

## SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Sábado 8 de octubre de 2011. 9:00 a 10:30 h

Gran Anfiteatro Ramón y Cajal – Facultad de Medicina

Comunicaciones orales (3 minutos)

*Modera: M.<sup>a</sup> Teresa Ruiz Cantero*

---

### 104. CALIDAD DE LA INFORMACIÓN REFERIDA AL PESO AL NACER Y LA EDAD GESTACIONAL PUBLICADA POR EL INE

S. Juárez<sup>a</sup>, T. Alonso Ortiz<sup>b</sup>, F. Bolúmar Montrull<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Consejo Superior de Investigaciones Científicas; <sup>b</sup>Hospital Clínico de Madrid; <sup>c</sup>Universidad de Alcalá de Henares.

**Antecedentes/Objetivos:** El peso al nacer (PN) y la edad gestacional (EG) son variables fundamentales para el estudio de la salud perinatal y reproductiva. En España, esta información se publica anualmente por el Instituto Nacional de Estadística (INE) en las estadísticas del Movimiento Natural de la Población (MNP), recogiendo la información de los Boletines Estadísticos de Partos (BEP), cumplimentados por los padres en el registro civil. El MNP tiene cobertura nacional, sin embargo, no ofrece garantías de fiabilidad. La preocupación por evaluar la calidad del MNP ha sido objeto de importantes estudios. Sin embargo, ninguno ha contado con registros enlazados nominalmente, limitándose a ofrecer comparaciones agregadas. El presente trabajo, al contrario, dispone de registros enlazados con una fuente hospitalaria. **Objetivo:** Realizar un estudio de validación para conocer la calidad de la información publicada en el Movimiento Natural de la Población (MNP) relativa al peso al nacer y la edad gestacional.

**Métodos:** Comparación individual de la información de todos los nacimientos producidos entre los años 2005-2007 en el Hospital Clínico de Madrid y sus respectivos Boletines Estadísticos de Partos (MNP). Se realizaron diferentes medidas de comparación (diferencias de medias, estadístico Kappa, ICC) y de evaluación diagnóstica (sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y negativo, curva de ROC). Se estimaron modelos de regresión logística con errores estándares robustos para evaluar el efecto de las variables sociodemográficas en el *odds* de ser declarado con errores en el PN y EG.

**Resultados:** Los datos del MNP presentan problemas tanto en la declaración del PN (8%) como EG (4%). El análisis de validación muestra un alto grado de acuerdo general (Kappa = 0,88; IC 95%, 0,86-0,89 y Kappa = 0,74; IC 95%, 0,71-0,77, respectivamente). Sin embargo, existen diferencias relevantes y estadísticamente significativas en la proporción de nacidos vivos con bajo PN ( $p = 0,037$ ) pero no en la proporción de partos pretérmino ( $p = 0,898$ ). La combinación de errores en estas variables produce grandes problemas de inconsistencia biológica en las semanas de gestación más precoces (< 31 semanas). Se encuentra una asociación estadísticamente significativa entre algunas características sociodemográficas y el *odds* de ser declarado con errores en el PN y EG. Entre las más importantes a destacar se encuentra la nacionalidad de la madre (para EG OR: 1,57; IC 95%, 0,99-2,50, para PN OR: 1,442; IC 95%, 1,084-1,918).

**Conclusiones:** Los datos del MNP han superado satisfactoriamente la prueba de validación. Aunque sobreestima la prevalencia de bajo PN en comparación con los datos hospitalarios, esta diferencia ocurre en la dirección menos comprometida para la monitorización epidemiológica y se mantiene por debajo de la cifra correspondiente a los países industrializados. Los nacidos entre > 28-32 semanas resultan especialmente vulnerables a ser declarados con errores. Estos resultados afectan particularmente a la población extranjera.

## 107. USO DE LA CESÁREA EN ANDALUCÍA: RELACIÓN CON FACTORES SOCIALES, CLÍNICOS Y DE SERVICIOS SANITARIOS

S. Márquez-Calderón<sup>a</sup>, M. Ruiz-Ramos<sup>a</sup>, S. Juárez<sup>b</sup>, J. Libroero López<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Consejería de Salud de la Junta de Andalucía; <sup>b</sup>I. Economía, Geografía y Demografía, Consejo Superior de Investigaciones Científicas; <sup>c</sup>Centro Superior de Investigación en Salud Pública, Valencia.

**Antecedentes/Objetivos:** La tendencia creciente y variabilidad geográfica en el uso de la cesárea sugiere la existencia de factores explicativos no clínicos. Los objetivos del estudio fueron describir el uso de las cesáreas en Andalucía y analizar su asociación con una serie de factores sociales, clínicos y relacionados con los servicios sanitarios.

**Métodos:** Estudio transversal de todos los nacimientos de Andalucía (2007-2009), basado en el Movimiento Natural de la Población (incluye todos los nacimientos ocurridos en Andalucía en mujeres residentes). La variable dependiente fue la realización de cesárea y las explicativas se clasificaron en 3 grupos: 1) con significado clínico: complicaciones, edad de la madre, primiparidad, tiempo de la gestación y peso del recién nacido; 2) relacionadas con el funcionamiento de los servicios sanitarios: día de la semana y provincia de residencia (relacionada con la oferta privada), y 3) con significado social: nivel de estudios de la madre, país de origen, vivir en pareja o no. Se realizó una regresión logística multivariante.

**Resultados:** Un 24,8% de los 293.558 nacimientos fue por cesárea. En el análisis multivariante se observó que la variable clínica con la mayor *odds ratio* (OR) fue la existencia de complicaciones (OR = 19,36). Otras variables que se asociaron al uso de cesáreas de forma estadísticamente significativa fueron la edad de la mujer (OR = 2,43 de las mayores de 39 años frente a las menores de 20 años), la primiparidad (OR de 0,78 de múltiparas frente a primiparas) y el peso del recién nacido (OR de 0,39 del peso normal frente al bajo peso). En cuanto a las variables relacionadas con los servicios sanitarios, hubo un 55% más de cesáreas de lunes a viernes que en fines de semana y la provincia con mayor uso de cesáreas fue Cádiz (OR de 1,21 frente a Almería), en donde la razón de partos en centros públicos frente a privados fue de 3,7 (una de las más bajas de Andalucía). La frecuencia de cesáreas fue un 34% superior en las mujeres con estudios de tercer grado que en aquellas sin estudios. Las únicas mujeres con mayor uso de cesáreas que las españolas fueron las africanas, excluyendo el Magreb (19% más). Las mujeres de países de Europa del este fueron las que menos cesáreas tuvieron.

**Conclusiones:** La variable con mayor influencia en la práctica de cesárea fue la existencia de complicaciones. La tasa de cesárea estuvo por encima de los estándares aceptados en todas las clases sociales, con mayor incidencia a más nivel educativo. Las diferencias interprovinciales reflejan distintos patrones de uso de la medicina privada.

## 290. FECUNDIDAD, ABORTOS Y USO DE ANTICONCEPCIÓN EN LAS MUJERES ADOLESCENTES ESPAÑOLAS

G. Pérez<sup>a,b,c</sup>, M. Casals<sup>a,c</sup>, C. Rius<sup>a</sup>, D. Ruíz-Muñoz<sup>a,b</sup>

<sup>a</sup>Agència de Salut Pública de Barcelona; <sup>b</sup>CIBER de Epidemiología y Salud Pública; <sup>c</sup>Universitat Pompeu Fabra, Barcelona.

**Antecedentes/Objetivos:** El embarazo adolescente es un problema tanto para la sociedad como para las propias adolescentes. Es por ello que en la mayoría de los países europeos las estrategias para la prevención de la maternidad adolescente son una prioridad en la agenda política. Objetivo: Describir la relación entre las desigualdades socioeconómicas y de acceso a los servicios públicos de prevención de embarazos y la fecundidad, el aborto provocado y la anticoncepción en las adolescentes de las comunidades autónomas (CC.AA.) de España, 2000-2008.

**Métodos:** Estudio ecológico a partir de datos individuales de nacimientos, abortos provocados y anticoncepción en mujeres de 12 a 19 años residentes en España. La unidad de análisis fueron las CC.AA. Los datos se obtuvieron del Registro de IVE del Ministerio de SPSeI, del INE y de la Encuesta de Fecundidad (2006) del CIS. Las variables dependientes fueron la tasa de fecundidad y de aborto provocado por 1.000 mujeres y la prevalencia de anticoncepción en la primera relación sexual y en las últimas 4 semanas por 100 mujeres. Los indicadores se estratificaron según edad de la mujer en 12-15, 16-17, 18-19 (excepto para anticoncepción). Se calcularon los coeficientes de correlación de Spearman y se ajustaron modelos bivariantes y multivariantes de regresión lineal para obtener los coeficientes ( $\beta$ ) e IC al 95%.

**Resultados:** La fecundidad, el aborto provocado y la anticoncepción de las mujeres adolescentes muestran una importante variabilidad territorial. La fecundidad adolescente es más frecuente en las CC.AA. con mayor desempleo (mujeres 12-15 años:  $\beta = 0,08$ ) con mayor pobreza (de 16-17 años  $\beta = 0,26$  y de 18-19 años  $\beta = 0,52$ ) y con mayor número medio de hijos (de 12-15 años  $\beta = 14,42$ ). La anticoncepción en las últimas 4 semanas es más frecuente en aquellas CC.AA. con un menor porcentaje de mujeres católicas practicantes ( $\beta = -0,55$ ), mientras que la anticoncepción en la primera relación sexual se asocia a la instrucción obligatoria incompleta ( $\beta = 0,50$ ). Las CC.AA. con mayor frecuencia de abortos provocados en las mujeres de 12 a 15 años son las que presentan mayor desempleo ( $\beta = 0,87$ ), mayor pobreza ( $\beta = 0,046$ ) y más trabajo no remunerado de la mujer ( $\beta = -0,05$ ). El aborto provocado se correlaciona negativamente con ser católica practicante y con tener ingresos propios (16-17 años:  $\beta = -0,22$  y  $\beta = -0,27$  y de 18 y 19 años:  $\beta = -0,47$  y  $\beta = -0,44$ , respectivamente).

**Conclusiones:** Existen determinantes sociales y económicos que provocan desigualdades en la fecundidad, los abortos provocados y el uso de contracepción de las adolescentes en España, justificado su inclusión en la agenda política.

Financiación: Parcialmente financiado por el ISCIII (PI09/90424) y por la Fundación Española de Contracepción 2009.

## 291. DISTRIBUCIÓN ESPACIAL DE RESULTADOS REPRODUCTIVOS ADVERSOS EN ESPAÑA. PERÍODO 2004-2008

A. Castelló-Pastor<sup>a</sup>, I. Río<sup>a</sup>, G. López-Abente<sup>a</sup>, P. Fernández-Navarro<sup>a</sup>, J. García-Pérez<sup>a</sup>, F. Bolúmar<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III; CIBERESP; <sup>b</sup>Departamento de Ciencias Sanitarias y Medicosociales, Universidad de Alcalá; CIBERESP.

**Antecedentes/Objetivos:** Un desarrollo embrionario inadecuado puede tener consecuencias negativas en la supervivencia del feto, la morbilidad durante la infancia y la salud durante la edad adulta. Los factores individuales explican sólo parcialmente la ocurrencia de sucesos reproductivos adversos. La distribución territorial de la población puede implicar una desigual vulnerabilidad en términos de salud como consecuencia de la exposición diferencial a factores de riesgo sociales y/o ambientales. La cartografía de enfermedades es una herramienta muy valiosa que permite la formulación de hipótesis etiológicas de los resultados reproductivos adversos, la identificación de posibles factores de riesgo y el diseño e implementación de políticas de salud. El objetivo es describir la distribución espacial de muy pretérmino (MPT), pretérmino moderado (PTM), muy bajo peso (MBP), bajo peso moderado (BPM) y pequeño para edad gestacional (PEG) para todos los nacimientos ocurridos en España entre 2004 y 2008.

**Métodos:** Estudio ecológico. Los datos de nacimientos ocurridos en España durante el periodo 2004-2008 fueron proporcionados por el INE. El riesgo relativo (RR) municipal para cada uno de los resultados reproductivos adversos y la probabilidad a posteriori (PP) de que dicho RR sea mayor que 1 se calculó por medio de modelos jerárquicos baye-

sianos de Besag, York y Molliè. RR y PP fueron representados en mapas municipales del territorio español.

**Resultados:** Algunos municipios de las Islas Canarias, Murcia, Madrid, Ávila y Toledo mostraron un alto RR estadísticamente significativo de MPT. Algunas áreas de alto riesgo de PTM se encontraron en la mayor parte de provincias de Andalucía (excepto Jaén) y Murcia. En el caso de MBP sólo se observó un débil riesgo en Madrid capital y algunos municipios de las Islas Canarias. El riesgo de BPM fue especialmente alto en áreas de Asturias, Madrid, Guadalajara, Coruña, Tenerife, Albacete y Zaragoza capital. La distribución del RR de PEG revela un alto riesgo de ocurrencia en municipios de Coruña, Asturias, el oeste de Castilla-León y norte de Cáceres.

**Conclusiones:** Los resultados de nuestro análisis exploratorio indican la importancia de profundizar en el análisis de posibles factores ambientales asociados a la distribución espacial del riesgo de resultados reproductivos adversos en España, sugiriendo focos geográficos de especial interés para la identificación de factores de riesgo mediante análisis más detallados.

#### 444. EVOLUCIÓN DE LOS EMBARAZOS NO DESEADOS EN LOS MUNICIPIOS DE 10.000 HABITANTES (1998-2008)

L.C. Arias Abad, J. Olivan Abejer, V. Santoro Lamas, C. Fris Trigo

*Diputación de Barcelona, Área de Salud Pública y Consumo.*

**Antecedentes/Objetivos:** Desde diferentes sectores se reconoce la importancia y urgencia de orientar programas de promoción y prevención para evitar los embarazos no deseados, y de manera especial en la población adolescente. La Diputación de Barcelona, que da soporte a las políticas locales en materia de salud y entre ellas la promoción en salud sexual, facilita desde 2011 información estructurada sobre los embarazos no deseados a nivel municipal. El objetivo de este trabajo es describir las interrupciones voluntarias del embarazo (IVE) ocurridas en 2008, en los municipios = 10.000 habitantes de la provincia de Barcelona (excluida la ciudad de Barcelona), la evolución y comparación retrospectiva a 1998.

**Métodos:** Los registros de IVE han sido proporcionados por la Subdirección General de Promoción de la Salud y Epidemiología (Ministerio de Sanidad y Política Social). Los datos de población y nacimientos proceden de registros proporcionados por el INE. Son datos individuales para cada uno de los municipios = 10.000 habitantes del periodo 1998-2008. En el estudio se han tenido en cuenta las diversas variables del boletín de notificación, así como los dos principales indicadores sanitarios utilizados: tasa de abortividad en mujeres de 15-44 años y la razón de abortos.

**Resultados:** La declaración anual de IVE en los municipios = 10.000 habitantes presentó una tendencia creciente, principalmente en las mujeres de 20-24 años. En 2008 se notificaron 10.680 casos de IVE (incremento del 147,4% respecto a 1998 y del 17,5% respecto a 2007), siendo la tasa de 16,1 por mil mujeres 15-44 años (1998 de 6,9 y 2007 de 13,7). El 69,8% de las IVE del 2008 se produjo en municipios = 50.000 habitantes, donde más de la mitad de los casos (51,5%) corresponden a mujeres nacidas fuera de España. En los municipios < 50.000 habitantes el 64,6% de las IVE se da en mujeres españolas. En 2008 se observa que las mujeres nacidas fuera de España presentan menor nivel de estudios, mayor número de IVE anteriores y se dan los casos en edades más tardías (25-34 años).

**Conclusiones:** La Diputación de Barcelona, mediante los análisis de IVE en el territorio, proporciona a los municipios = 10.000 habitantes una información más precisa y exhaustiva para el desarrollo e implantación de políticas locales más eficientes en la promoción de una sexualidad sana y la prevención de los embarazos no deseados. Los datos indican que se debería hacer una revisión de las estrategias locales por el papel que pueden jugar en las IVE, a corto-medio plazo, las mujeres residentes nacidas fuera de España.

#### 463. ESTRATEGIA DE ATENCIÓN DEL PARTO NORMAL. LÍNEAS DE ACCIÓN E INDICADORES EN LA COMUNITAT VALENCIANA

C. Barona-Vilar, R. Mas-Pons, A. Fullana-Montoro

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

**Antecedentes/Objetivos:** Tomando como referencia la Estrategia de Atención al Parto Normal (EAPN) propuesta desde el Ministerio de Sanidad en 2008 en la Comunitat Valenciana (CV), se han desarrollado diferentes líneas de actuación. El objetivo es describir las principales actuaciones y resultados.

**Métodos:** Se planificaron 4 líneas: 1) Información a mujeres y parejas considerando la multiculturalidad y perspectiva de género. 2) Sensibilización y formación de profesionales en la oferta anual de formación del personal sanitario. 3) Elaboración de un protocolo común para regular la coordinación y prácticas profesionales en el parto normal a partir de una jornada técnica que reunió a 6 grupos de profesionales y 2 de mujeres, con 8 miembros cada grupo. Mediante la técnica de Philips 6/6 modificada, se elaboró un documento de consenso con recomendaciones. 4) Incorporación de indicadores de evaluación específicos de la EAPN en la historia obstétrica de atención primaria y sistema de actividad asistencial hospitalario.

**Resultados:** 1) Para ofrecer a las mujeres información contrastada, acorde a los principios de la EAPN, se editaron 5 cuadernos sobre embarazo, parto, puerperio, lactancia y cuidados del bebé. Se tradujeron al rumano, árabe, inglés y chino. Se elaboró un DVD sobre embarazo y otro sobre parto, para apoyar la educación prenatal. También se incorporó el plan de parto en la cartilla maternal. 2) Curso de actualización en la atención al parto normal anualmente, con 400 profesionales formados entre 2007-2010. Curso de anatomía para el movimiento y preparación al nacimiento (100 participantes). Curso de lactancia materna, con más de 30 ediciones. 3) Las recomendaciones del protocolo común están repercutiendo en la progresiva adecuación de la estructura de las maternidades (dilatación-paritorio común, sillas de parto, bañeras) y de sus protocolos asistenciales. 4) En 2010 se ha comenzado a recoger un indicador sintético de parto normal (49,5%), de presentación de plan de parto (25,8%), contacto piel con piel madre-bebé (52,0%) e inicio precoz de la lactancia (50,9%). Se ha observado una reducción de la tasa de episiotomías de un 45%, pero no se ha reducido la prevalencia de partos inducidos (25,0%) ni la de cesáreas (24,9%).

**Conclusiones:** Las propuestas planteadas en la EAPN están llegando a mujeres, parejas y profesionales. Se observa una aplicación progresiva de los aspectos estructurales pero un cambio lento en la actitud de los profesionales.

#### 551. PROGRAMA DE INTERVENCIÓN DE EDUCACIÓN SEXUAL (PIES) PARA ALUMNOS DE 3.º DE ESO. COMUNIDAD VALENCIANA

G. Arroyo, J. Badenes, A. Fuentes, J. González, A. Pérez, J. Trullén, T. Zafra, M.J. Avilés, L. Mitjans, E. Pla, M. Pons, M. Rebagliato

*CSP Elda; CSSR Vall d'Uxó; CSP Valencia; CSSR Cullera; CSSR Callosa d'En Sarriá; CIPS Castellón; CIPS Alicante; DGAS; DGSP Generalitat Valenciana.*

**Antecedentes/Objetivos:** El Programa de Intervención de Educación Sexual (PIES) implantado en la Comunidad Valenciana está dirigido a población adolescente y tiene como objetivo general la educación en valores que promuevan una vivencia positiva de la propia sexualidad y unos comportamientos sexuales acordes con las opciones más saludables. Este programa se inició en el curso 2009/2010 contando exclusivamente con la participación de profesionales sanitarios. En el curso 2010/2011 se han incorporado los/as orientadores/as de los centros escolares para trabajar conjuntamente con el personal sanitario en los

talleres de educación sexual en el aula. El objetivo de la presente comunicación es: 1) presentar los objetivos, actividades y guía de apoyo didáctico del PIES; 2) describir la evaluación de proceso referida al grado de satisfacción y aceptación de las actividades y guía didáctica del programa.

**Métodos:** Las actividades del PIES se estructuraron en 3 talleres de 2 horas dirigidos a los alumnos de 3.º de la ESO. El personal sanitario, compuesto fundamentalmente por personal de enfermería y matronas, y los orientadores/as que imparten los talleres fueron formados en educación sexual por los sexólogos/as de los centros de salud sexual y reproductiva, bajo la coordinación de los técnicos de promoción de los respectivos centros de salud pública. La guía didáctica del PIES fue diseñada por una comisión multidisciplinar. La evaluación del grado de satisfacción con el programa se llevará a cabo mediante cuestionarios estructurados dirigidos a los profesionales participantes en el PIES y a los alumnos, cumplimentados por vía telemática.

**Resultados:** En los 2 años de implantación del PIES, 468 profesionales sanitarios y 247 orientadores/es han sido formados. Se plantean 3 talleres donde se trabaja, mediante técnicas de dinámicas de grupo, la sexualidad como experiencia vivencial y la identidad sexual, la valoración del riesgo y el manejo de la toma de decisiones. Se presentará la guía didáctica diseñada y los resultados de la evaluación de proceso, actualmente en curso, referida al grado de satisfacción y aceptación del programa por parte de los profesionales implicados y alumnos.

**Conclusiones:** El trabajo conjunto de profesionales del sector sanitario y educativo en los programas de educación sexual conlleva mayores esfuerzos de coordinación y formación, pero a la vez aporta una visión más enriquecedora y facilita la continuidad del programa. Los resultados de la evaluación informarán sobre la aceptación y satisfacción con este modelo.

### 605. PARTOS POR CESÁREA Y CARACTERÍSTICAS ASOCIADAS A PARTIR DEL CMBD. COMUNIDAD DE MADRID, 2009 Y 2010

L. Chamorro-González, M. Esteban-Vasallo, F. Domínguez-Berjón, J. Astray-Mochales, R Génova-Maleras

*Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención; Hospital Universitario de Getafe; Consejería de Sanidad, Comunidad de Madrid.*

**Antecedentes/Objetivos:** La OMS recomienda tasas de cesárea menores del 15%. Los datos de altas hospitalarias (CMBD) de 2005 fijaban esta tasa en la Comunidad de Madrid (CM) en un 25,8%. Se pretende estimar la tasa de cesáreas en 2009 y 2010 y los factores que se asocian a las mismas.

**Métodos:** Estudio descriptivo transversal. Se analizaron los partos a partir del CMBD de la CM de 2009 y 2010, identificados mediante códigos de diagnóstico, procedimiento y GRD. Se clasificaron los partos en vaginales y cesáreas y se valoró su indicación (electivas, urgentes y dudosas) en función de los códigos diagnósticos, según la bibliografía. Se consideró la edad, país de nacimiento, tipo de ingreso y de hospital. Se realizó análisis mediante regresión logística bi- y multivariante, con cálculo de *odds ratio* (OR) e intervalos de confianza (IC) del 95%.

**Resultados:** Se analizaron 74.921 partos correspondientes a 2009 y 73.331 a 2010. La media de edad fue 31,7 ( $\pm 5,4$ ) años en 2009 y 32,0 ( $\pm 5,3$ ) en 2010. La proporción de cesáreas fue 26,7% (35,6% en hospitales privados, 22,3% en públicos;  $p < 0,001$ ) en 2009 y 27,2% (36,3 vs 22,8%;  $p < 0,001$ ) en 2010. En las cesáreas, la media de edad fue de 32,9 (31,3 en vaginales;  $p < 0,001$ ) en 2009 (33,1 vs 31,6;  $p < 0,001$  en 2010). Se identificó indicación clara en el 62,0% de las cesáreas de 2009 (49,8% urgentes) y en el 63,6% de 2010 (51,5% urgentes). En el 24,0% de las cesáreas de 2009 (23,4% en 2010) no se pudo identificar indicación y en el 14,0% (13,0% en 2010) no se pudo valorar la indicación con los datos

disponibles. La probabilidad de cesárea se asoció con la edad, tipo de hospital y de ingreso e indicación de cesárea, pero no con el país de nacimiento. La probabilidad de sufrir una cesárea, ajustada por las demás variables, fue superior a mayor edad en ambos años (OR: 1,04, IC 95%, 1,04-1,05), en ingresos programados (OR 2,89, IC 95%, 2,75-3,03 en 2009; OR: 2,94, IC 95%, 2,80-3,08 en 2010), en hospitales privados (OR 1,40, IC 95%, 1,34-1,46 y OR: 1,38, IC 95%, 1,32-1,44 en 2010) y según la indicación identificada: mayor cuando se identifica una causa de cesárea electiva (OR 10,78, IC 95%, 9,96-11,67 en 2009 y OR: 10,14, IC 95%, 9,37-10,97 en 2010), seguida de las causas de cesárea urgente (OR 3,39, IC 95%, 3,25-3,54 en 2009 y OR 3,37, IC 95%, 3,23-3,52 en 2010).

**Conclusiones:** La tasa de cesáreas y características asociadas se mantiene estable en la CM y por encima de las recomendaciones de la OMS. La investigación de los factores asociados puede ayudar a establecer estrategias de intervención para la mejora.

### 610. DESIGUALDADES SOCIOECONÓMICAS EN PLANIFICACIÓN DE EMBARAZO POR ETAPAS VITALES DE LA MUJER EN ESPAÑA

M. Casals-Cases, G. Pérez, D. Ruiz-Muñoz

*Agencia de Salud Pública de Barcelona.*

**Antecedentes/Objetivos:** Ante un embarazo no planificado la mujer puede plantearse abortar o seguir con el embarazo. Este tipo de embarazos son evitables en todas las edades mediante una adecuada planificación del embarazo. Objetivo: Describir la relación entre la planificación del embarazo y las características socioeconómicas en cada etapa vital de las mujeres en España entre 2000-2008.

**Métodos:** Estudio transversal. Población de estudio: mujeres de 12-49 años residentes en España. Fuentes de información: Registro de Interrupciones Voluntarias del Embarazo (IVE) del Ministerio SPSP y el Registro de Nacimientos del INE. Variable dependiente: desenlace del embarazo en nacimiento o IVE. Variables explicativas: edad, relación de pareja, hijos, nivel de estudios y país de nacimiento. Se obtuvieron *odds ratios* brutos y ajustados (ORa) con intervalos de confianza al 95% mediante modelos de regresión logística. Los resultados se estratificaron por edad y pareja en las de 12 a 19 años o por edad e hijos en las de 20 a 49.

**Resultados:** Entre 12 y 15 años, las mujeres con pareja no presentan diferencias por nivel de estudios, país de nacimiento e hijos. Entre aquellas sin pareja, las de países de renta media-baja y con primaria completa realizan más IVE (ORa = 5,98). Entre 16 y 19 años, las mujeres casadas, con estudios secundarios (ORa = 2,11) y con hijos (ORa = 8,86) son las que realizan más IVE. Entre las no casadas, además influye ser de países de renta media-baja (ORa = 1,28). Entre 20-24 años, las mujeres universitarias y no casadas realizan más IVE. Entre aquellas que tienen algún hijo, además influye ser de países de renta media (ORa = 1,92). Entre 25-34 años, las mujeres no casadas, no universitarias y de países de renta media-baja son las que realizan más IVE. Entre aquellas que no han tenido ningún hijo, las que completaron primaria realizan menos IVE (ORa = 0,49) que las universitarias. Entre 35-49 años, las mujeres no casadas, no universitarias y de países de renta media-baja las que realizan más IVE. Entre aquellas que no han tenido ningún hijo, las que completaron primaria realizan menos IVE (ORa = 0,88) que las universitarias.

**Conclusiones:** Como en otros países, las mujeres no casadas o sin pareja, de clases sociales menos privilegiadas y nacidas en países de renta baja o media encuentran más dificultades para planificar su embarazo. Las expectativas personales y profesionales en cada etapa vital afectan el desenlace del embarazo en las mujeres en España. Para disminuir los abortos y promover la planificación del embarazo se debería apostar por una planificación efectiva.

Financiación: Proyecto subvencionado parcialmente por el Instituto de Salud Carlos III (PI09/90424).

## 776. SALUD SEXUAL Y DERECHOS SEXUALES

V. Bataller i Perelló, M. Larrázabal, M. Lucas Matheu, M. González, A. Manrique

*Comité Federal de Salud Sexual y Derechos Sexuales CEF-PSOE.*

**Antecedentes/Objetivos:** Esta comunicación pretende dar a conocer el trabajo realizado desde un partido político la salud sexual y los derechos sexuales. El grupo está constituido por sexólogos/as socialistas que desean que haya un nuevo modelo de salud sexual donde lo importante sea que las personas vivan la sexualidad como valor y se vivan como lo que son, personas sexuadas desde el nacimiento. Objetivo principal: Trabajar en el ámbito político, social y en el de salud pública, la importancia de la promoción de la salud sexual en todos los ciclos evolutivos y para toda la ciudadanía. Objetivos específicos: 1. Lograr el reconocimiento del placer sexual como un componente del bienestar. 2. Profundizar en la promoción, el respeto, el reconocimiento y la divulgación de los derechos sexuales. 3. Fomentar los valores de igualdad, corresponsabilidad, equidad sexual y perspectiva de género. 4. Programas de formación en salud sexual para los sanitarios de atención primaria y también de atención especializada.

**Resultados:** Creación del Grupo Federal de Salud Sexual y Derechos Sexuales CEF-PSOE en 2008. Creación y aprobación por el Partido Socialista de una web específica sobre Salud Sexual y Derechos Sexuales. <http://www.psoe.es/saludsexual/docs/apt/56783/page>. Enero 2009. Creación de un documento de trabajo básico para conocimiento de los/las militantes en el ámbito de la salud sexual y derechos sexuales. Noviembre 2009. Conferencia sobre la Ley Orgánica de Salud Sexual y Reproductiva i de la Interrupción Voluntaria del Embarazo. 2009. Conferencia Sobre Salud Sexual y Derechos Sexuales en el PSM 2009. Participación con el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad en la Estrategia de Salud Sexual. 2009. Organización de la I Jornada Europea Sobre Salud Sexual. 2010. Participación en el Congreso Internacional de Identidad de Género y Derechos Humanos. 2010. Ponencia Sobre Salud Sexual y Derechos Sexuales. XI Congreso Español de Sexología. 2010. Participación en el Programa Electoral para las Elecciones Autonómicas y Municipales del Partido Socialista en el ámbito de la salud sexual y los derechos sexuales. 2011.

**Conclusiones:** Difundir los principales aspectos que plantea la OMS en su concepción de la salud sexual, que son: actitudes positivas, igualitarias y respetuosas hacia las sexualidades y las relaciones sexuales de todas las personas. Tener experiencias sexuales seguras, libres de coacción, discriminación y violencia. Protección de los derechos sexuales para todas las identidades y orientaciones sexuales. Atención a las personas que tienen síntomas sexuales.

## 969. EN TORNO AL ANUNCIO DE UNA ANOMALÍA EN EL FETO. IMPACTO EN LA MUJER EMBARAZADA Y PERSONAL SANITARIO

C. Alfaro

*Servicio de Pediatría.*

**Antecedentes/Objetivos:** El propósito de este trabajo es profundizar en los aspectos psíquicos y emocionales propios al embarazo para mejorar su acompañamiento. El embarazo es una situación "naturalizada" pero de gran vulnerabilidad psicológica. Existen algunas situaciones especialmente dolorosas y difíciles durante este periodo. Este trabajo se centra en el impacto que puede tener para la madre y para el personal sanitario el anuncio de una anomalía en el feto. Este anuncio, realizado en general en el momento de la ecografía, es una situación de difícil manejo para el personal sanitario implicado (profesionales de obstetricia, ecografía, enfermería, pediatría, etc.), y puede ser muy traumático para la madre y el padre, con grandes repercusiones para el futuro de la niña o el niño y la familia. Se parte de la hipótesis de que el

anuncio o duda diagnóstica de una anomalía fetal, por su llegada inesperada y fulgurante, va a dejar a los padres en un estado de estupor, de "incapacidad de pensar" con todas las consecuencias que ello puede inducir, parada o alteraciones del proceso de convertirse en madre, decisión precipitada de interrupción del embarazo, etc. Las situaciones de duda diagnóstica o de anuncio son muy frecuentes. Todo ello justifica la necesidad de conocer cuáles son los mecanismos que entran en juego, tanto para los padres como para los profesionales.

**Métodos:** Revisión de la bibliografía, situando la problemática en un marco conceptual biopsicosocial, donde el ser humano es considerado como un sistema en el que las esferas biológica, social y psicológica están en interrelación.

**Resultados:** Los resultados del trabajo se presentan en dos partes: la primera aborda los aspectos propios al embarazo y al convertirse en madre, situándolos en un contexto sociocultural a través de la evolución histórica de la representación de la maternidad; la segunda trata los aspectos relacionados con la medicalización del embarazo, el diagnóstico prenatal y los aspectos psicológicos implicados en el anuncio de una anomalía en el feto.

**Conclusiones:** El periodo del embarazo es considerado como una etapa de vulnerabilidad. Se confirma el efecto traumático que puede tener en el psiquismo de los padres el anuncio de una anomalía en el feto, se confirme o no posteriormente el diagnóstico. Así, aunque no sea posible hacer un "buen anuncio", la manera de realizarlo y el acompañamiento propuesto pueden ser de una importancia capital para los futuros madre y padre, y para la familia.

## 1032. PROGRAMA DE EDUCACIÓN SEXUAL CON ASOCIACIONES EN ASTURIAS

M. García Ruiz

*Servicio de Promoción de la Salud y Participación, DG Salud Pública y Participación, Consejería de Salud y Servicios Sanitarios de Asturias.*

**Antecedentes/Objetivos:** El presente trabajo trata de conocer el grado de vulnerabilidad residencial y sociosanitaria de las personas residentes en las viviendas en las que existe acumulación de basura y enseres en la ciudad de Madrid. Se basa en la revisión de las solicitudes de intervención recibidas en la Unidad Técnica de Entorno Urbano y Vivienda. Se ha realizado un estudio transversal siendo el objeto del estudio las personas residentes en las viviendas inspeccionadas, las características de las viviendas y los aspectos sociosanitarios incluidos para el estudio.

**Métodos:** Los datos se han obtenido de la revisión de la base de datos de los expedientes, siendo los métodos para la recogida de información la entrevista personal, la observación directa, así como los datos aportados por otras áreas municipales y otros organismos relacionados. Para el análisis de los datos se presentan distribuciones de frecuencia para las variables cualitativas y medias y desviación estándar para las variables cuantitativas, así como representación gráfica de los datos. El análisis se ha realizado mediante paquete estadístico SPSS.

**Resultados:** El total de solicitudes de intervención por acumulación de basura y enseres en viviendas y locales en el año 2010 fueron 294, comprobándose la existencia de acumulación en el 26% (79 casos). La media de edad de las personas afectadas por este problema de salud es de 67,4 años, DE: 16,2. El 54% de los afectados tiene 65 años o más y la razón hombre/mujer es de 1,1. El 35,4% de los casos viven solos, confirmando el aislamiento social en 13 casos (16,5%). Se ha completado la intervención en el 40% de los casos notificados con acumulo, retirándose un total de 41.760 kg de basura y enseres, siendo la media por caso de 1.670 kg (DE: 1.451,5). El tiempo medio para completar la intervención ha sido de 110 días (DE: 87,4); se observan diferencias importantes en el tiempo medio entre los casos que han requerido intervención judicial y los que voluntariamente acceden a la retirada (149 días de diferencia en las medias).

**Conclusiones:** 1) Grave problema de salud pública para la persona afectada y para la comunidad. 2) Es más frecuente en personas mayores en aislamiento social, vulnerables y marginales. 3) Se refugian emocionalmente y afectivamente en los animales. Un 16,5% tiene animales. 4) Posiblemente se trate de un trastorno obsesivo-compulsivo de la conducta. 5) Ausencia de redes sociales (a nivel personal y/o grupal) de apoyo.

---