

## COMUNICACIONES ORALES III

Jueves, 29 de octubre de 2009. 15:00 a 17:00 h

Sala: Aragón 5-6

Salud reproductiva

Modera: Marisa Rebagliato Ruso

---

### 33. CAMBIOS SOCIOECONÓMICOS EN LAS MUJERES CASTELLANO Y LEONESAS QUE ABORTAN, 1996-2007

S. Fernández

*Dirección General de Salud Pública e Investigación, Desarrollo e Innovación. Junta de Castilla y León. Valladolid.*

**Antecedentes/Objetivos:** Las diferencias socioeconómicas repercuten en las actitudes de salud. Este trabajo persigue conocer los cambios socioeconómicos acaecidos en las mujeres que abortan voluntariamente en el transcurso de los últimos 12 años.

**Métodos:** Se han estudiado, para el conjunto de la Comunidad, una serie de variables que se recogen en la hoja de notificación oficial de la interrupción voluntaria del embarazo (IVE): edad, convive en pareja, estado civil, n.º de hijos, nivel de estudios, ingresos económicos y situación laboral en dos periodos de tiempo 1996 a 2001 y 2002 a 2007. Se ha analizado cada periodo de tiempo y se han obtenido las diferencias porcentuales con sus intervalos de confianza al 95% (IC).

**Resultados:** Entre 1996 y 2001 abortaron 17.038 mujeres y entre 2002 y 2007 18.011 lo que supone un 5,71% más de abortos en el segundo periodo. Por grupos de edad se observa un aumento estadísticamente significativo en las menores de 15 años y en las jóvenes hasta los 29 años. La mayor diferencia se observa entre 15 y 19 años IC: -0,027-0,013 p = 0,0000). Entre ambos periodos ha aumentado el porcentaje de mujeres que conviven en pareja 40,67% vs 43,00% y ha descendido el de casadas 30,79% vs 24,85%, las diferencias son estadísticamente significativas. También han aumentado, un 7,31%, las mujeres que no tenían ningún hijo al realizar la IVE. Respecto al nivel de estudios ha aumentado de forma significativa el porcentaje de mujeres con estudios de primer grado y de segundo grado primer ciclo. El mayor aumento se ha dado en las primeras IC: -0,079-0,065 p = 0,0000. Por otro lado han disminuido también significativamente las mujeres con estudios superiores tanto de primer ciclo como de segundo y tercero. En relación con la situación laboral sólo se observa un incremento estadísticamente significativo, más del 20%, en las trabajadoras a sueldo IC: -0,111-0,090 p = 0,0000. Consecuentemente han aumentado las mujeres con ingresos económicos propios 55,68% vs 62,95%.

**Conclusiones:** Se evidencia un cambio en el perfil de las mujeres que abortan: son más jóvenes, están solteras, no tienen ningún hijo, trabajan y tienen ingresos económicos propios. Es importante destacar que a mayor nivel de estudios disminuye el porcentaje de mujeres que abortan.

## 77. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y CONDUCTUALES ASOCIADAS A LA DECLARACIÓN DEL USO DE LA ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA (AE) DE LOS LAS ADOLESCENTES ESCOLARIZADOS DE TERRASSA

M. López-Amorós, A. Schiaffino, A. Moncada

*Salut i Comunitat. Ajuntament de Terrassa.*

**Antecedentes/Objetivos:** Analizar las características sociodemográficas y conductuales asociadas a la declaración del uso de la AE de los adolescentes de la ciudad de Terrassa.

**Métodos:** Estudio transversal (2008) para conocer los hábitos de salud de los adolescentes de Terrassa (municipio de 204.000 habitantes próximo a Barcelona). Se seleccionó una muestra representativa del alumnado entre 14 y 18 años ( $n = 1.300$ ) y se les administró un cuestionario diseñado ad hoc. La variable respuesta fue la declaración de uso de AE. Las variables explicativas fueron: sexo, edad, rendimiento escolar, relación con los padres, lugar de nacimiento de los padres, nivel socioeconómico familiar, situación familiar de los padres, titularidad de la escuela, información sobre sexualidad, trabajar temas de sexualidad, consumo de drogas (tabaco, alcohol, cannabis, otras drogas), frecuencia de relaciones sexuales con penetración (RSP), edad inicio RSP ( $< 16^{3/16}$ ), número de personas con las que ha tenido RSP, método anticonceptivo en la última RSP, frecuencia de uso del preservativo, intención de rechazo de una RSP sin preservativo, abuso sexual. Se han calculado los porcentajes de declaración de uso de AE en cada una de las variables explicativas. Se han utilizado modelos de regresión logística ajustados por edad y frecuencia de relaciones sexuales para comprobar la asociación entre cada una de las variables explicativas y el uso de AE. Finalmente con aquellas que eran estadísticamente significativas, se han calculado los odds ratio (OR) e intervalos de confianza (IC) al 95% de asociación mediante un modelo logístico multivariante. Todos los resultados se han estratificado según el sexo.

**Resultados:** Un 19,9% de los chicos y un 27,6% de las chicas han utilizado AE alguna vez. En los chicos, los modelos ajustados mostraron asociación con la edad, trabajar temas de sexualidad, consumo de tabaco, consumo abusivo de alcohol, frecuencia de RSP, número de personas con las que ha tenido RSP y método anticonceptivo usado en la última RSP. El modelo multivariante mostró que la declaración de uso de AE se asociaba a la frecuencia de RSP (OR = 2,8, IC: 1,1-7,2). En las chicas se asoció con consumo abusivo de alcohol, cannabis, otras drogas, frecuencia de RSP, número de personas con las que ha tenido RSC. El modelo multivariante mostró que la declaración de uso de AE se asociaba a consumo abusivo de alcohol (OR = 2,5, IC: 1,2-5,2), consumo de cannabis (OR = 2,7, IC: 1,3-5,5).

**Conclusiones:** La declaración del uso de AE es más frecuente en chicas. En los chicos está asociado a la frecuencia con que tienen RSP, mientras que en las chicas está asociado al consumo de alcohol y cannabis. En la prevención se deben contemplar estas diferencias.

## 78. CARACTERÍSTICAS DE LOS Y LAS ADOLESCENTES ESCOLARIZADOS QUE ACEPTARÍAN MANTENER UNA RELACIÓN SEXUAL SIN PRESERVATIVO

A. Schiaffino, M. López-Amorós, A. Moncada

*Salut i Comunitat. Ajuntament de Terrassa.*

**Antecedentes/Objetivos:** Describir las características asociadas a la aceptación de mantener una relación sexual sin preservativo de los adolescentes de la ciudad de Terrassa.

**Métodos:** Estudio transversal realizado en el año 2008 para conocer los hábitos de salud de los adolescentes de Terrassa (municipio de 204.000 habitantes cercano a Barcelona). Se seleccionó una muestra representativa del alumnado entre 14 y 18 años ( $n = 1.300$ ) y se les administró un cuestionario diseñado ad hoc. La variable respuesta fue la intención de conducta a aceptar una relación sexual (RS) sin preservativo (no aceptar, no saber, aceptar). Las variables explicativas: características sociodemográficas, académicas, satisfacción con aspectos personales, comportamiento antisocial y estilos de vida. Se han utilizado modelos de regresión logística politómica para comprobar la asociación entre cada una de las variables explicativas y aceptar RS sin preservativo. Mediante un método stepwise basado en la verosimilitud, se ha ajustado un modelo logístico politómico multivariante a partir de las variables que resultaron asociadas a nivel bivariado y se han calculado los odds ratio (OR) e intervalos de confianza (IC) al 95%. Todos los análisis se han realizado por separado para chicos y chicas.

**Resultados:** Un 16,7% de los chicos y un 7,4% de las chicas aceptarían mantener una RS sin preservativo y un 27,1% y un 10,8% respectivamente están indecisos. En los chicos, la aceptación de tener RS sin preservativo se asoció con abuso de alcohol (OR = 2,8, IC: 1,6-4,9), comportamiento antisocial (OR = 2,7, IC: 1,1-6,8) y padre de origen latinoamericano (OR = 3,3, IC: 1,3-8,5) mientras que estar indeciso se asoció con comportamiento antisocial (OR = 3,1, IC: 1,4-7,1) y padre de origen latinoamericano (OR = 2,4, IC: 1,1-5,4). En las chicas, la aceptación se asoció con abuso de alcohol (OR = 2,4, IC: 1,1-5,3), tener RS (OR = 4,1, IC: 1,8-9,1), comportamiento antisocial (OR = 4,9, IC: 1,3-18,8), mal rendimiento escolar (OR = 3,9, IC: 1,8-8,5), nivel socioeconómico familiar desfavorecido (OR = 5,5, IC: 2,0-15,2) y madre de origen latinoamericano (OR = 6,2, IC: 2,1-19,1) o africano (OR = 6,3, IC: 1,4-28,1) mientras que estar indecisa se asoció con abuso de alcohol (OR = 2,0, IC: 1,1-3,9), consumo de otras drogas (OR = 3,7, IC: 1,4-9,6), tener RS (OR = 2,1, IC: 1,1-3,8), comportamiento antisocial (OR = 2,5, IC: 1,2-5,2) y madre de origen latinoamericano (OR = 4,1, IC: 1,1-14,3).

**Conclusiones:** Las chicas declaran en mayor porcentaje que rechazarían un RS sin preservativo. Las características asociadas a aceptar es muy similar en ambos sexos y se asocia con conductas de riesgo y con el lugar de nacimiento de los padres. En cambio, las características de estar indeciso son diferentes teniendo un peso mayor las conductas de riesgo en las chicas.

## 111. INCONTINENCIA URINARIA Y AUTOCUIDADO EN LA GESTANTE

R. Ruiz de Viñaspre Hernández, C. Tomás Aznar

*Servicio Riojano de Salud; Universidad de Zaragoza.*

**Antecedentes/Objetivos:** La incontinencia urinaria (UI) se define como "la manifestación o queja de cualquier pérdida de orina". En gestación es frecuente que la mujer por primera vez experimente fugas y su aparición constituye un factor de riesgo de IU posterior. La prevalencia de IU en gestación es alta y afecta a la calidad de vida de las gestantes. La incontinencia en gestación podría prevenirse o rehabilitarse si las gestantes ejercitasen de manera adecuada los músculos perineales, sin embargo, muchas gestantes desconocen cómo hacerlo y a pesar de ser incontinentes no consultan con un profesional sanitario. El objetivo de este estudio es estimar la prevalencia de IU y su asociación con factores sociodemográficos, de salud y estilos de vida, analizar la práctica de ejercitación perineal en embarazo y evaluar la demanda de asesoramiento de la gestante incontinente.

**Métodos:** Estudio descriptivo transversal. Participantes: 103 gestantes que acuden al servicio de monitorización fetal del hospital San Pedro de Logroño en semana 36-41, seleccionadas mediante muestreo aleatorio simple. Se elaboró un cuestionario "ad hoc" y los datos se recogieron mediante entrevista personal, durante el periodo de enero y febrero 2009. La variable dependiente fue la incontinencia urinaria y las variables independientes las características sociodemográficas, de salud y de estilos de vida de las gestantes. Para analizar la asociación se aplicó la comparación de medias (t de Student, U de Mann-Whitney o ANOVA), y el test de  $\chi^2$  con el coeficiente Phi de Kendall para medir la fuerza de asociación cuando esta resulta significativa.

**Resultados:** La prevalencia de IU en gestación ha sido de un 48,5% (38,8-58,1 IC 95%). Un 22% de las estas incontinencias eran severas. La incidencia acumulada de IU en gestación fue de un 41,11% (IC95%, 31,61%-50,61%). La IU en gestación se asocia con la edad ( $32,32 \pm 4,64$  vs  $30,23 \pm 5,01$ ,  $p = 0,03$ ), n.º de gestaciones ( $1,9 \pm 0,88$  vs  $1,51 \pm 0,7$ ,  $p < 0,01$ ), paridad ( $0,7 \pm 0,76$  vs  $0,19 \pm 0,44$ ,  $p < 0,01$ ), y el consumo de cigarrillos en gestación ( $6,33 \pm 1,53$  vs  $3,5 \pm 1,9$ ,  $p = 0,039$ ). Un 42,7% (44/103) ha realizado ejercicios perineales uno o más días a la semana en la gestación, la ejercitación perineal no se asocia con la incontinencia, pero sí con el nivel educativo de la gestante ( $p < 0,01$ ). Sólo un 20% de las gestantes incontinentes consultan su problema con un sanitario.

**Conclusiones:** La alta prevalencia de IU en gestación junto con la insuficiente práctica de ejercitación perineal entre las gestantes y la baja tasa de consulta informa de la necesidad de incluir el diagnóstico de IU en la atención a la gestante y el asesoramiento adecuado.

#### 419. FUNCIÓN TIROIDEA MATERNA E INGESTA DE YODO DURANTE EL EMBARAZO: EFECTOS SOBRE PREMATURIDAD Y PESO AL NACIMIENTO

M. Murcia, M. Rebagliato, C. Iñiguez, M.J. López-Espinosa, J. Vioque, M. Espada, S. Llop, E. Navarrete-Muñoz, F. Ballester

*CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP); Centro Superior de Investigación en Salud Pública (CSISP), Valencia; Univ. Rey Juan Carlos, Madrid; Univ. Miguel Hernández, Alicante; Laboratorio Salud Pública, Bilbao.*

**Antecedentes/Objetivos:** Aunque existe amplia evidencia sobre los efectos reproductivos adversos del déficit severo de yodo y las alteraciones clínicas de la función tiroidea materna, los resultados sobre los efectos de la disfunción tiroidea subclínica son aún escasos. El objetivo es evaluar el efecto de la ingesta de yodo, y de la disfunción tiroidea subclínica materna, medida a través de los niveles de TSH y T4 libre (T4L) en el primer trimestre del embarazo, sobre el peso al nacimiento y el riesgo de prematuridad.

**Métodos:** Estudio de cohortes prospectivo de base poblacional de 661 mujeres embarazadas (INMA-Valencia), reclutadas en el primer trimestre del embarazo entre 2004 y 2005. Evaluación de ingesta de yodo a través de la dieta, sal yodada y suplementos, mediante cuestionarios en el 1er y 3er trimestre del embarazo y medición de yoduria en 1er trimestre. Determinación de niveles sanguíneos maternos de TSH y T4 libre en el 1er trimestre. Como efectos reproductivos adversos se determinó el peso al nacimiento ajustado por edad gestacional, pequeño (PEG) o grande (GEG) para la edad gestacional (peso al nacimiento  $<$  percentil 10 (p10) o  $>$  percentil 90 (p90) según tablas poblacionales estándares), y parto pretérmino ( $<$  37 semanas). Se utilizaron modelos de regresión lineal múltiple para estimar el efecto sobre el peso al nacimiento, logística binomial para el riesgo de parto pretérmino, y polinomial para el riesgo de PEG y GEG, ajustando por otros factores de riesgo y utilizando intervalos de confianza (IC) robustos.

**Resultados:** Los hijos de madres con niveles de T4L  $>$  p90 presentaron una reducción del peso medio al nacimiento de 154,2 g (IC95% -281,7 a -26,6), y un mayor riesgo de PEG (OR = 2.24, IC95% 1,07-4,72) que aquellos cuyas madres tenían niveles normales (T4L p10-p90), tras ajustar por los niveles de TSH y otros posibles confusores. Se observó, sin embargo, un mayor riesgo de GEG asociado a niveles bajos de TSH ( $<$  p5) (OR = 5,68, IC95% 2,09-15,45). El riesgo de parto pretérmino se relacionó con hipertiroidemia (T4L  $>$  p90 y TSH normal, OR = 3,29, IC95% 1,13-9,58). No se observó ninguna asociación con las variables relacionadas con la ingesta de yodo.

**Conclusiones:** La ingesta de yodo durante el embarazo no se ha asociado con el crecimiento fetal y riesgo de prematuridad. La hipertiroidemia podría ser un marcador temprano de riesgo de prematuridad y restricción de crecimiento intrauterino, al igual que se ha notificado su asociación con marcadores de riesgo cardiovascular en estudios de población no gestante.

Financiación: Conselleria de Sanitat GV, FIS/FEDER: 04/1615, 04/1509, 04/1112, 06/1213.

#### 72. CESÁREA EN MUJERES AUTÓCTONAS E INMIGRANTES: IMPORTANCIA DEL TIPO DE HOSPITAL Y DEL ORIGEN ÉTNICO

I. Río, A. Castelló, C. Barona, M. Jané, R. Más, M. Rebagliato, S. Bosch, E. Martínez, F. Bolúmar

*CIBERESP, Universidad de Alcalá; DGSP C. Valenciana; Conselleria de Sanitat Cataluña; Universidad Rey Juan Carlos I; Conselleria de Sanitat C. Valenciana.*

**Antecedentes/Objetivos:** El parto es el principal motivo de hospitalización entre la población inmigrante en España. La proporción de cesáreas es uno de los indicadores clave para valorar la calidad de la asistencia obstétrica. El objetivo de este estudio fue comparar el riesgo de cesárea en españolas e inmigrantes.

**Métodos:** Los hospitales públicos y privados de Cataluña y C. Valenciana notifican a sus registros de metabolopatías los nacimientos anuales, incluyendo información sobre peso y edad gestacional del nacido, edad y país de origen materno, hospital (público/privado) y tipo de parto (cesárea/vaginal), dato este último no recogido en las estadísticas vitales oficiales. Se seleccionaron los partos simples notificados a dichos registros en 2005-2006. Se comparó la prevalencia de cesárea en los colectivos inmigrantes con mayor representación (Latinoamérica, Magreb y Europa del este) y población autóctona, mediante pruebas de diferencia de proporciones. Mediante modelos de regresión logística ajustados por edad materna, peso y edad gestacional del nacido se calcularon: 1) Odds Ratio de cesárea según origen y sus IC 95%, estratificando el análisis por tipo de hospital, y 2) Odds Ratio de cesárea según tipo de hospital y sus IC 95%, estratificando el análisis por región de origen.

**Resultados:** Se identificaron 215.379 partos (autóctonas: 84% inmigrantes: 16%), la mayoría en centros públicos (A: 74% I: 95%). En tales centros, la prevalencia de cesárea fue significativamente mayor en gestantes latinoamericanas que en autóctonas (25,8% vs 23,8%) y menor en magrebíes (16,9%) y europeas del este (16%). En los privados, la prevalencia fue superior tanto en latinoamericanas como en magrebíes (45,2% y 45,0% vs 36,0% en autóctonas) y sólo menor en europeas del este (32,0%). En los centros públicos el riesgo de cesárea fue un 12% mayor en latinoamericanas que en autóctonas y 35% y 39% menor en magrebíes y europeas del este, respectivamente. En los privados, el riesgo fue 48% mayor en latinoamericanas que en españolas, no observándose diferencias significativas con los otros dos colectivos. El riesgo de cesárea se incrementó significativamente para todas las mujeres atendidas en centros privados en comparación con las del mismo origen atendidas en públicos, aunque tal in-

crecimiento fue del 85% en españolas, de más del doble en latinoamericanas y europeas del este y superior al triple en magrebíes.

**Conclusiones:** Las mujeres inmigrantes son una población heterogénea respecto al riesgo de cesárea. En España, tipo de hospital y origen geográfico son dos determinantes importantes del riesgo de cesárea.

Financiación: Ministerio de Ciencia e Innovación (SEJ 2005/07679).

### 115. DEFICIENTE CONTROL PRENATAL COMO FACTOR ASOCIADO AL MAYOR RIESGO DE NACIMIENTOS MUY PREMATUROS Y CON MUY BAJO PESO ENTRE MUJERES INMIGRANTES EN ESPAÑA

A. Castello, I. Río, E. Martínez, C. Barona, L. Mazarrasa, A. Llácer, F. Bolúmar

UAH; H. Guadix; DGSP C. Valenciana; ISCIII.

**Antecedentes/Objetivos:** Estudios realizados en diversos países identifican un deficiente control prenatal en inmigrantes comparadas con autóctonas, al mismo tiempo que se describen mejores indicadores de salud reproductiva en algunos colectivos inmigrantes. El objetivo de este estudio fue comparar el grado de control prenatal y la prevalencia de nacimientos muy prematuros o con muy bajo peso en mujeres autóctonas e inmigrantes y evaluar la asociación entre control prenatal y resultados reproductivos.

**Métodos:** Estudio transversal realizado con 21.714 partos simples atendidos en el Hospital de Poniente (El Ejido, Almería) durante 1997-2008. Se clasificó a las gestantes según el grado de control prenatal realizado (Adecuado+, Adecuado, Intermedio, Inadecuado) usando la versión revisada del "Índice de adecuación del control prenatal" (APNCU) adaptada al calendario español de visitas. Se calculó la proporción de inmigrantes y españolas en cada categoría de control prenatal y la prevalencia de nacimientos muy prematuros (< 33 semanas) o con muy bajo peso al nacer (< 1.500 g) para los mismos grupos. Prevalencias y proporciones fueron comparadas mediante pruebas ji-cuadrado. Se calcularon OR con modelos de regresión logística crudos y ajustados por variables asociadas a la prematuridad y al bajo peso, con y sin inclusión del control prenatal, para evaluar la asociación entre grado de control prenatal recibido y riesgo de tener neonatos muy inmaduros o con muy bajo peso.

**Resultados:** Se observó mayor frecuencia de control prenatal inadecuado en inmigrantes (26,90%) que en autóctonas (4,81%), debido principalmente a un inicio tardío (10,35% y 1,35% respectivamente) y, en menor medida, a un número deficiente de visitas (2,98% vs 0,62%). Las inmigrantes presentaron mayor prevalencia de nacimientos muy prematuros (0,58%) que las autóctonas (0,30%) y con muy bajo peso (0,27% vs 0,14%). El análisis ajustado sin incluir control prenatal reveló un riesgo de parto muy prematuro o con muy bajo peso un 78% y un 73% mayor en inmigrantes. La inclusión del control prenatal en los modelos redujo estos riesgos al 43% y 15% respectivamente.

**Conclusiones:** Las inmigrantes presentan mayor riesgo de tener hijos muy prematuros y con muy bajo peso. Este mayor riesgo se asocia a un peor control prenatal por inicio tardío y, en menor medida, por un número insuficiente de visitas. Ello sugiere una capacidad aceptable del sistema sanitario para responder a las necesidades de atención incluso de gestantes que inician tardíamente el control prenatal, pero también la existencia de barreras de acceso al control prenatal que repercuten negativamente en los resultados reproductivos de la población inmigrante.

### 297. CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DE LA IMPLICACIÓN EN EL PROCESO DE NACIMIENTO Y CRIANZA INFANTIL

G. Maroto Navarro, V. Benítez Hidalgo, R. Ocaña Riola

Escuela Andaluza de Salud Pública.

**Antecedentes/Objetivos:** La incorporación de medidas para una participación más activa del padre durante el proceso de nacimiento forma parte del movimiento de humanización de la atención perinatal a partir de la difusión de la Estrategia de Atención al Parto Normal en España. Incorporar la figura masculina supone visibilizar aquellas inequidades que consolidan desigualdades de género. El objetivo de este trabajo es desarrollar y validar un instrumento de evaluación que permita: 1) Medir la implicación materna y paterna durante el proceso de nacimiento y crianza infantil 2) Identificar variables relacionadas con implicación 3) Conocer la opinión sobre la implicación y derechos que debería tener el padre.

**Métodos:** El instrumento se desarrolló a partir de revisión bibliográfica, consulta a expertos/as y estudio cualitativo con 50 padres y madres de perfil heterogéneo. Se pilotó en una muestra intencional de 100 padres y madres, evaluando la capacidad discriminante de ítems mediante distribución de frecuencias y la consistencia interna mediante alfa de Cronbach. Para validar las dimensiones de implicación se realizó un Análisis de Componentes Principales con matriz de correlación policórica.

**Resultados:** Se obtuvo un buen nivel de comprensión y tiempo de aplicación del instrumento. El coeficiente alfa de Cronbach fue 0,71. Tras eliminar ítems con baja capacidad discriminante y los no aplicables universalmente, el cuestionario quedó con 85 ítems agrupados en distintos bloques: 1) Implicación: Cuatro factores compuestos por 36 ítems que explican el 85% de varianza: Cuidado del hijo/a, Búsqueda de información, Cambio de hábitos, Participación en servicios sanitarios. 2) Perfil sociodemográfico: sexo, edad, edad de acceso paternidad/maternidad, número, edad y sexo de hijos/as anteriores, situación de convivencia, nivel de estudios, situación laboral y permisos, país de origen. 3) Proceso de embarazo, parto y. Postparto: Tratamiento de fertilidad, complicación de salud de la madre e hijo/a, tipo y finalización del parto, lactancia materna, dificultades en postparto. 4) Opinión: Implicación y derechos del padre, motivos para involucrarle durante el embarazo y posible oferta de servicios relacionadas.

**Conclusiones:** El cuestionario permite establecer mediciones con indicadores universales, invariantes en el ejercicio de la paternidad/maternidad, quedando excluidos los relacionados con tareas de crianza que competen a unos/as y no a otros/as. Es aplicable a cualquier progenitor que conviva con el hijo/a sea cual fuere la situación de convivencia entre padre y madre.

Financiación: Proyecto (expte. MD07/00135). Instituto Salud Carlos III (Subdirección General de Evaluación y Fomento de la Investigación). Plan Nacional de Investigación Científica. Desarrollo e Innovación Tecnológica (I+D+I).

## COMUNICACIONES ORALES III

Jueves, 29 de octubre de 2009. 15:00 a 17:00 h

Sala: Expo I

### Servicios sanitarios I

Moderador: Carlos Aibar Remón

#### 27. INFLUENCIA DE LA DIÁLISIS PRECOZ EN LA INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA AVANZADA. RESULTADOS DE UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

A. Ruano Raviña, P. Cantero Muñoz

Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia; avalia-t. Consellería de Sanidade.

**Antecedentes/Objetivos:** Actualmente no existe un criterio objetivo y uniforme sobre el momento óptimo de iniciar el tratamiento renal sustitutivo (TRS). Los nefrólogos tienden a basar esta decisión en una combinación de síntomas urémicos, de parámetros de laboratorio y de factores individuales. El objetivo es analizar, mediante una revisión sistemática, la influencia del momento de inicio de la diálisis en la morbilidad, mortalidad y calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica.

**Métodos:** Revisión sistemática de la literatura científica desde enero de 1997 hasta febrero de 2009 en las siguientes bases de datos: 1) bases de datos especializadas en Revisiones Sistemáticas como HTA, DARE, NHS EED y la Cochrane Library Plus, y 2) bases de datos generales: Medline, Embase e ISI Web of Knowledge. La selección de los estudios fue realizada por dos investigadores de manera independiente y ciega mediante la aplicación de unos criterios de selección previamente establecidos, destacando entre otros el diseño del estudio: revisiones sistemáticas, metanálisis, ensayos clínicos y estudios de cohortes y las características de los pacientes: pacientes adultos con insuficiencia renal crónica avanzada ( $GFR \leq 60$  ml/min/1,73 m<sup>2</sup>). Para evaluar la calidad de los estudios incluidos se desarrolló una escala específica que fue aplicada por ambos investigadores de manera independiente y ciega.

**Resultados:** Se seleccionaron 10 estudios que cumplieron los criterios de selección, presentando todos ellos un diseño de cohortes. Los estudios que utilizan puntos de corte más altos ( $GRF = 10$  ml/min) al igual que los estudios que comparan diferentes rangos de función renal ( $< 5$ ,  $5-10$ ,  $> 10$ ) apoyan el retraso en el inicio del tratamiento, mientras que los que utilizan valores inferiores apoyan su inicio precoz. Al realizar un análisis por subgrupos se observa que todos los estudios que rechazan el inicio precoz del tratamiento presentan pacientes de edad más avanzada y mayor proporción de hombres y de diabéticos. La calidad de vida fue evaluada únicamente por un estudio. La puntuación media de la calidad de los estudios fue de 5,5 puntos (puntuación mediana 5,9) sobre una escala de 10.

**Conclusiones:** La evidencia disponible en la actualidad no permite establecer conclusiones definitivas sobre el momento óptimo de iniciar el tratamiento renal sustitutivo. Los pacientes que inician el tratamiento en la modalidad de hemodiálisis parecen presentar peores resultados que los que utilizan la modalidad peritoneal, aunque es necesario la realización de estudios de buena calidad para valorar adecuadamente sus resultados.

Financiación: Fondo de Investigaciones Sanitarias.

#### 55. OBSERVACIÓN POST-INTRODUCCIÓN DE NUEVAS TECNOLOGÍAS. HERRAMIENTA DE PRIORIZACIÓN

A. Ruano Raviña, L. Varela Lema, T. Queiro Verdes, T. Cerdá Mota

Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia; Avalia-T.

**Antecedentes/Objetivos:** La observación de las tecnologías recién introducidas en la práctica clínica es fundamental para detectar déficits de implantación, accesibilidad, aceptabilidad y adecuación de uso, y para evaluar efectos adversos o limitaciones de efectividad de la aplicación de las tecnologías en condiciones reales. El objetivo de este trabajo es describir el desarrollo de una herramienta para priorizar las tecnologías sanitarias que deberían ser sometidas a observación post-introducción (PriTecTools).

**Métodos:** Se crearon 3 niveles de trabajo: un equipo técnico de avalia-t, un grupo de trabajo de expertos nacionales en Evaluación de Tecnologías Sanitarias y un grupo de panelistas de diferentes CCAA. El equipo técnico fue el responsable de elaborar la lista inicial de dominios y criterios de priorización a partir de su experiencia en observación post-introducción, los resultados de la revisión bibliográfica y las aportaciones del grupo de trabajo. Las puntuaciones de los criterios de priorización y las ponderaciones de los dominios fueron realizadas por un panel, integrado por clínicos, gestores y usuarios. Cada criterio de priorización fue puntuado de 1 a 9 y se incluyeron los criterios con mediana superior a 6. Cada dominio recibió un peso parcial sobre el 100%, en función de su relevancia relativa.

**Resultados:** Participaron 33 de 36 panelistas propuestos (92%). La herramienta de priorización incluye 14 criterios, divididos en 4 dominios: Dominio de población/usuarios: 1) frecuencia de la enfermedad, 2) carga de la enfermedad, 3) impacto sobre el usuario/población y 4) poblaciones vulnerables. Dominio de tecnología: 5) tecnología innovadora, 6) tecnología invasiva y 7) diferentes expectativas de uso. Dominio de seguridad/efectos adversos: 8) seguridad, 9) potenciales efectos no detectados, 10) riesgos. Dominio de organización/costes y otras implicaciones: 11) necesidad de aprendizaje, 12) impacto económico, 13) impacto organizativo o estructural y 14) otras implicaciones. El peso asignado al dominio de población/usuarios es de 35 puntos, 20 para tecnología, 25 para seguridad/efectos adversos y 20 para costes/organización y otras implicaciones. En función de estos resultados se ha elaborado una herramienta de priorización web de libre acceso (PriTecTools), disponible, en inglés y castellano, a través de la página web de avalia-t (<http://avalia-t.sergas.es/>).

**Conclusiones:** La herramienta permite priorizar en función de criterios homogéneos, conocidos y explícitos. Aporta resultados cuantitativos lo que permite comparar tecnologías muy diferentes de forma objetiva. La metodología desarrollada para elaborar la herramienta de priorización es innovadora y se propone como referente para su aplicación en otros ámbitos específicos.

Financiación: Plan de Calidad del Ministerio de Sanidad.

#### 366. ¿PUEDE CONSIDERARSE LA ENCUESTA NACIONAL DE SALUD UNA BUENA FUENTE DE INFORMACIÓN PARA ESTIMAR LA FRECUENCIA DE ENFERMEDADES?

B. Poblador, P. Carrera, M.C. Martdos, M.J. Rabanaque, A. Prados

Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud, Dirección General de Salud Pública; Gobierno de Aragón, Universidad de Zaragoza.

**Antecedentes/Objetivos:** La Encuesta Nacional de Salud (ENS) es un elemento indispensable en la medición de la salud, permitiendo estimar la frecuencia de enfermedades en la población. La información que proporciona se basa en la morbilidad percibida, que puede

suponer una limitación para valorar la prevalencia real de enfermedad. El objetivo de este estudio es comprobar si la ENS ofrece una estimación adecuada de esta morbilidad, comparándola para ello, con la información registrada en la historia clínica electrónica (HCE) de Atención Primaria (AP).

**Métodos:** Estudio descriptivo transversal en el que se compararon las frecuencias de enfermedades padecidas en 2006 según la ENS y la HCE (OMI-AP®), aplicando la clasificación EDC (Expanded Diagnosis Cluster ACG®). Cada EDC reúne diagnósticos de enfermedad y respuestas terapéuticas esperables similares. Se incluyó la población de Zaragoza mayor de 15 años, que requirió asistencia ambulatoria durante el año de estudio. Se calcularon las prevalencias de las enfermedades según la ENS, (Int. Conf. 95%) en la población general y estratificada por sexo y edad. Se contrastó que las características demográficas de ambas poblaciones de referencia son similares.

**Resultados:** Según la ENS un 70,8% de la población de Zaragoza provincia declaró haber padecido alguna enfermedad o problema de salud en el último año, siendo las más frecuentes reuma (22,0%) y tensión arterial (18,5%). Según los datos de OMI-AP el 61,4% de la población fue atendida, al menos una vez en el año, en AP. De las 24 enfermedades consideradas en la ENS sólo se observaron diferencias significativas en 2 casos con respecto a OMI-AP: "Varices de piernas" (ENS vs OMI: 16,3%-9,5%) y "Depresión, ansiedad y otros" (10,9%-26,6 respectivamente). En esta última, estas diferencias se dieron en todos los grupos de edad, excepto los comprendidos entre 16 y 34 años, con prevalencias, según la ENS, menores en todos los grupos. En las mujeres, además, se observaron diferencias significativas en: estreñimiento (10,7%-1,2%), migrañas (16,6%-8,8%) y problemas de tiroides (6,1%-14,9%). También destaca la discordancia en hipercolesterolemia en el grupo de 55-64 años (18,8%-29,3%).

**Conclusiones:** La estimación de prevalencias de enfermedades proporcionada por las dos fuentes analizadas puede considerarse similares en la mayor parte de enfermedades. Debería tenerse en cuenta, no obstante, la dificultad y la necesidad de encontrar una concordancia adecuada entre las definiciones genéricas utilizadas en la ENS y las categorías de la clasificación EDC, con el fin de que ambas fuentes sean comparables.

Financiación: ICS 08/0207 EMER 07/020.

#### 406. VARIACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS PACIENTES DE LA UNIDAD DEL SUEÑO DEL HOSPITAL TXAGORRITXU EN 10 AÑOS

E. Miranda-Serrano, F. Aizpuru-Barandiaran, N. Parraza-Díez, J. Durán-Cantolla

Unidad de Investigación de Álava, Unidad del Sueño.

**Antecedentes/Objetivos:** El síndrome de apneas e hipoapneas durante el sueño (SAHS) es una enfermedad muy prevalente, que afecta al 4-6% de los hombres y al 2 a 4% de las mujeres en edad media. Se considera que únicamente un 10% de estos enfermos está correctamente diagnosticado, aunque esta proporción y las características de los pacientes pueden haber variado con los años en relación con los avances y con los cambios en el criterio de derivación de pacientes desde atención primaria y consultas de otras especialidades. Objetivo: determinar las características clínicas de los pacientes diagnosticados de SAHS durante los primeros años de la unidad del sueño del Hospital Txagorritxu (90-99) y después de 10 años de experiencia (2000-2009).

**Métodos:** La unidad de sueño del hospital Txagorritxu de Vitoria-Gasteiz dispone de una base de datos histórica con 8.931 registros de polisomnografías (PSG) realizadas desde 1990, de los que 2.466 de entre 18 y 70 años tienen información completa de las variables aso-

ciadas a SASH (edad, sexo, índice de masa corporal, perímetro de cuello, ronquido, somnolencia diurna, índice apnea hipopnea). Para comparar cada una de estas variables en los años 90-99 y 2000-2009 se realiza el test de chi cuadrado, t-Student o binomial, según el caso, y para estudiar las diferencias entre ambos periodos, independientemente del resto de variables, se recurre a la regresión logística.

**Resultados:** En los años 90-99 de 1518 sujetos estudiados, se diagnosticaron de SASH 612 (40,3%), en 2000-2009, 413 de 948 (43,5%). En el decenio actual, los pacientes derivados para PSG son más jóvenes (49,4 frente a 51,8,  $p < 0,001$ ), mayor índice de apneas e hipoapneas (iah) (31,9 frente a 29,3,  $p = 0,013$ ), mayor proporción de ronquido con pausas respiratorias (75,7% frente a 64,7%,  $p < 0,001$ ) y somnolencia diurna activa (85,3% frente a 70%,  $p < 0,001$ ). Según el análisis multivariante, ajustando por las diferencias anteriores, actualmente se diagnostican más casos de SASH (OR = 1,2 (1,0-1,4)). Considerando únicamente estos pacientes (iah > 30) en el periodo actual, hay más mujeres (12,8% frente a 7,8%,  $p = 0,010$ ), la circunferencia media de cuello es menor (42,2 frente a 43,0,  $p = 0,002$ ) y hay mayor proporción de casos con somnolencia activa diurna (77,2% frente a 76,6%,  $p < 0,001$ ).

**Conclusiones:** La población atendida actualmente en la unidad de sueño de Txagorritxu es ligeramente más joven, con una circunferencia de cuello menor y con más pausas respiratorias y somnolencia diurna. La mayor proporción de diagnósticos sugiere una mejor selección de los candidatos a PSG y quizás una mayor capacidad diagnóstica tras años de experiencia de la unidad.

#### 488. CONOCIMIENTOS, ACTITUDES E INTENCIÓN DE CONDUCTAS EN RELACIÓN A LA HIGIENE DE MANOS EN PERSONAL SANITARIO EN FORMACIÓN

M. Fernández-Prada, J. González-Cabrera, M.D. Martínez-Bellón, C. Olvera-Porcel, M. Fernández-Crehuet, A. Bueno-Cavanillas

Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública; Universidad de Granada, Servicio de Medicina Preventiva; Hospital Universitario San Cecilio, CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP).

**Antecedentes/Objetivos:** La formación académica de los futuros sanitarios sobre higiene de manos es heterogénea. La falta de unos contenidos específicos sobre esta temática en los planes de estudios actuales y la ausencia de competencias y habilidades tanto específicas como transversales en el futuro plan de estudios hace que la situación actual sobre la enseñanza de la higiene de manos sea un elemento aleatorio dependiente del profesional que enseñe, del servicio de prácticas donde se forme el estudiante o de otras variables poco controlables. El objetivo planteado fue extraer información empírica sobre la intención de conducta, los conocimientos y la actitud de un colectivo de estudiantes de medicina y enfermería.

**Métodos:** Se ha realizado un estudio transversal en una muestra de 431 estudiantes de la Universidad de Granada (172 estudiantes de Medicina Preventiva y Salud Pública –sexto curso de medicina–, 170 matriculados en Epidemiología y Demografía Sanitaria –tercer curso de Medicina– y 89 de Salud Pública –segundo curso de la Diplomatura de Enfermería). La información se recogió mediante un cuestionario, previamente validado, en el que se utiliza una escala de Lickert de 7 alternativas con rango entre 0 y 6, para medir intención de conducta antes y después de realizar determinadas actividades, conocimientos declarativos y actitudes frente a la higiene de manos.

**Resultados:** La media de intención de conducta antes de cada actividad recogida fue de 3,96 (IC 95% = 3,88-4,05) significativamente inferior a la media obtenida para después de la actividad 4,26 (IC 95% = 4,17-4,35),  $p < 0,001$ . El único ítem para el que se obtuvo una puntuación media de intención de conducta antes de la actividad superior a después de la actividad fue "Desayunar y/o merendar", si bien

cuando se estratifica se mantiene la diferencia exclusivamente entre los estudiantes de sexto curso de medicina. La puntuación media obtenida en los ítems que miden conocimientos se asoció significativamente con la intención de conducta antes y después de la actividad. Todos los valores obtenidos son inferiores a las puntuaciones esperadas (iguales o ligeramente inferiores a 6).

**Conclusiones:** Los resultados sugieren que los estudiantes de medicina y enfermería valoran la higiene de manos fundamentalmente como medida de protección individual. La intención de conducta es particularmente deficiente en los ítems que miden contacto con el paciente y contacto con el entorno.

### 360. VARIACIONES DE LAS ENFERMEDADES RARAS EN LAS ZONAS BÁSICAS DE SALUD DE UN ÁREA HOSPITALARIA

M.M. Rodríguez del Águila, F. Rivas Ruiz, M.C. Martínez Cirre, S. Pérez Vicente, C.M. Sánchez Rodríguez, O. Martín Muñoz

*Hospital Virgen de las Nieves, Granada; Hospital Costa del Sol, Marbella; Fundación FIBAO.*

**Antecedentes/Objetivos:** Las enfermedades raras (ER) son aquellas que presentan una baja prevalencia en la población. Las investigaciones en este campo son aún escasas y se han encontrado insuficiencia de registros propios que determinen una casuística real, por lo que una de las formas que se proponen para estimar la prevalencia de ER es a partir de las bases de datos administrativas de hospitalización. El objetivo fue describir los pacientes con ER y las variaciones observadas en las tasas de estas enfermedades entre las Zonas Básicas de Salud (ZBS) del Hospital Virgen de las Nieves (HVN) de Granada a partir del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de hospitalización de los años 2007 y 2008.

**Métodos:** De los CMBDs de 2007 y 2008 del HVN se seleccionaron aquellos episodios cuyos diagnósticos principal o secundarios fueran uno de los contemplados en el listado de ER (Fuente: Consejería de Salud, Andalucía). Se consideró un solo ingreso para los registros que tuviesen idéntico número de historia clínica, agregando las estancias causadas en diferentes ingresos, midiendo además edad, sexo, residencia del paciente y grupo de enfermedad. Se realizó estudio ecológico mediante análisis descriptivo y obtención de tasas por 10.000 habitantes estandarizadas por edad y sexo (método indirecto) para las diferentes ZBS adscritas al HVN, junto con sus intervalos de confianza al 95%. Se calcularon coeficientes de variación de las tasas.

**Resultados:** Se han identificado 4.739 episodios de ER, correspondiendo al 6,75% de los ingresos hospitalarios de los dos años y 3.263 pacientes con ER con un número de ingresos comprendido entre 1 y 42. La edad media fue de  $52 \pm 25$  años, con un 56% de mujeres. Por grupos, las enfermedades del aparato respiratorio junto con las del tejido osteomioarticular presentan mayor proporción de mujeres (68% y 77%), siendo el grupo de trastornos mentales los más jóvenes (mediana 17 años). El 79% de los pacientes tienen su residencia en la provincia de Granada, observándose en éstos un coeficiente de variación de tasas entre ZBS de 0,70 para hombres y de 0,85 para mujeres. La mayor tasa de ER fue en la ZBS de Íllora, con 22,0 para hombres (IC95% 14,1-29,9) y la ZBS de Santafé para mujeres, 25,4 (IC95% 20,9-29,9). La ratio mujer/hombre más elevada se detectó en la zona básica de Peligros con un valor de 2,3.

**Conclusiones:** Se observa variabilidad entre las tasas de las distintas ZBS y tasas mayores en las Zonas más próximas a la capital, en ambos sexos. Es recomendable disponer de registros sobre ER, a nivel poblacional u hospitalario, que permitan generar un sistema de información epidemiológico específico.

**Financiación:** F. Rivas y S. Pérez disfrutaron de contratos de Técnicos de Apoyo a la Investigación del ISCIII.

### 249. VIOLENCIA EN MENORES DETECTADA DESDE EL ÁMBITO SANITARIO EN LA COMUNIDAD VALENCIANA

M.L. Carpio Gesta, R. Ramón Bonache, L. Gimeno Hernández, A. Fullana Montoro, M.J. Redondo Gallego

*Servicio de Salud Infantil y de la Mujer. DG Salud Pública. Conselleria Sanitat, Valencia.*

**Antecedentes/Objetivos:** La insuficiencia de datos epidemiológicos de violencia sobre la infancia dificulta la intervención apropiada destinada a prevenirla, así como a evitar su recurrencia en los casos afectados. **Objetivos:** (1) Estimar la violencia detectada en menores de 18 años y declarada por el sistema de información vigente en el sistema sanitario de la C. Valenciana (CV) en 2007. (2) Estimar la frecuencia de casos graves de violencia en menores de 15 años a través de las hospitalizaciones en centros públicos y los fallecimientos en la CV durante el periodo 2001-7.

**Métodos:** Se analizó la información recogida en las Hojas de Notificación de violencia del ámbito sanitario vigentes en la CV. Los casos graves se identificaron mediante el análisis del registro de las altas hospitalarias (CMBD, códigos CIE-9MC de E950 a 969) y de la mortalidad por violencia (registro de mortalidad, códigos CIE-10 de X60-Y09, Y87).

**Resultados:** En 2007 se notificaron 294 casos (0,31 casos/1000 menores), con una frecuencia de 43,3% en niños y 56,7% en niñas. El 42,4% eran menores de 5 años. Por sexo, hay un predominio de niños en los menores de 9 años y de niñas a partir de los 15 años. En el 60,9% se declararon factores de riesgo familiares, en el 46,9% maltrato físico, en el 13,9% factores de tipo comportamental y en el 11,9% se declaró abuso sexual (mayoritariamente relato de abuso). Se observa un predominio de niñas en el abuso sexual (9,2% vs 2,7%) y en el familiar (35,0 vs 25,9). Un 44,4% de las notificaciones se declararon desde atención primaria y un 55,6% desde el hospital. Entre 2001-2007 se hospitalizaron 229 menores de 15 años, destacando entre las causas el intento de suicidio con un 52,4% (120 casos). El intento de suicidio se observó sobre todo en niñas (81,0% frente 19,2%) y en la franja de edad de 10-14 años (94,2%). Ninguno de 16 casos ocurridos en 2007 generó hoja de notificación de violencia. En el mismo periodo y edades, se registraron 28 muertes por lesiones intencionales, destacando 8 casos de suicidio (7 niños frente a 1 niña).

**Conclusiones:** Se observa una infradeclaración de Hojas de Notificación del sistema sanitario, con 0,31/1.000 menores frente a la frecuencia esperada de 0,7 a 2/1.000. Destacan el gran componente familiar en las notificaciones y el motivo de intento de suicidio en los casos graves. Se desconoce en los casos graves si ha habido una detección previa en el ámbito sanitario así como en otros ámbitos implicados en el seguimiento de la violencia infantil. Parece necesaria la integración de la información de las hojas de notificación vigentes actualmente en los ámbitos sanitario, social, escolar y policial así como el abordaje inter-departamental de los casos.

### 481. CADA VEZ VIVIMOS MÁS AÑOS, PERO ¿EN MEJOR CALIDAD?: LA EVOLUCIÓN DURANTE LOS ÚLTIMOS 15 AÑOS EN EUSKADI

U. Martín, S. Esnaola, C. Audicana, E. Aldasoro, A. Bacigalupe

*Universidad del País Vasco, Departamento de Sanidad Gobierno Vasco.*

**Antecedentes/Objetivos:** Añadir calidad a los años vividos se ha convertido en uno de los objetivos prioritarios de las políticas de salud. Por ello, determinar si el incremento de la esperanza de vida ha venido acompañado de una mejora en la salud o, por el contrario, de un aumento en la morbilidad y la discapacidad es uno de los principales retos de la investigación en salud. La evidencia internacional no es concluyente y en el ámbito estatal pocos estudios han analizado el

fenómeno con una perspectiva temporal amplia. El objetivo de esta comunicación es describir este proceso en los últimos 15 años en Euskadi mediante el uso de las esperanzas en salud.

**Métodos:** estudio transversal y de tendencia temporal. Se calculó la esperanza de vida (EV) y dos esperanzas de salud (ES), una basada en la morbilidad, la EV vida libre de enfermedad crónica (EVLEC), y otra basada en la discapacidad, la EV libre de incapacidad (EVLI) para los periodos 1991-92, 1996-97, 2001-02 y 2006-07. La EV se calculó según el método Chiang, y la ES siguiendo el método Sullivan, combinando información de Encuestas de Salud (1992, 1997, 2002 y 2007), datos de población (1991, 1996, 2001 y 2006) y datos de mortalidad de cada periodo. El cálculo de los intervalos de confianza de las ES se calculó siguiendo a Manuel y se tuvo en cuenta el efecto diseño derivado del muestreo complejo de las encuestas de salud.

**Resultados:** Los años de vida aumentaron en el periodo tanto en hombres (5,6) como en mujeres (4,0). La EVLI aumentó más que la EV (8,5 y 8,1 en hombres y mujeres), reduciéndose los años que se esperaba vivir con discapacidad: 2,9 y 4,0 años en cada sexo. Esta comprensión de la morbilidad, sin embargo, cambió de tendencia en el último periodo (2001-02 a 2006-07) donde a pesar del aumento de la EVLI, éste fue menor que el de la EV y, aunque el porcentaje de vida que se esperaba vivir libre de discapacidad creció, los años que se esperaron vivir en discapacidad aumentaron levemente. Respecto a la EVLEC, la tendencia fue similar aunque su aumento fue menor que el de la EVLI, sobre todo, en el caso de los hombres en los que durante el periodo se produce una relativa expansión de las enfermedades crónicas, es decir, aumenta el tiempo que se espera vivir con enfermedad crónica.

**Conclusiones:** En el caso de Euskadi parece que el aumento de los años de vida ha venido acompañado de una clara comprensión de la discapacidad. Sin embargo, el cambio de tendencia durante el último periodo, así como la relativa expansión de las enfermedades crónicas en hombres, hace necesario dar más importancia a las enfermedades crónicas y los efectos no mortales de éstas para evitar que el aumento en los años de vida no se produzca a costa de un aumento de la morbilidad y discapacidad.

## COMUNICACIONES ORALES III

Jueves, 29 de octubre de 2009. 15:00 a 17:00 h

Sala: Expo 2-3

### Desigualdades II

Modera: Lucía Artazcoz Lazcano

#### 290. DESIGUALDADES DE ACCESO A LOS SERVICIOS SANITARIOS EN EUROPA PARA LA POBLACIÓN INMIGRANTE

I. García-Sánchez, E. Páez Muñoz, M. Carrillo Tirado

Escuela Andaluza de Salud Pública.

**Antecedentes/Objetivos:** El estudio "HealthQuest: Quality in and equality of access to healthcare services", desarrollado en 2007-2009 ha analizado las condiciones de acceso a los servicios sanitarios para la población inmigrante, entre otros colectivos vulnerables, en los países europeos participantes en el proyecto. Sus objetivos son: 1) identificar y analizar las barreras de acceso a los servicios sanitarios. 2) Revisar las iniciativas políticas impulsadas por los EE.MM. que tengan impacto sobre el acceso a los servicios sanitarios en este grupo de población.

**Métodos:** Estudio cualitativo comparativo entre ocho países de la UE (Alemania, España, Finlandia, Grecia, Holanda, Polonia, Reino Unido y Rumania). Tomando como referencia un cuestionario consensuado por los socios del proyecto, se recogió información mediante: 1) revisión bibliográfica en profundidad, y 2) entrevistas semiestructuradas con actores clave del sistema sanitario, expertos/as en la materia y representantes de asociaciones profesionales y sociales de los países implicados. Se analizó en cada uno de los países: el grado de cobertura sanitaria, la cartera de servicios, el coste de los mismos, las barreras geográficas y de tipo organizativo, así como el grado de sensibilidad hacia las necesidades específicas de este grupo y la alfabetización sanitaria como factor determinante en el acceso.

**Resultados:** España presenta un bajo nivel de barreras en comparación con los otros países del estudio debido a las características de su sistema sanitario, basado en la universalidad y gratuidad de la asistencia, y a las iniciativas puestas en marcha (i.e. Plan estratégico para la ciudadanía y la integración 2007-2010). La población inmigrante en situación legal, menor de 18 años y mujeres embarazadas, está teóricamente equiparada en derechos a los ciudadanos españoles. Sin embargo, persisten algunas barreras que deben eliminarse atendiendo a las características y necesidades específicas de este grupo de población (aspectos culturales y lingüísticos, laborales, etc.). Hay poca información sobre tipo de enfermedades que presentan y motivos de demanda.

**Conclusiones:** El estudio pone de manifiesto el papel que juegan los distintos modelos de sistemas sanitarios de los países participantes, que dan lugar a importantes diferencias entre las barreras identificadas y el tipo de iniciativas promovidas para combatirlas.

Financiación: Dirección General de Empleo, Asuntos Sociales e Igualdad de Oportunidades de la Comisión Europea.

#### 427. DESIGUALDADES EN LA UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE URGENCIA EN CATALUÑA

M. Rodríguez-Sanz, K. Rocha, M.I. Pasarín, C. Borrell

Agència de Salut Pública de Barcelona, CIBER de Epidemiología y Salud Pública.

**Antecedentes/Objetivos:** Describir las desigualdades en la utilización de los servicios de urgencias según las características de los individuos y de la oferta de servicios en Catalunya el 2006.

**Métodos:** Diseño transversal de niveles múltiples utilizando los datos de la Encuesta de Salud de Cataluña de 2006 jerarquizados en los 37 Gobiernos Territoriales de Salud (GTS). La población estudiada fueron las personas de 15 años y más residentes en Cataluña no institucionalizadas. La variable dependiente fue la utilización de los servicios de urgencia el año anterior a la entrevista. Las variables independientes son el sexo, la edad, la salud percibida (buena o mala), el centro de urgencias (hospitalaria o no), la clase social (I+II, III, IV+V.) y el tipo de cobertura sanitaria (pública o doble) de los individuos, y de los GTS: el n.º de centros de atención primaria (CAP), el n.º de hospitales, y n.º de plazas en hospitales de día sociosanitarios, además de la densidad poblacional de los GTS, categorizadas según cuartiles. Se realizó un análisis descriptivo de la utilización de urgencias y finalmente se ajustaron modelos de regresión logística de niveles múltiples para obtener los factores asociados a la utilización mediante el cálculo de odds ratio (OR) y sus intervalos de confianza al 95% (IC95%).

**Resultados:** Un 29% de los hombres (H) y un 34% de las mujeres (M) acudieron a urgencias, siendo superior en las personas con mala salud (H: 41% y M: 46%). Además, se observaron diferencias en la frecuentación a urgencias en los GTS (H: 17%-40%, M: 17%-46%). En las personas con mala salud no se observaron diferencias significativas. Sin embargo, en aquellos con buena salud fueron superiores en las clases menos favorecidas (H: ORIV+V. = 1,4, IC95% = 1,3-1,7, M:



ORIV+V. = 1,2, IC95% = 1,1-1,4), por el contrario, fueron menores en los GTS con más CAP por habitante (H: ORq4 = 0,8, IC95% = 0,6-1,0, M: ORq4 = 0,6, IC95% = 0,5-0,9). Cabe destacar estas personas visitan más las urgencias ambulatorias, que no las hospitalarias.

**Conclusiones:** En Catalunya se observa una gran frecuentación a los servicios de urgencias. Sin embargo, sólo se observan desigualdades en aquellas personas con buena salud, de manera que las personas de clases desfavorecidas y los residentes en GTS con menos recursos de atención primaria visitan más los servicios de urgencias. El principal factor asociado a la frecuentación de urgencias es la necesidad de salud, no obstante, el nivel socioeconómico y el acceso a otros servicios determinan en parte la utilización de urgencias.

Financiación: Agencia d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdica 098/12/06.

## 117. EFECTO DE LA DISPERSIÓN GEOGRÁFICA EN EL GASTO SANITARIO: ¿UN PROBLEMA DE EQUIDAD O DE EFICIENCIA?

J.I. Castaño, E. Rubio Aranda, R. Magallón, F. Castaño

*Servicio Aragonés de Salud, Universidad de Zaragoza; Hospital de Alcañiz.*

**Antecedentes/Objetivos:** En países desarrollados, los territorios con gran dispersión poblacional tienen un dispositivo sanitario público proporcionalmente mayor que aquellos con gran concentración urbana. Para garantizar la equidad, se deben aproximar los servicios a la población. Por tanto, si la densidad de población es baja y hay dispersión, los gastos sanitarios aumentan. Este factor, junto con el envejecimiento incrementa considerablemente el gasto sanitario. Sin embargo, ningún estudio ha cuantificado sus efectos, ni hay consenso sobre su medición. **Objetivos:** Definir un instrumento para medir la dispersión demográfica y poder comparar entre territorios y poblaciones. Cuantificar el coste del dispositivo sanitario público necesario en territorios con baja densidad demográfica. Estudiar los efectos de esta dispersión sobre los distintos dispositivos sanitarios.

**Métodos:** Estudio descriptivo de las líneas asistenciales: primaria, especializada, salud mental, sociosanitaria y urgencias y emergencias, de una región despoblada y dispersa. Análisis del dispositivo sanitario que puede estar aumentado por efecto de la dispersión poblacional, incluidos sus costes. Definición de escenario teórico de la zona estudiada, adjudicándole la concentración geográfica media española, y el dispositivo sanitario que sería preciso para atenderla.

**Resultados:** El gasto en Atención Especializada es, con mucho, el mayor (63%), seguido de Atención Primaria, (24%). La atención socio-sanitaria y el Transporte sanitario urgente suponen el 5% cada uno, el 3% restante corresponde a salud mental. Existe incremento del gasto sanitario por la dispersión poblacional en cuatro de las cinco líneas asistenciales: transporte urgente, Atención Primaria, Atención Especializada y Sociosanitaria. Hay relación inversa entre gasto sanitario per cápita y densidad poblacional, apreciándose este efecto sobre todo en atención primaria: a menor densidad demográfica, mayor gasto sanitario. La dispersión poblacional también afecta indirectamente a otras dos partidas presupuestarias: el gasto en prescripción de recetas y en inversiones. Aplicando el modelo teórico se evitaría el 26% del coste actual del dispositivo sanitario, si esta provincia tuviera la densidad geográfica media española.

**Conclusiones:** La densidad de población es un buen instrumento de medida de dispersión geográfica: permite clasificar y comparar poblaciones y es útil para describir desequilibrios demográficos inter e intraterritoriales. La descentralización necesaria para garantizar la equidad de acceso a la asistencia es ineficiente, pero es una obligación constitucional. Esto en la práctica se traduce en la necesidad de asignar más recursos sanitarios.

## 262. DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA DE LA ESPERANZA DE VIDA POR ZONAS BÁSICAS DE SALUD EN EL PAÍS VASCO (PROYECTO MEDEA)

M. Calvo, S. Esnaola, C. Audicana, R. Ruiz, E. Aldasoro, I. Montoya, B. Ibáñez

*Departamento de Sanidad y Consumo; País Vasco; Unidad de Investigación de Atención Primaria de Bizkaia, BIOEF.*

**Antecedentes/Objetivos:** El análisis geográfico aplicado al estudio de las desigualdades sociales en salud permite tener en cuenta los atributos del área de residencia como determinantes de la salud e identificar áreas que precisan de una atención específica. Se describe la esperanza de vida al nacimiento (EV) en las zonas básicas de salud de la Comunidad Autónoma del País Vasco (CAPV) y de sus capitales durante el periodo 2001-2005.

**Métodos:** La unidad geográfica de análisis fueron las 123 zonas básicas de salud que hay en la CAPV. Los datos de las defunciones (2001-2005) y de la población (2001) se obtuvieron de Eustat. Para cada sexo, se calculó la esperanza de vida al nacimiento de la población residente en cada zona básica de salud. Se utilizó la tabla de vida abreviada de Chiang, con la edad categorizada en 19 grupos. La varianza relativa al último intervalo de edad se estimó según lo propuesto por Silcocks.

**Resultados:** La EV en todas las zonas fue mayor en las mujeres que en los hombres. El promedio de las diferencias entre ambos sexos fue de 7,3 años siendo la mayor diferencia de 10,5 y la menor de 3,3 años. La diferencia entre sexos fue mayor en las zonas cuyos hombres tenían una menor EV y peores indicadores socioeconómicos. La EV siguió un patrón geográfico similar en ambos sexos, siendo menor en el norte y el oeste de la CAPV. Los valores más bajos correspondían a las zonas con peores indicadores socioeconómicos. La diferencia entre las zonas con mayor y menor EV fue de 9,6 años en los hombres y de 5,6 en las mujeres. En el análisis por comarcas sanitarias, en los hombres la mayoría de las zonas de Interior, Álava y Uribe tuvieron una esperanza de vida mayor que el valor promedio de las zonas de la CAPV, mientras que en más del 75% de la comarca de Ezkerraldea-Enkarterri era menor que ese valor promedio. En las mujeres, para la mayoría de las zonas de la comarca Gipuzkoa Oeste la EV fue mayor que el valor promedio de la CAPV, en cambio, en las comarcas Interior y Ezkerraldea-Enkarterri la mayoría de sus zonas básicas de salud tuvieron una EV inferior al promedio de la CAPV. En cuanto a las capitales, Bilbao es la que presenta mayor desigualdades, con una diferencia entre las zonas con valores extremos de 8,0 años en los hombres y 4,9 años en las mujeres.

**Conclusiones:** Las desigualdades en la EV entre las zonas básicas de salud son muy relevantes, mayores en los hombres que en las mujeres, y se relacionan con las características socioeconómicas del lugar de residencia. Estos resultados pueden ayudar a orientar las políticas de salud hacia las áreas con mayor necesidad.

Financiación: FIS: PI040388.

## 470. DESIGUALDADES SOCIALES EN LOS HÁBITOS DE SALUD Y CUIDADOS GESTACIONALES EN LA COHORTE INMA-GIPUZKOA

I. Larrañaga, L. Santa Marina, M. Basterrechea, J. Vioque, H. Beguiristain, M. Ayerdi, E. Blarduni, L. Arranz, J. Ibarlucea

*Dirección Territorial de Sanidad de Gipuzkoa, Departamento de Sanidad, Gobierno Vasco; Hospital de Zumarraga, Osakidetza, Gobierno Vasco; CIBER Epidemiología y Salud Pública; Universidad Miguel Hernández, Elche.*

**Antecedentes/Objetivos:** La cohorte INMA-Gipuzkoa (Infancia y Medio Ambiente) reclutó mujeres en su primer trimestre de embar-

zo a fin de valorar los efectos ambientales en el desarrollo físico y neuroconductual de los niños. Esta comunicación valora las desigualdades sociales en los hábitos de salud y control del embarazo en 639 mujeres de la cohorte INMA Gipuzkoa.

**Métodos:** En la primera ecografía (semana 12), se informó e invitó a participar a las mujeres en el estudio y mediante cuestionario se registró en las participantes (70%) información sobre las características sociodemográficas, historia reproductiva, laboral, antecedentes médicos y hábitos saludables. Se analizaron las diferencias en actividad física, consumo de tabaco, alcohol, ingesta de calorías, hidratos de carbono, proteínas y grasas (expresado en g/día) según el nivel socioeconómico (NSE alto I-II-III vs bajo IV-V). Se realizó análisis de regresión logística ajustado por edad y complicaciones del embarazo, para aquellas variables significativas en el análisis bivalente.

**Resultados:** La edad media fue 32,1 años (rango 19-43), el 44% eran primíparas, y el 4,4% extranjeras. El 85,6% tenían empleo remunerado, el 49,8% referían estudios universitarios y el 57% eran de nivel socioeconómico alto. Las mujeres de NSE alto presentaban mayor Índice de Masa Corporal (IMC) (22,7 vs 23,4), menor proporción de fumadoras (51% vs 69%), y referían más ayuda externa para la realización de trabajos domésticos (18% vs 4%) que las de NSE bajo. No se observaron diferencias significativas en actividad física, consumo de alcohol y suplementación (ác. fólico, yodo, hierro). La ingesta de calorías, proteínas, hidratos de carbono y grasas en las mujeres de NSE alto fue significativamente menor que en las de nivel bajo (2085 vs 1975 cal/día, 96 vs 92 g/día, 249 vs 239 g/día, 82 vs 76 g/día respectivamente). Las mujeres de mayor NSE consultaron más a los servicios de ginecología para el control de embarazo (2,3 vs 1,9), presentando significativamente menor porcentaje de complicaciones (19% vs 26%). Los análisis de regresión ajustados por edad y complicaciones del embarazo confirmaron las diferencias entre niveles sociales para todas las variables anteriores.

**Conclusiones:** Los resultados evidencian desigualdades sociales en los hábitos, en el control gestacional y en las complicaciones del embarazo. Para que la atención al embarazo sea más eficaz, además del control de las variables clínicas habituales, han de considerarse las circunstancias sociales y económicas de las gestantes.

Financiación: FIS 06/0867.

### 303. REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA ETIOLOGÍA DEL SÍNDROME DE FIBROMIALGIA

L. Sordo del Castillo, E. Molina Montes, I. Ruiz Pérez

*Programa de Epidemiología Aplicada de Campo; CNE; ISCIII, Madrid; Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada.*

**Antecedentes/Objetivos:** El síndrome de fibromialgia (SFM) es una enfermedad crónica y generalizada que se caracteriza por dolor de larga duración en músculos y articulaciones de todo el cuerpo, cuyos criterios diagnósticos se establecieron en 1990 por el American College of Rheumatology (ACR). El SFM constituye un importante problema de salud pública debido a su alta prevalencia (entre 0,7 y 13% en mujeres y 0,2 y 3,9% en los hombres), al insuficiente conocimiento de la etiología y a la ausencia de un tratamiento eficaz. Hasta ahora, su etiología se ha abordado en numerosos trabajos de investigación que aportan datos contradictorios o resultados discordantes. El objetivo de este estudio es evaluar la evidencia científica sobre la etiología del síndrome de fibromialgia.

**Métodos:** Revisión sistemática de la literatura científica relacionada con etiología o etiopatogenia de SFM de 1990 a junio de 2006. Las principales bases de datos consultadas fueron Cochrane Plus, Medline, Embase, Ebscohost, Proquest, Ovid, Bio Med Central e ISI web of Science. Se incluyeron revisiones sistemáticas, metanálisis, ensayos clínicos, estudios de cohortes y de casos controles con casos incidentes.

Solo se incluyeron aquellos que manifestaban explícitamente la aplicación de los criterios de diagnóstico consensuados por la ACR-1990. Se excluyeron las revisiones narrativas, editoriales, cartas al editor, estudios relacionados con el tratamiento del SFM, sobre su comorbilidad con otras enfermedades, sintomatología, marcadores analíticos y procedimientos diagnósticos, así como estudios de otras enfermedades de clínica relacionada con el SFM. Las medidas de resultados a evaluar, se agruparon por teorías etiológicas (factores de riesgo, neuroendocrina, neurológica sensorial, muscular, y psicógena), realizándose una síntesis cualitativa. Para establecer los niveles de evidencia de los diferentes tipos de estudios, se utilizó la metodología propuesta en la Guía de niveles de evidencia: SIGN50, en la cual se establecen cinco niveles de evidencia (I a V).

**Resultados:** Se seleccionaron 15 artículos originales: un ensayo clínico, tres estudios de cohortes y once estudios de casos controles incidentes. En ninguna de las teorías etiológicas se obtuvieron resultados concluyentes sobre su relación con la etiología de la fibromialgia. En el caso de las relacionadas con los factores de riesgo, debido a su limitada calidad metodológica. En las demás teorías (neuroendocrina, neurológica sensorial, muscular, y psicógena), por los propios resultados no concluyentes.

**Conclusiones:** Debe investigarse la etiología de la fibromialgia mediante diseños con suficiente evidencia científica. El estudiarla por teorías etiológicas debe considerar que no sean excluyentes.

### 507. MIGRACIONES INTERNAS Y DESIGUALDADES EN EL ESTADO DE SALUD: EL CASO DE EUSKADI Y CATALUNYA

U. Martín, D. Malmusi, A. Bacigalupe

*Universidad del País Vasco, UDMPySP IMAS-UPF-ASPB; Agencia Salud Pública de Barcelona, Departamento de Sanidad, Gobierno Vasco.*

**Antecedentes/Objetivos:** El aumento de la inmigración extranjera ha incrementado los estudios que analizan las desigualdades en salud según el origen. Sin embargo, pocos estudios han analizado las desigualdades en salud relacionadas con los flujos migratorios internos que, durante la segunda mitad del siglo pasado, ocurrieron en el estado español. Se describirán las desigualdades en salud en la población de 50 a 79 según el lugar de nacimiento (comunidad autónoma (CCAA) de estudio/resto del Estado) en Cataluña y Euskadi, dos CCAA en las que la representación de inmigrantes internos supone en esas edades prácticamente la mitad de la población.

**Métodos:** Estudio transversal a partir de las encuestas de salud de Catalunya (ESCA06) y de Euskadi (ESCAV07). Se seleccionó a la población de 50 a 79 años según su lugar de nacimiento, en Euskadi/Catalunya o en el resto del Estado (n Euskadi = 3.424 y n Catalunya = 5.483). Como variable resultado se utilizó la autovaloración de la salud. Se estudió la asociación (chi-cuadrado) entre diferentes variables (clase social, nivel de estudios, situación laboral, apoyo social, cargas de trabajo) y el lugar de nacimiento. Posteriormente, se calcularon las prevalencias de mala salud percibida según el lugar de nacimiento por clase social y las razones de prevalencia (RP) de mala salud mediante análisis de regresión log-binomiales, ajustados por clase social y nivel de estudios. Los análisis se realizaron segmentados por CCAA y sexo.

**Resultados:** Tanto en el caso de Catalunya como en el de Euskadi las personas nacidas en el resto del estado eran de menor clase social y nivel de estudios. También se observó una menor incorporación al mercado laboral en el caso de las mujeres del resto del estado. Las prevalencias de mala salud fueron significativamente mayores en las personas nacidas en el resto del Estado, en ambos sexos y CCAA así como en todas las clases sociales. Esta asociación se mantuvo tras ajustar por clase social y nivel de estudios, salvo en el caso de los hombres vascos, en los que la RP de mala salud percibida ajustada

por nivel de estudios no fue estadísticamente significativa. No se observaron diferencias significativas en el tamaño del efecto del lugar de nacimiento ni entre CCAA ni entre sexos.

**Conclusiones:** El lugar de nacimiento constituye un eje de desigualdad de igual relevancia en Catalunya y en Euskadi, que afecta además a un grupo numeroso de la población de estas CCAA. La situación de desventaja socioeconómica de las personas inmigrantes puede acabar generando desigualdades en salud incluso décadas después de la experiencia migratoria. Es necesario reflexionar acerca de la posibilidad de que esta realidad se reproduzca en el futuro con la actual inmigración extranjera.

#### **421. PATOLOGÍA MENTAL EN POBLACIÓN INMIGRANTE. ANÁLISIS A PARTIR DE UNA ENCUESTA DE SALUD**

M.D. Esteban-Vasallo, M.F. Domínguez-Berjón, A. Rodríguez Laso, M. Rebollo Polo, R. Génova-Maleras, J. Astray-Mochales, L.M. Blanco Ancos

*Servicio de Informes y Estudios; Servicio de Análisis e Intervención.*

**Antecedentes/Objetivos:** La migración supone cambios vitales que pueden afectar a la salud mental de la persona. Las encuestas de salud proporcionan información que puede aclarar la relación entre ambos factores y la influencia de otras variables. Nuestro objetivo fue analizar la asociación entre el país de nacimiento y la patología mental no psicótica diagnosticada o sospechada.

**Métodos:** Estudio descriptivo transversal. Mediante la Encuesta Regional de Salud de la Comunidad de Madrid 2007 (ERSCM2007, n = 12.190) se analizó la prevalencia de ansiedad o depresión diagnosticadas por un médico, la presencia de sintomatología ansioso-depresiva autorreferida (pregunta de la escala EuroQol-5D) y el riesgo de morbilidad psiquiátrica no psicótica detectado mediante el General Health Questionnaire (GHQ-12), y su relación con el país de nacimiento, clasificado como: nacidos en España, inmigrantes no económicos, inmigrantes económicos con estancia en España inferior a 5 años, y con estancia superior a 5 años. Se realizaron análisis descriptivos y bivariados. Para estimar el efecto del país de nacimiento, se ajustaron modelos de regresión logística diferenciados para hombres y mujeres, incluyendo en el modelo máximo variables asociadas de forma significativa ( $p < 0,05$ ) a la variable dependiente.

**Resultados:** Tras ajustar por edad, un 3,2% (IC95%: 1,8-4,6) de los inmigrantes refieren haber sido diagnosticados de depresión y 4,0% (IC95%: 2,1-5,4) de ansiedad (4,6 y 4,5% en población nativa, respectivamente). El 15,1% (IC95%: 11,0-19,1) referían sintomatología ansioso-depresiva (13,9% en nacidos en España) y el 28,1% (IC95%: 24,2-32,0) presentaban riesgo de morbilidad psiquiátrica (24,3% en nacidos en España). En el análisis multivariante se observó menor probabilidad de diagnóstico de ansiedad o depresión en mujeres inmigrantes con menos de 5 años en España respecto a las nacidas en nuestro país (OR: 0,45, IC95%: 0,20-0,98). Se encontró mayor riesgo de morbilidad psiquiátrica no psicótica en inmigrantes económicos con más de 5 años en España respecto a la población nativa (OR: 1,35, IC95%: 1,03-1,77 en hombres y 1,36, IC95%: 1,10-1,68 en mujeres). No se encontró asociación estadísticamente significativa con la presencia de síntomas ansioso-depresivos para ningún sexo.

**Conclusiones:** La población inmigrante, según el cuestionario GHQ-12, presenta mayor riesgo de morbilidad psiquiátrica, aunque la tasa de patología diagnosticada es inferior a la de la población nativa. En inmigrantes económicos con más de 5 años de permanencia en nuestro país parece incrementarse el riesgo de sufrir morbilidad psiquiátrica respecto a la población nativa, tanto en hombres como en mujeres.