obtuvieron del RVN. Tras estimar la pro-

Vacunas (Oral 10 minutos)

Miércoles, 3 de septiembre de 2014. 17:30 a 19:30 h

Moderador: Antonio Portero Alonso

59. PERFIL DE LOS VIAJEROS ATENDIDOS EN LOS CENTROS DE VACUNACIÓN INTERNACIONAL (CVI) DEPENDIENTES DE LA CONSELLERIA DE SANITAT. COMUNIDAD VALENCIANA. AÑOS 2011-2013

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

Dirección General de Salud Pública-FISABIO; Dirección General de Salud Pública, Conselleria de Sanitat.

Antecedentes/Objetivos: Los viajes internacionales pueden implicar riesgos sanitarios dependientes de las características de los viajeros y del viaje. El análisis individualizado permite establecer una serie de recomendaciones y medidas preventivas que pueden ayudar al viajero a minimizar estos riesgos. En la Comunidad Valenciana (CV) se dispone de diez CVI. Siete de los cuales dependientes de la Conselleria