

## COMUNICACIONES ORALES II (3 MINUTOS)

Jueves, 18 de octubre de 2012. 09:00 a 10:00 h

Sala Bringas

Salud en las diversas etapas de la vida

*Moderadora: Eva María Navarrete Muñoz*

---

### 7. DESIGUALDADES DE GÉNERO EN LA ASOCIACIÓN ENTRE LAS EXIGENCIAS FAMILIARES Y LA SALUD EN POBLACIÓN TRABAJADORA EN ESPAÑA

M.M. Arcas, A.M. Novoa, L. Artazcoz

*Unitat Docent de Medicina Preventiva i Salut Pública Parc Salut Mar-ASPB-UPF, Barcelona; Sistemes d'Informació Sanitària, Agència de Salut Pública de Barcelona; Institut de Serveis a la Comunitat, Agència de Salut Pública de Barcelona.*

**Antecedentes/Objetivos:** Los resultados de los estudios sobre la relación entre compaginación de vida laboral y familiar y salud son contradictorios. Además se sabe muy poco sobre la situación en el sur de Europa. El objetivo del estudio es analizar las desigualdades de género en la relación de las exigencias de la esfera doméstica y familiar con la salud en la población trabajadora que convive en pareja en España.

**Métodos:** Se seleccionaron 9.108 personas de 25 a 64 años de edad con trabajo remunerado, casados o que convivían en pareja, entrevistadas en la Encuesta Nacional de Salud de España-2006. Las variables dependientes fueron el estado de salud autopercebido, la salud mental, las horas diarias de sueño y el sedentarismo en tiempo de ocio. Las variables explicativas fueron el número de personas del hogar (2, 3, 4 y más de 4), convivencia con menores de 15 años, con personas entre 65 y 74 años, con mayores de 74 años y tener o no una persona contratada para realizar el trabajo doméstico. Se ajustaron modelos de regresión logística multivariada estratificados por sexo y clase social (manual y no manual) y ajustados por edad para cada variable dependiente para el cálculo de odds ratios ajustadas (ORa) y sus correspondientes intervalos de confianza (IC) del 95%.

**Resultados:** En trabajadores y trabajadoras manuales el número de personas del hogar se asoció con mal estado de salud autopercebido (la ORa asociada a vivir en hogares de más de 4 personas fue 1,56 (IC95% = 1,07-2,27) en hombres y 1,85 (IC95% = 1,27-2,70) en mujeres), con mala salud mental (ORa = 1,91 (IC95% = 1,06-3,46) en hombres y ORa = 1,77

(IC95% = 1,16-2,71) en mujeres) y sedentarismo en tiempo de ocio (ORa = 1,46 (IC95% = 1,04-2,03) en hombres y ORa = 1,75 (IC95% = 1,21-2,55) en mujeres). En trabajadoras manuales se asoció, además, con  $\leq 6$  horas diarias de sueño (ORa = 1,49 (IC95% = 1,00-2,21). Tener una persona contratada para realizar el trabajo doméstico presentó una asociación inversa y consistente con el mal estado de salud autopercebido tanto en hombres como en mujeres.

**Conclusiones:** Las exigencias familiares se relacionan fundamentalmente con la salud de trabajadores y trabajadoras manuales. La división sexual del trabajo sugiere diferentes mecanismos para este hallazgo según el sexo: la sobrecarga y el conflicto de rol en las mujeres y el papel de sustentador económico principal del hogar en los hombres. Es necesario abordar la relación entre la compaginación laboral y familiar y la salud en un marco combinado de género y clase social.

## 210. DELEGADOS DE PREVENCIÓN E INTERACCIÓN CON LOS TRABAJADORES: IMPLICACIONES PARA LA SALUD LABORAL

L. Ollé, M. Menéndez, M. Julià, M. Vergara, M.L. Vázquez, J. Benach

*GREDS-EMCONET, Universitat Pompeu Fabra; GRPSSS, Servei d'Estudis i Prospectives en Polítiques de Salut, Consorci de Salut i Social de Catalunya.*

**Antecedentes/Objetivos:** La Ley de Prevención de Riesgos Laborales establece que los delegados de prevención (DPs) son representantes de los trabajadores/as que tienen competencias y facultades específicas en salud laboral. La interacción con los trabajadores/as, condicionante de la efectividad de la práctica de los DPs, es un factor muy poco estudiado. Se pretende analizar la percepción de los DPs sobre su interacción con los trabajadores/as y los elementos que la condicionan.

**Métodos:** Estudio cualitativo, fenomenológico, exploratorio y descriptivo-interpretativo, mediante entrevistas individuales semi-estructuradas realizadas entre abril y mayo de 2011 a delegados de la provincia de Barcelona. Se seleccionó una muestra teórica (n = 10) en base a criterios de variabilidad máxima (sexo, rama de actividad económica, tamaño y sector de trabajo). Se realizó un análisis de contenido, con generación mixta de categorías, estudiando la interacción en el ciclo de resolución de problemas: identificación y solución de problemas y toma de decisiones.

**Resultados:** Los DPs centran sus tareas en la vigilancia y control del cumplimiento de la normativa de prevención de riesgos por parte del empresario, y menos en sus funciones como representantes de los intereses de los trabajadores/as. Consideran que la interacción con los trabajadores/as les aporta además de apoyo, información sobre las condiciones de trabajo y la identificación de problemas. No obstante, tienden a no incluir a los trabajadores/as ni en la toma de decisiones ni en la solución de problemas, exceptuando algunos procesos de acción movilizadora. Como condicionantes de la interacción emergen factores relacionados con los DPs, los trabajadores/as y las empresas, así como otros factores externos. Destacan, sobre todo, la forma cómo los DPs perciben su rol; el tamaño y número de centros de trabajo de la empresa y el miedo de los trabajadores/as a perder el trabajo, agravado por los cambios en el mercado de trabajo, así como la crisis actual.

**Conclusiones:** Los resultados muestran una escasa incorporación de la participación de los trabajadores/as en las actividades de los DPs. La interacción entre los DPs y los trabajadores/as es débil y acotada principalmente a la identificación de problemas. La interacción apunta como un componente relevante de la participación de los trabajadores/as con implicaciones para la salud laboral. No obstante, son necesarios estudios que analicen con más detalle sus procesos, condicionantes e impacto en la efectividad de la función de los DPs, incluyendo también la perspectiva de los trabajadores/as.

## 364. LA PRECARIEDAD LABORAL Y SU RELACIÓN CON LAS CONDICIONES DE TRABAJO Y LA SALUD EN CATALUÑA

O. Ferrer-Armengou, A. Vives, L. Ollé, M. Julià, E. Molinero, J. de Montserrat, J. Benach

*GREDS-EMCONET; Departamento de Salud Pública, Pontificia Universidad Católica de Chile; Subdirecció General Seguretat i Salut Laboral, Generalitat de Catalunya.*

**Antecedentes/Objetivos:** Las condiciones de empleo, y en particular la precariedad laboral, son importantes determinantes sociales de la salud y la equidad en salud. Este estudio describe la distribución de algunas dimensiones de la precariedad laboral en trabajadores asalariados en Cataluña y su asociación con las condiciones de trabajo y con la salud mental y general de los trabajadores.

**Métodos:** Estudio transversal descriptivo con datos de la 2ª Encuesta Catalana de Condiciones de Trabajo (ECCT) realizada en 2010, en una submuestra de trabajadores asalariados con contrato (n = 2.571). Se describe la distribución de las dimensiones de la precariedad laboral incluidas en la ECCT- temporalidad, vulnerabilidad, incapacidad de ejercer derechos y salario- según variables sociodemográficas (sexo, grupos de edad, español o inmigrante, y clase social ocupacional manual o no manual). Se describe la prevalencia de exposición a malas condiciones de trabajo (riesgos psicosociales, ambientales e higiene, ergonómicos y físicos) y la prevalencia de mala salud mental (GHQ-12  $\geq 3$ ) y salud general percibida (regular + mala), según niveles de las dimensiones de la precariedad laboral. Comparaciones mediante  $\chi^2$  de Pearson.

**Resultados:** Todas las dimensiones de la precariedad laboral muestran una distribución más desfavorable entre los trabajadores jóvenes, los inmigrantes, los trabajadores manuales y las mujeres. A su vez, y con pocas excepciones, la prevalencia de exposición a malas condiciones de trabajo es más alta en la categoría más desfavorable de cada dimensión de precariedad laboral estudiada. La prevalencia de mala salud mental aumenta a medida que aumenta la precariedad en todas las dimensiones estudiadas, p.e., de 6,7% a 21% entre trabajadores con baja y alta vulnerabilidad respectivamente. La prevalencia de mala salud general se comporta de la misma manera, p.e., aumenta de 3,7% a 16,7% en el caso del salario, exceptuando la temporalidad donde la relación se invierte.

**Conclusiones:** La precariedad de las condiciones de empleo se asocia a peores condiciones de trabajo y a peor salud mental y general percibida en trabajadores asalariados en Cataluña. Dichas condiciones de empleo son, además, más frecuentes entre quienes están en situación de desventaja en el mercado laboral, contribuyendo así a las inequidades sociales en salud. En futuras ediciones de la ECCT se recomienda recoger información sobre los derechos del trabajador y su empoderamiento (negociación individual o colectiva), para así realizar una vigilancia y análisis más completo de las condiciones de empleo.

Financiación: Departament d'Empresa i Ocupació.

## 33. LA CONCENTRACIÓN ESPERMÁTICA HA DECRECIDO EN JÓVENES UNIVERSITARIOS DEL SURESTE ESPAÑOL

J. Mendiola, L. Mínguez-Alarcón, L. Sarabia-Cos, G.M. Vivero-Salmerón, J.J. López-Espín, M. Roca, K.J. Ruiz-Ruiz, E. Estrella, A.M. Torres-Cantero

*Medicina Preventiva y Salud Pública, UMU; USP Dexeus Murcia; Centro de Investigación Operativa, UMH; CIBERESP.*

**Antecedentes/Objetivos:** De acuerdo con el concepto de síndrome de disgenesia testicular, se ha establecido una relación entre la calidad seminal alterada y el riesgo incrementado de cáncer testicular. Un estudio previo en la provincia de Almería, cuyo trabajo de campo se realizó en el año 2002, mostró que los jóvenes estudiantes tenían una

concentración espermática mayor que otras poblaciones de jóvenes del norte de Europa. Sin embargo, la incidencia de cáncer testicular parece estar aumentando durante los últimos años entre los españoles. El objetivo de este estudio es explorar la hipótesis de que la concentración espermática ha disminuido en los jóvenes universitarios del suroeste español.

**Métodos:** Estudio transversal en jóvenes universitarios sanos (18-23 años) de la Región de Murcia (n = 215) que se llevó a cabo entre los años 2010-2011. Los sujetos obtuvieron una muestra seminal, completaron cuestionarios sobre hábitos de vida y se les realizó un examen físico-andrológico completo. Los análisis de parámetros seminales (concentración, movilidad y morfología espermática) se realizaron siguiendo las recomendaciones de la OMS (2010). Además, se siguieron controles de calidad similares a los realizados en los estudios de Almería y del norte de Europa. Se obtuvieron estadísticos descriptivos de los principales parámetros seminales y otras variables importantes relacionadas. Se realizaron pruebas de comparación de medias para contrastar las diferencias entre las poblaciones. El paquete estadístico utilizado fue el SPSS 19.0.

**Resultados:** La media y desviación estándar (DE) de la edad y tiempo de abstinencia sexual fue de  $19,2 \pm 5,5$  años y  $79,3 \pm 37,4$  horas, respectivamente. Casi un 32% eran fumadores y un 15% presentó varicocele. Nuestra población de estudio presentó una concentración espermática [Murcia (media) = 52,1, IC95% 47,1, 57,1 vs Almería (media) = 72,0 IC95% 63,7, 80,3) y recuento espermático total (media = 154, IC95% 138, 170 vs media = 215, IC95% 187, 243) significativamente menor comparado con lo varones del estudio de Almería. Ningún otro parámetro espermático fue significativamente distinto entre ambos estudios.

**Conclusiones:** Asumiendo que nuestra población de estudio y la metodología empleada es comparable entre ambos estudios, nuestros resultados sugieren que se ha producido un decrecimiento de la concentración espermática entre jóvenes universitarios españoles durante la última década. Este escenario podría esperarse en una población donde la incidencia de cáncer testicular está aumentando durante los últimos años.

## 501. EFECTOS DE LAS TEMPERATURAS EXTREMADAMENTE ELEVADAS SOBRE LA MORTALIDAD DIARIA TOTAL EN ARAGÓN

E. Roldán, M. Gómez, M.R. Pino, M. Esteban, J. Díaz

*Grupo Consolidado de Investigación Aplicada GIMACES, Universidad San Jorge; Dirección General de Salud Pública, Gobierno de Aragón; Escuela Nacional de Sanidad, Instituto de Salud Carlos III.*

**Antecedentes/Objetivos:** El objetivo de este trabajo es determinar la temperatura umbral de disparo de la mortalidad por calor en Aragón (España) para el periodo 1987-2006 y determinar su impacto sobre la mortalidad diaria total.

**Métodos:** Se seleccionaron datos diarios de temperatura máxima correspondientes al observatorio de Zaragoza capital, representativo de la totalidad de Aragón, suministrados por la Agencia Estatal de Meteorología y por la Fundación para la Investigación del Clima. Los datos de mortalidad diaria para todas las causas excepto accidentes para el periodo 1987-2006 fueron facilitados por la Dirección General de Salud Pública del Gobierno de Aragón. Estudio ecológico longitudinal de series temporales. Para la determinación de la temperatura umbral de disparo de la mortalidad, se realizó un modelo autorregresivo integrado de media móvil (ARIMA) de series temporales para la mortalidad diaria. Los residuos de dicha modelización se representaron en un diagrama de dispersión frente a la temperatura máxima diaria en intervalos de 2 °C.

**Resultados:** La mortalidad muestra un aumento con significación estadística cuando la temperatura máxima diaria supera el umbral de 38 °C, lo que corresponde al percentil 97 de las temperaturas máximas diarias de los meses de verano (junio-septiembre). Tras establecer funciones de correlación cruzadas (FCC) y una posterior modelización de modelos ARIMA multivariantes con variables exógenas se determinó el impacto sobre la mortalidad, por cada de grado en que se supera la temperatura umbral de 38 °C, con retrasos estadísticamente significativos los días 1, 2 y 4. Los impactos sobre la mortalidad son del 6,6%, 7,6% y 5,3% respectivamente.

**Conclusiones:** La exposición a temperaturas extremas altas conduce a un aumento significativo de la mortalidad, por lo que es necesaria la articulación de medidas preventivas para minimizar su impacto sobre la salud.

## 247. FACTORES DE RIESGO DE FRACTURA VERTEBRAL OSTEOPORÓTICA DE ALTO IMPACTO POBLACIONAL

G. Sanfélix-Gimeno, J. Sanfélix-Genovés, B. Reig-Molla, I. Hurtado, S. Peiró

*Centro Superior de Investigación en Salud Pública (CSISP).*

**Antecedentes/Objetivos:** El objetivo es estimar la prevalencia de los factores de riesgo de fractura vertebral osteoporótica en las mujeres posmenopáusicas de la ciudad de Valencia y analizar la asociación de estos factores con la presencia de osteoporosis densitométrica y de fractura vertebral osteoporótica.

**Métodos:** Estudio transversal realizado en una muestra aleatoria poblacional de 824 mujeres posmenopáusicas mayores de 50 años de la ciudad de Valencia en 2006-2007. Se realizó una encuesta mediante entrevista en la que se recoge información sociodemográfica, de estilos de vida y factores asociados: edad, nivel educativo (sin estudios, primaria, secundaria/universidad), tabaco ( $\geq 20$  cigarrillos/día), alcohol ( $\geq 17$  U/sem), IMC (bajo:  $\leq 20$ , normal-sobrepeso: 20-29 y obesidad:  $\geq 30$ ), baja ingesta de calcio ( $< 500$  mg), antecedentes familiares de fractura osteoporótica (FO), hipoestrogenismo, FO previa no vertebral, uso glucocorticoides, fármacos osteopenizantes y tratamiento antiosteoporótico. Se realizó una radiografía de columna dorsal y lumbar y una densitometría ósea de columna y cadera. Se realizó un análisis descriptivo de la prevalencia de factores de riesgo y regresión logística multivariante para valorar la fuerza de asociación de los factores de riesgo sobre la fractura vertebral osteoporótica y de osteoporosis densitométrica.

**Resultados:** Los factores de riesgo más prevalentes fueron el IMC  $\geq 30$  (35,2%), la osteoporosis densitométrica (31,7%), antecedentes familiares de fractura de cadera (20%), y el hipoestrogenismo (19%). Después de ajustar por todas las covariables, la presencia de osteoporosis densitométrica se asoció a la edad (OR65-69 años: 2,33; IC95%: 1,54-3,52, OR70-74 años: 3,17; IC95%: 2,07-4,84, OR75+años: 4,70; IC95%: 2,73-8,08) y a un IMC bajo (OR  $\leq 20$ : 4,60; IC95%: 1,48-14,33). La fractura vertebral morfométrica se asoció a la edad (OR65-69 años: 1,70; IC95%: 1,06-2,72, OR70-74años: 4,05; IC95%: 2,11-7,77, OR75+años: 8,43; IC95%: 3,97-17,93), a un bajo nivel educativo (OR: 1,70; IC95%: 1,06-2,72) y a la presencia de osteoporosis densitométrica y de un IMC  $\geq 30$  (OR: 3,35; IC95%: 1,85-6,07).

**Conclusiones:** Tener un IMC alto y osteoporosis densitométrica fueron los factores de riesgo de fractura osteoporótica más prevalentes. Se encontró un mayor riesgo de fractura vertebral osteoporótica en mujeres con osteoporosis densitométrica y un IMC alto. Esta asociación, si se confirmara, tendría implicaciones importantes en la práctica clínica y en las escalas de riesgo de fractura. También se observó un mayor riesgo en mujeres con bajo nivel educativo, lo que sugiere que se debe prestar más atención a estas poblaciones con el objetivo de identificar factores de riesgo potencialmente modificables.

### 123. LA CALIDAD DEL MOVIMIENTO NATURAL DE LA POBLACIÓN PARA EL ESTUDIO DE LA SALUD PERINATAL: LOS DATOS MISSING EN PESO AL NACER Y EDAD GESTACIONAL

S. Juárez, T. Alonso Ortiz, F. Bolúmar Montrull

*Centre for Economic Demography, Lund University; Hospital Clínico de Madrid; Departamento de Salud Pública, Universidad de Alcalá.*

**Antecedentes/Objetivos:** Este trabajo evalúa la calidad de las estadísticas del Movimiento Natural de la Población en relación a la información faltante (missing) en las variables de peso y edad gestacional. Los objetivos son: 1) Conocer el impacto que tienen los datos faltantes en las prevalencias de muy bajo peso al nacer (MBP), peso al nacer (BP), nacimientos muy pretérmino (MPT) y pretérmino (PT). 2) Identificar las características sociodemográfica de los padres y clínicas de los niños asociadas a la información faltante en el peso al nacer, la edad gestacional o ambas variables conjuntamente.

**Métodos:** Se creó una base de datos enlazando individualmente los nacimientos ocurridos en el Hospital Clínico de Madrid entre los años 2005-2007 con sus respectivos registros en el Movimiento Natural de la Población (MNP). Se calcularon y compararon las prevalencias MBP, BP, MPT y PT entre las dos fuentes. Se estimaron modelos de regresión logística multivariante con errores estándares robustos.

**Resultados:** No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los principales indicadores al nacer (MBP, BP, MPT, PT). Las madres extranjeras tienen una mayor probabilidad de dejar en blanco la información de peso (OR 1,63), edad gestacional (OR 1,45) y ambas (OR: 1,81), mientras que los padres extranjeros sólo una mayor probabilidad de hacerlo en el peso (OR 1,34). Las madres en situación laboral de dependencia tienen más probabilidades de dejar en blanco la edad gestacional (OR 1,48) y los padres en su misma situación casi tres veces más de dejar en blanco la información del peso (OR 2,96). Las madres casadas tienen menos probabilidades de dejar en blanco el campo edad gestacional (OR 0,74). El segundo niño tiene más probabilidades que el primero de ser declarado sin ninguna información (OR 1,46). Ser un nacido con BP y PT supone cuatro veces más probabilidad de no ser declarado con peso (OR 3,81). Ser declarado en el registro civil cualquier día después del nacimiento reduce la probabilidad de no tener información en alguna de las variables o ambas.

**Conclusiones:** Los datos faltantes del MNP no parecen afectar a las prevalencias de los indicadores al nacer, aunque éste resultado podría estar asociado al pequeño tamaño muestral. Los datos faltantes no se distribuyen aleatoriamente sino que dependen en gran medida de la salud del nacido, la nacionalidad y situación de empleo de los padres y del tiempo que transcurre entre el nacimiento y la declaración del nacido en el registro civil.

### 136. CRIBADO PRENATAL DEL PRIMER TRIMESTRE DE SÍNDROME DE DOWN Y OTRAS CROMOSOMOPATÍAS EN EL PAÍS VASCO

I. Portillo, A. López-Urrutia, A. Uribarren, P. Morales, J.M. Landa, R. Fernández, M. Fraca, C. Sola, M. Urrejola

*Osakidetza; Hospital Universitario de Cruces; Hospital Universitario Araba; Hospital Universitario Donostia; OSI Goierri Alto Urola; Hospital Universitario Basurto.*

**Antecedentes/Objetivos:** El cribado prenatal combinado del primer trimestre se inició en el 2009 a partir de un estudio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (Osteba). Oferta a todas las mujeres en la primera visita de embarazo, sustituyendo la oferta existente hasta el momento de amniocentesis a mujeres de mayores de 35 años. En 2010

cobertura 100% en red pública. Objetivos: determinar el grado de aceptación de las mujeres desde 2009-2011. Conocer la tasa de detección de síndrome de Down, trisomía 13 y 18.

**Métodos:** Captación realizada por la matrona de Atención Primaria, que informa sobre el cribado y recaba factores de riesgo y la aceptación del mismo. El cribado consiste en la determinación analítica de (fracción libre de la gonadotropina coriónica humana libre ( $\beta$ -HCG) y la proteína plásmática A asociada al embarazo (PAPP-A), la translucencia nugal y parámetros correctores que determinan a través del Programa SsdwLab6® el riesgo. Se considera riesgo positivo 1: 270 para trisomía 21, 13 y 18. La amniocentesis es la técnica de confirmación con técnicas rápidas (QF-PCR y FISH). En el cribado participan 5 laboratorios de referencia, 6 intermedios y 10 centros ecográficos que realizan el proceso y monitorizan su calidad. Todos los cribados son seguidos y codificados en un centro coordinador con búsqueda activa de casos: recién nacidos, abortos espontáneos e interrupciones voluntarias del embarazo.

**Resultados:** Se analizaron los cribados desde el inicio a 31/12/2011. Se registraron 37.341 cribados, con una edad media de 32,6 años, un 35,1% de las mujeres tenían más de 35 años. La tasa de rechazo fue de 3,3%. La tasa de positivos fue de 5,3% (IC95% 5,01-5,5) realizándose amniocentesis/biopsia corial en 2.728 casos, lo que supuso una disminución de > 80% sobre las esperadas sin cribado. La tasa de pérdidas fetales fue de 0,5%. La sensibilidad de la prueba para Síndrome de Down fue de 88,1% (IC95% 82,4-93,8) y la especificidad de 95,1% (IC95% 94,8-95,4), para las tres trisomías la sensibilidad fue de 86,9% (IC95%: 81,8-92,01). La tasa de falsos positivos se situó en 4,85% (IC95% 4,6-5,2). Se detectaron 15 casos de falsos negativos en los que 11 (73%) correspondieron a mujeres de menos de 35 años.

**Conclusiones:** La aceptación de las mujeres es adecuada en nuestro medio, así como la tasa de detección de síndrome de Down, trisomía 13 y 18. El Programa ha supuesto un control y mejora del diagnóstico prenatal así como de la indicación de técnicas invasivas. El 73% de los falsos negativos no se hubieran detectado con el cribado de amniocentesis a los 35 años.

### 337. PREVALENCIA Y EVOLUCIÓN DE LA MULTIMORBILIDAD EN POBLACIÓN GENERAL

J.M. Calderón-Meza, J.M. Abad Díez, A. Calderón-Larrañaga, J.A. Hanco-Saavedra, B. Poblador-Plou, M. Lairla-San José, A. Prados-Torres

*IIS Aragón; Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS).*

**Antecedentes/Objetivos:** La presencia de dos o más enfermedades crónicas en un mismo individuo -multimorbilidad- es hoy un problema de salud pública relevante y supone un desafío para los servicios sanitarios. En este estudio se ofrece información sobre su prevalencia y evolución, y se analiza su papel como factor de riesgo del aumento de la complejidad del paciente.

**Métodos:** Estudio de cohortes retrospectivo basado en información diagnóstica, registrada en la historia clínica de 62.798 pacientes atendidos entre 2005 y 2008 en 7 centros de salud de Zaragoza. El análisis se estratificó por grupos de edad (0-14, 15-44, 45-64 y > 64) y sexo.

**Resultados:** La prevalencia global de multimorbilidad al inicio del estudio fue de 46,4%, y significativamente mayor en mujeres (49,04%). Esta diferencia entre hombres y mujeres se mantuvo, a partir de los 15 años, en los tres años siguientes. Por grupos de edad, la frecuencia de multimorbilidad fue de 14,1% en pacientes menores de 14, de 22,4% en los de 15 a 44, de 56,5% en los de 45 a 64 y de 76,8% en los mayores de 64 años. Respecto a su evolución temporal, el porcentaje global de población con multimorbilidad se incrementó un 27,3% entre 2005 y 2008, llegando a ser del doble entre los más jóvenes. Por último, la probabilidad de presentar una nueva enfermedad crónica

durante el período de estudio en individuos con multimorbilidad, respecto a los que tenían 0 o 1 enfermedad, fue un 67% mayor, llegando a observarse un incremento de riesgo de 3,5 en el grupo de mayor edad.

**Conclusiones:** La prevalencia de multimorbilidad es elevada en todos los grupos de edad, no sólo en ancianos. Su tendencia es creciente y aún más acusada en mujeres. La multimorbilidad es, en sí misma, un factor de riesgo que favorece la aparición de nuevas enfermedades.

Financiación: Grupo de Investigación en Salud Pública y Servicios.

### 324. POSICIÓN SOCIOECONÓMICA DE LA PAREJA, PROCESO MIGRATORIO Y SALUD DE LAS MUJERES MARROQUÍES, ECUATORIANAS Y RUMANAS EN ESPAÑA

C. Vives-Cases, J. Torrubiano-Domínguez, D. la Parra Casado, D. Gil González, M.A. Martínez Román, A. Agudelo Suárez, M.C. Davó Blanes

Universidad de Alicante; CIBER de Epidemiología y Salud Pública; Instituto Universitario Desarrollo Social y Paz; Universidad de Antioquia (Colombia).

**Antecedentes/Objetivos:** Aunque la desigualdad de género en la pareja constituye un problema universal, es pertinente analizar cómo las características del proceso migratorio pueden influir en dichas desigualdades y sus efectos en la salud de las mujeres. El objetivo en este estudio es analizar los efectos de la hipogamia (cuando ellas tienen una posición socio económica mejor que sus parejas) en la salud de las mujeres teniendo en cuenta las características de los procesos migratorios de tres colectivos de frecuente afluencia en España: Marruecos, Ecuador y Rumanía.

**Métodos:** Estudio transversal con 1481 mujeres de Marruecos, Ecuador y Rumanía con pareja o análogo también extranjera (2011). Se construyeron indicadores de hipogamia (ellas mejor posición que ellos), hipergamia (ellos mejor posición que ellas) y endogamia (ellas y ellos en igual posición) comparando las puntuaciones de las mujeres con las de sus parejas en cuanto a tener o no empleo, clase social y salario. Se calcularon Odds Ratios (OR) ajustadas por la edad de ellas y de sus parejas, estratificadas por país de origen para comparar los efectos en la salud (auto percibida, problemas salud física, morbilidad psíquica y malos tratos en la pareja) de la hipogamia con respecto a otras situaciones de hipergamia y endogamia.

**Resultados:** Se identificó un 14% de casos en los que las mujeres trabajaban y sus parejas estaban desempleadas. Se observaron un 14% de casos de hipogamia en cuanto a la clase social (ellas más que sus parejas) y un 16,7% con respecto al salario (ellas ganan más). En las mujeres marroquíes, se observó un efecto protector de la igualdad de salarial con respecto a la probabilidad de mala salud auto percibida (OR 0,25 [0,07-0,9]) y problemas de salud física (0,53 [0,4-0,99]). Las ecuatorianas que ganan más que sus parejas registraron menor probabilidad de malos tratos (0,4 [0,19-0,86]). Las que ganan igual que sus parejas registraron menor probabilidad de mala salud autopercebida (0,46 [0,24-0,86]). La paridad de género en clase social genera en este colectivo un efecto protector con respecto a la presencia de problemas físicos (0,43 [0,19-0,98]). Entre las rumanas, destaca la asociación entre morbilidad psíquica y desempleo de ambos miembros de la pareja (2,45 [1,45-5,75]) en comparación con situaciones en las que él trabaja y ella no.

**Conclusiones:** En los pocos casos en los que las mujeres tienen una mejor posición socioeconómica que sus parejas, cabe destacar efectos positivos en la salud en la mayoría de los colectivos estudiados.

Financiación: Fondo de Investigaciones Sanitarias, Instituto Carlos III y Ministerio Innovación y Ciencia al Proyecto "Violencia de género en mujeres inmigrantes. Factores de riesgo y determinantes de acceso a los Servicios Socio Sanitarios" PI10/00151.

### 335. ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA DE CAUSAS DESCONOCIDAS EN NICARAGUA: ANÁLISIS CUALITATIVO DE ENTREVISTAS SEMIESTRUCTURADAS CON MÉDICOS Y FARMACÉUTICOS LOCALES

O. Ramírez Rubio, D. Brooks, J.J. Amador, J. Kaufman, D. Weiner, M.K. Scammell

Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad Autónoma de Madrid; Departamentos de Epidemiología y Salud Ambiental, Escuela de Salud Pública, Boston University; División de Nefrología, Tufts Medical Center; Sección Renal, VA Boston Healthcare.

**Antecedentes/Objetivos:** El occidente de Nicaragua presenta una mortalidad y prevalencia elevada de enfermedad renal crónica (ERC) de causas desconocidas concentrada en la población masculina adulta y joven. Además, es frecuente el diagnóstico de infecciones del tracto urinario (ITU) en hombres y un síndrome de disuria llamado localmente por los trabajadores como "chistata". Este estudio examina las percepciones de los profesionales de la salud locales respecto a la etiología de estas entidades y su tratamiento, incluyendo medicamentos potencialmente nefrotóxicos.

**Métodos:** Se llevaron a cabo 19 entrevistas semi-estructuradas cara a cara previo consentimiento informado en 10 médicos y 9 farmacéuticos de las regiones de León y Chinandega seleccionados al azar. Dos investigadoras codificaron y analizaron el texto transcrito. El estudio cuenta con la aprobación de los Comités Éticos de la Universidad de Boston, la Autónoma de Madrid y el Ministerio de Salud de Nicaragua.

**Resultados:** Los profesionales de la salud entrevistados perciben la ERC como un problema de salud serio y creciente de la región que afecta principalmente a hombres que trabajan como mano de obra. Todos los entrevistados consideraron la exposición ocupacional y ambiental al sol, calor y deshidratación como factores críticos asociados con la aparición de ERC. Estos mismos factores también fueron considerados clave en la aparición de chistata, descrita como ardor y dolor al orinar, siendo estos síntomas ampliamente tratados con antiinflamatorios no esteroideos (AINEs), diuréticos y antibióticos. Las entrevistas proporcionaron información inconsistente pero importante acerca de la hidratación, la calidad del agua consumida y la relación con la ERC. Los médicos también opinaron que el sobre-diagnóstico de ITU en la población masculina (normalmente no basado en cultivos) y el uso potencial de medicaciones nefrotóxicas podría estar contribuyendo a la epidemia de ERC.

**Conclusiones:** Este estudio identifica las causas de la epidemia de ERC percibidas por profesionales de la salud en primera línea y su análisis sugiere relaciones entre algunas de las hipótesis causales identificadas hasta la fecha por ésta y otras investigaciones llevadas a cabo en la región. Aunque el golpe de calor no es una causa ampliamente aceptada de ERC a nivel poblacional, el papel de este junto con otros de los factores mencionados debe ser investigados.

Financiación: Financiación de la Oficina Compliance Advisor/Ombudsman, Recurso Independiente del Grupo Banco Mundial. Los puntos de vista expresados en este artículo no representan necesariamente los del Grupo del Banco Mundial o ningún otro organismo.