

COMUNICACIONES ORALES (3 MINUTOS) V

Viernes, 29 de octubre de 2010. 15:30 a 17:00 h

Auditorio 1

Desigualdades, género y salud reproductiva

Moderan: Rosa Puigpinós y Carmen Barona

283. PROPUESTA DE POLÍTICAS PARA REDUCIR LAS DESIGUALDADES: EL TRABAJO DE LA COMISIÓN PARA REDUCIR LAS DESIGUALDADES SOCIALES EN SALUD EN ESPAÑA

C. Borrell, D. Malmusi, L. Artazcoz, M.I. Pasarín, E. Díez, M. Rodríguez-Sanz, en nombre de la Comisión para reducir las desigualdades sociales en salud en España

Agència de Salut Pública de Barcelona; CIBERESP.

Antecedentes/Objetivos: A pesar de la existencia de desigualdades en salud, existen pocas evidencias sobre la puesta en marcha de intervenciones al respecto. En octubre de 2008, la Dirección General de Salud Pública del Ministerio de Sanidad y Política Social creó una Comisión de 18 personas con el mandato de elaborar una propuesta de intervenciones para reducir las desigualdades en salud según clase social, género y otros ejes. El objetivo de esta comunicación es describir el proceso y los resultados del trabajo de la Comisión.

Métodos: Para llegar a un consenso sobre las intervenciones más importantes se siguieron los siguientes pasos: 1) Preparación de cuatro capítulos preliminares sobre el marco conceptual de los determinantes de las desigualdades en salud y los principios para la acción, ejemplos de las desigualdades en salud y sus determinantes en España, las políticas para reducir las desigualdades en Europa, y las políticas en los planes de salud de España. 2) Revisión de documentos de política internacional (principalmente).

Resultados: El documento final incluye 27 recomendaciones de carácter general y 167 propuestas concretas con tres niveles de prioridad (máxima, alta o media), y divididas en 5 partes que engloban: la distribución del poder, la riqueza y los recursos; las condiciones de vida y trabajo cotidianas a lo largo del ciclo vital (infancia, empleo, envejecimiento); los entornos favorecedores de la salud; los servicios sanitarios; los sistemas de información, vigilancia, evaluación, investigación y docencia. En un futuro próximo el documento se difundirá y será discutido con las autoridades de salud de las Comunidades Autónomas y con otros actores relacionados.

Conclusiones: El trabajo de la Comisión representa una gran oportunidad para avanzar en la brecha que separa la investigación y la acción. En los próximos pasos, será necesaria una fuerte voluntad política y la creación de organismos para establecer alianzas intersectoriales.

Financiación: Ministerio de Sanidad y Política Social.

510. POLÍTICAS E INTERVENCIONES PARA REDUCIR LAS DESIGUALDADES SOCIALES EN SALUD EN BARCELONA: UN ANÁLISIS DE DISCURSO

J. Morrison, E. Díez, C. Borrell

ASPB; CIBERESP; Universitat Pompeu Fabra.

Antecedentes/Objetivos: El presente estudio, el cual forma parte del proyecto europeo INEQ-Cities “Desigualdades socioeconómicas en la mortalidad: evidencia y políticas en las ciudades de Europa”, se propone analizar en profundidad el discurso relativo a las políticas e intervenciones para reducir las desigualdades en salud en la ciudad de Barcelona.

Métodos: Se realizaron, durante el año 2010, ocho entrevistas semi-estructuradas a responsables del diseño de políticas públicas y sociales de Barcelona de los siguientes ámbitos: salud, servicios sociales, educación, promoción de la ocupación, promoción de la vivienda y rehabilitación urbanística e integral de barrios. El guión de la entrevista recogía el punto de vista de los y las responsables políticos/as sobre las desigualdades sociales en salud en la ciudad de Barcelona, las causas de estas desigualdades, prioridades de las instituciones respecto a ellas, así como el lugar que ocupan en la agenda política. Se realizaron también ocho entrevistas estructuradas de respuesta abierta a técnicos/as responsables de intervenciones destinadas a reducir desigualdades en salud. Se recogió información solamente de intervenciones evaluadas y concretamente se analizaron los objetivos, actividades y evaluación de las mismas. Las entrevistas se llevaron a cabo por un entrevistador/a y tuvieron una duración aproximada de 45 minutos, se registraron con una grabadora y tras ser transcritas se enviaron a las personas entrevistadas para ser validadas. Después se analizaron junto con los documentos estratégicos municipales mediante el método de triangulación por el entrevistador/a y un investigador/a con el Atlas Ti.

Resultados: Los resultados preliminares de las 8 entrevistas indican que los responsables de políticas de Barcelona cuentan con información sobre las desigualdades sociales y su impacto negativo en salud pero no se trabaja a nivel intersectorial salvo en pocos casos concretos. Según la visión de los entrevistados las 8 intervenciones analizadas presentaron una alta adherencia y participación además de una buena aceptación del entorno. La evaluación mostró que las intervenciones eran efectivas.

Conclusiones: Las conclusiones apuntan que buena parte de los determinantes sociales de la salud no están en la agenda de las políticas ajenas al sector salubrista y sanitario pero las intervenciones que se llevan a cabo parecen ser efectivas. Estos resultados deben servir de base para fomentar una aproximación intersectorial a las desigualdades sociales en salud.

Financiación: INEQ-Cities Proyecto Europeo de la Agencia Europea de Salud y Consumo (EAHC) Unión Europea.

648. DESIGUALDADES SOCIALES EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD EN ESPAÑA

M. García-Ruiz, M.I. Pasarín, L. Palència, M. Rodríguez-Sanz, C. Borrell

Agència de Salut Pública de Barcelona; CIBER de Epidemiologia y Salud Pública; Universitat Pompeu Fabra.

Antecedentes/Objetivos: El objetivo de este estudio fue analizar las desigualdades según la clase social en la recepción de prácticas preventivas y el acceso a la Atención Primaria de Salud (APS), en España el 2006.

Métodos: El diseño es transversal utilizando datos de la Encuesta Nacional de Salud de 2006. Los participantes fueron una muestra re-

presentativa de la población española no institucionalizada de 16 años y más. Se analizaron cuatro submuestras en función de cada una de las variables dependientes: vacunación antigripal en personas ≥ 60 años en la última campaña (sí/no) ($n = 7.507$); toma de presión arterial en personas ≥ 40 años durante los últimos tres años (sí/no) ($n = 16.148$); recepción de consejo médico antitabaco por parte de exfumadores, como uno de los principales motivos para dejar de fumar (sí/no) ($n = 5.944$); y acceso medido como tiempo de espera ≤ 48 horas para visita al médico de familia del Sistema Nacional de Salud (SNS) (sí/no) ($n = 5.693$). La variables independientes fueron: la clase social según la propuesta de la SEE (I-II, III, IV-V), el estado de salud percibido (bueno/malo) y la cobertura sanitaria (pública/doble). Se realizaron análisis descriptivos, se estimó la prevalencia de las prácticas preventivas y el acceso según las variables independientes evaluando la asociación a través de la prueba χ^2 , y, finalmente se analizó la asociación entre las prácticas preventivas y el acceso con la clase social a través de modelos de regresión logística GEE para obtener la odds ratio (OR) y sus intervalos de confianza al 95% (IC95%), estratificando según estado de salud y cobertura sanitaria. Se presentan las OR de las clases I-II respecto a las IV-V.

Resultados: No se observaron diferencias por clase social en la vacunación antigripal (hombres: OR = 0,98; IC95% = 0,55-1,72; mujeres: OR = 1,07; IC95%, 0,84-1,36) ni en la toma de presión arterial (hombres: OR = 1,56; IC95%, 0,82-2,98; mujeres: OR = 1,06 IC95%, 0,77-1,46) en las personas que perciben su salud como mala. En cambio, la recepción del consejo antitabaco fue menos frecuente en los hombres de las clases sociales favorecidas (OR = 0,67; IC95%, 0,51-0,87). No se observaron desigualdades sociales en el tiempo de espera para visitar al médico de familia del SNS (hombres OR = 1,09; IC95%, 0,55-2,15; mujeres: OR = 1,07 IC95%, 0,81-1,33).

Conclusiones: La ausencia de desigualdades sociales en las prácticas preventivas analizadas y en el acceso apunta que la APS contribuye a la equidad, principalmente cuando los servicios demandados corresponden a la medicina de familia.

Financiación: CIBER de Epidemiología y Salud Pública y Ministerio de Sanidad y Consumo-Observatorio de Salud de la Mujer, Dirección General de la Agencia de Calidad y Ministerio De Ciencia e Innovación.

604. EXPERIENCIAS CON LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD EN POBLACIÓN INFANTIL INMIGRANTE Y AUTÓCTONA DE CATALUÑA

S. Berra, M.I. Pasarín, M. Rodríguez-Sanz, L. Rajmil, C. Borrell, B. Starfield

Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques; Agència de Salut Pública de Barcelona; CIBER de Epidemiologia y Salud Pública; Johns Hopkins University.

Antecedentes/Objetivos: Describir la experiencia con la atención primaria de salud (APS) en la población infantil inmigrante y autóctona de Cataluña con relación a su salud, características sociales y uso de servicios sanitarios.

Métodos: Estudio transversal basado en la Encuesta de Salud de Cataluña del año 2006 sobre una muestra representativa de 2.200 niños y niñas de 0 a 14 años. La encuesta fue por entrevista realizada en el hogar a una persona informante. Incluyó una versión abreviada del PCAT-CE (Primary Care Assessment Tools, child edition), con 22 ítems para identificar una fuente de atención y valorar sus atributos de primer contacto y continuidad, coordinación, globalidad (servicios disponibles y recibidos) y competencia cultural. Variables dependientes: puntuaciones promedio en cada dimensión en una escala de 1 a 4, categorizadas en experiencias deseables (3 o más puntos) o pobres (1 a < 3). Variables independientes: clase social

(según propuesta de SEE) y inmigración (origen de los padres: uno o ambos nacido fuera de España). Covariables: sexo, edad, salud percibida y uso de servicios sanitarios. Análisis: Cálculo de los porcentajes de experiencia pobre con al APS, y modelos de regresión logística multivariados para obtener odds ratios (OR) y sus intervalos de confianza al 95% (IC).

Resultados: El porcentaje de familias que declaran una pobre experiencia en la APS es mayor entre inmigrantes que autóctonos en todas las dimensiones ($p < 0,05$), excepto en coordinación. Así, en primer contacto-continuidad un 27,3% de autóctonos declararon una pobre experiencia y el 33,2% de inmigrantes, y en competencia cultural estos porcentajes fueron del 27,3 y 36,8% resp. Las familias autóctonas de clase social IV-V declararon experiencias pobres en la dimensión de primer contacto y continuidad [OR = 1,70; IC = 1,31-2,21] y de competencia cultural (OR = 1,56; IC = 1,20-2,03) que las de clase social I-II, siendo esta diferencia mayor entre inmigrantes (OR = 1,89; IC = 1,05-3,41 y OR = 2,60; IC95% = 1,40-4,82, resp.). En las familias inmigrantes, haber visitado al médico generalista o al pediatra, reduce la frecuencia de declarar una pobre experiencia en primer contacto/continuidad (OR = 0,45; IC = 0,21-0,95).

Conclusiones: Pertenecer a clases sociales desfavorecidas y ser inmigrante surgen como dos factores de riesgo de tener peor experiencia con la APS en las áreas de primer contacto/continuidad de la atención y en competencia cultural, pero haber visitado los servicios parece mejorar su valoración. La encuesta de salud es útil para detectar áreas de mejora que otros sistemas de información no permiten.

361. DESIGUALDADES EN LA SALUD MENTAL DE LOS NIÑOS EN ESPAÑA: ¿CÓMO INFLUYE EL NIVEL EDUCATIVO DE LOS PROGENITORES?

M. Sonego, A. Llácer, F. Simón

Programa de Epidemiología Aplicada de campo (PEAC); CNE (ISCI); CIBERESP.

Antecedentes/Objetivos: A nivel internacional varios estudios muestran la asociación entre la salud mental de los niños y el nivel socio-económico familiar, pero hay muchos interrogantes de cómo operan sus diversos componentes. En este trabajo se pretende valorar si en España el nivel educativo de los padres influye por sí mismo en la salud mental de sus hijos.

Métodos: Utilizando las bases de datos de menores, hogar y adultos de la Encuesta Nacional de Salud (ENS) de 2006, se generó un registro único por cada menor entre 4 y 15 años, con la información del niño, de su hogar y del progenitor encuestado. Se consideró posible trastorno mental (PTM) en el niño una puntuación ≥ 14 en el Cuestionario de Fortalezas y Dificultades, suministrado durante la ENS a uno de los padres. Se creó una variable resumen de la educación del padre y de la madre categorizada en 4 niveles. Se consideraron variables de ajuste del niño (sexo, edad, estatus migratorio y limitaciones físicas), del progenitor encuestado (sexo, edad, salud mental, función familiar y apoyo social percibido) y de la familia (ingresos económicos, clase social, estructura mono o biparental y desempleo de los padres). Las variables asociadas ($p < 0,05$) con el PTM infantil en el análisis univariante se introdujeron en un modelo multivariante que se ajustó midiendo el efecto de dichas variables en la OR del nivel de estudios. Se valoraron las interacciones entre variables. Se usó Stata 10.

Resultados: Se analizaron 5.365 niños (96% de los previstos). En los niños de 4-11 años, el análisis univariante mostró una asociación entre el nivel educativo parental y el PTM con una OR = 4,5 (IC95%: 3,0-6,8) del nivel más bajo respecto al más alto. Al ajustar por todas las covariables, esta OR se redujo a 3,6 (IC95%: 2,3-5,6) mostrando una tendencia

positiva (trend test $< 0,001$) al disminuir el nivel educativo. Solo la renta y la clase social cambiaron sensiblemente la OR entre PTM y nivel de estudios. Ambas variable tienen un efecto independiente sobre el PTM: OR = 1,3 (IC95%: 1,0-1,6) y OR = 1,2 (IC95%: 1,0-1,5) respectivamente. En los adolescentes de 12 a 15 años el PTM no se asoció con el nivel educativo parental, siendo más importantes otros factores como la mala salud mental del progenitor encuestado, con OR de 3,4 (IC95%: 2,2-5,1).

Conclusiones: Nuestros resultados sugieren una asociación entre el nivel de estudios de los padres y la salud mental de los niños. Parte de esta asociación se explica a través de los ingresos económicos y la clase social, pero la educación tiene un efecto independiente importante. Esta relación no se aprecia en los adolescentes que plantean la necesidad de estudios específicos.

546. EVOLUCIÓN DE LAS DESIGUALDADES SOCIOECONÓMICAS EN MORTALIDAD GENERAL, COMUNIDAD DE MADRID, 1994 A 2007

A. Gandarillas, F. Domínguez, M.J. Soto, L. López, M.I. Marta, I. Galán

Dirección General de Atención Primaria; Dirección General de Ordenación e Inspección.

Antecedentes/Objetivos: El objetivo es describir la evolución de las desigualdades socioeconómicas en la mortalidad general en dos cortes transversales de 7 años cada uno, según sexo y grupos de edad.

Métodos: Estudio ecológico de tendencias en el que la población de estudio son los fallecidos entre 1994 y 2007 residentes en la Comunidad de Madrid (CM), datos que proceden del Registro de Mortalidad del Instituto de Estadística regional. Se comparan dos períodos: 1994-2000 (P1) y 2001-2007 (P2). Los fallecidos por sección censal de P1 (Nº secciones = 3.697) y de P2 (Nº secciones = 3.906) se agregaron por quintiles de privación socioeconómica. Para el primer período la población e indicadores socioeconómicos son del padrón de 1996 y para el segundo del censo de 2001. Mediante análisis de componentes principales, se ha construido el índice de privación socioeconómica elaborado en el proyecto MEDEA (mortalidad en áreas pequeñas españolas y desigualdades socio-económicas y ambientales) a partir de 5 indicadores censales/padronales: desempleo, instrucción insuficiente (total y en jóvenes), trabajadores manuales y asalariados eventuales. Se aplicaron modelos de regresión de Poisson para obtener los RR de mortalidad ajustados por edad para población de 20 y más años, por quintiles de privación socioeconómica, tomando como referencia el de menor privación (Q1), en cada período, sexo y grupos de edad (20-39, 40-59, 60-79, 80 y más años).

Resultados: En ambos períodos y sexos se observa asociación significativa de la mortalidad con la privación económica de mayor magnitud y más consistente entre quintiles en hombres. Los RR y sus intervalos de confianza (IC95%), por períodos son: en hombres, P1: Q2 = 1,02 (1,00-1,04); Q3 = 1,09 (1,07-1,10); Q4 = 1,08 (1,06-1,10), Q5 = 1,25 (1,23-1,27); P2: Q2 = 1,05 (1,03-1,07); Q3 = 1,12 (1,09-1,13), Q4 = 1,14 (1,13-1,17); y Q5 = 1,25 (1,23-1,28); en mujeres P1: Q2 = 0,95 (0,94-0,97); Q3 = 1,02 (1,0-1,04); Q4 = 1,02 (1,0-1,03), Q5 = 1,12 (1,10-1,14); y P2: Q2 = 0,95 (0,93-0,96); Q3 = 1,00 (0,98-1,02), y Q4 = 1,00 (0,99-1,02); Q5 = 1,10 (1,03-1,07). Por edades solo el grupo de edad de 40 a 59 años muestra un ascenso significativo en el segundo período tanto en hombres como en mujeres. Para el resto de edades, mientras en hombres la evolución es estable, en mujeres se observa un descenso.

Conclusiones: Se observa asociación entre la privación socio económica y la mortalidad por secciones censales en ambos períodos y sexos que ha evolucionado de forma diferente entre sexos y grupos de edad. Posteriores análisis confirmarán estos resultados según causa de muerte.

Financiación: FIS PI081017.

689. CLASE SOCIAL Y EXCESO DE PESO EN LA POBLACIÓN ADULTA DE CANTABRIA

D. Prieto Salceda, O. Pérez González, A. Cabria García

Observatorio de Salud Pública de Cantabria; Fundación Marqués de Valdecilla; Consejería de Sanidad.

Antecedentes/Objetivos: El exceso de peso, sobrepeso u obesidad, se ha incrementado notablemente tanto en España como en los países del entorno europeo e internacional, afectando a todas las edades, sexos y condiciones sociales, aunque en diferente medida, y abriendo brechas de desigualdad que deben ser abordadas por los sistemas de salud. Objetivo: describir la relación entre la clase social y la prevalencia de sobrepeso y obesidad en las personas adultas en Cantabria.

Métodos: Se trata de un estudio transversal sobre datos de la Encuesta de Salud de Cantabria de 2006. Se analizó el Índice de Masa Corporal (IMC) de las personas de 18 o más años no institucionalizadas residentes en Cantabria ($n = 1.690$). Se clasificaron como obesos los sujetos con un $IMC \geq 30$ y con sobrepeso aquellos entre 25 y 29. Variables independientes: sexo, edad, clase social y tamaño del municipio de residencia. La clase social se midió a través del nivel de estudios y de la ocupación del sustentador principal de la familia (agrupada en manuales y no manuales). Se realizó análisis estratificado de exceso de peso (sobrepeso u obesidad) estandarizado por edad y se calcularon las odds ratio (OR) ajustadas mediante modelos de regresión logística.

Resultados: El 53,1% de la población adulta de Cantabria presenta algún exceso de peso (39,0% de sobrepeso y 14,1% de obesidad). El análisis estandarizado por edad muestra diferencias importantes de exceso de peso por sexo (62,9% hombres y 44,5% mujeres) debidas principalmente a diferencias en la frecuencia de sobrepeso. Un 64,9% de personas sin estudios o con estudios primarios presenta exceso de peso frente al 44,9% de las personas con estudios superiores, así como un 58,1% de personas pertenecientes a clases manuales frente al 48,6% de no manuales. En las poblaciones más pequeñas (< 10.000 habitantes) se encuentran prevalencias de exceso de peso más altas (62,6% frente a 56,1% en los medianos, de 10.000 a 50.000 habitantes). En el análisis multivariante después de ajustar por sexo y edad resultan factores independientes de sobrepeso y de obesidad, el no tener estudios o solo estudios primarios respecto a tener estudios superiores (OR = 1,9 sobrepeso y 3,0 obesidad), las clases manuales (OR = 1,4 para ambos) y los municipios más pequeños frente a los grandes (OR = 1,4 sobrepeso y 1,8 obesidad).

Conclusiones: Los análisis desarrollados a través de los datos de la Encuesta de Salud de Cantabria establecen la relación de la clase social como determinante del elevado índice de exceso de peso de la población, siendo más pronunciado en las clases sociales más desfavorecidas y en las personas que residen en los municipios más pequeños. El exceso de peso en las mujeres es menor que en los hombres en todas las clases sociales.

89. EL EFECTO DE GÉNERO ANTE EL RIESGO Y MANEJO DE LA INFECCIÓN POR EL VIH: ANÁLISIS CUALITATIVO

I. Hurtado Navarro, A. Molina-Barceló, S. Pérez-Hoyos

CSISP; USMIB_IR_HVH; CIBERESP.

Antecedentes/Objetivos: Algunos estudios manifiestan diferencias hombre-mujer en el riesgo y manejo de la infección por VIH. La metodología cualitativa permite identificar aspectos relevantes que ayuden a entender estas diferencias. El objetivo de este trabajo es identificar las componentes del constructo de género que afectan a la infección, progresión, y curso clínico de la infección por VIH.

Métodos: Entre noviembre de 2009 y abril de 2010, se llevaron a cabo entrevistas en profundidad (EP) a profesionales que trabajan en el Centro de Información y Prevención del SIDA (CIPS) y en la Unidad

enfermedades infecciosas del Hospital Clínico de Valencia. Asimismo se realizaron entrevistas semiestructuradas (ES) a sujetos que acudieron al CIPS, con diferentes perfiles en cuanto a vía de transmisión de la infección, sexo, nivel de estudios, país de origen, y estado serológico frente al VIH. Las EP fueron grabadas en audio y posteriormente transcritas. Se realizó un análisis del discurso (análisis del contenido manifiesto y latente).

Resultados: Se entrevistaron 3 profesionales del CIPS y 2 hospitalarios. La visión de los profesionales del CIPS apunta a una dificultad para negociar el uso del preservativo en las mujeres así como una menor autoestima frente a los hombres ("...normalmente, quien decide... el tipo de relación es el hombre..." EP3). Los profesionales del hospital no observan marcadas diferencias de género en el manejo de la infección entre los sujetos VIH+, aunque manifiestan observar un autocuidado menos adecuado entre mujeres de un nivel socio-económico bajo. En cambio sí establecen diferencias en cuanto a la prevención según el momento de la historia de la epidemia en el que produce el riesgo de infección ("...la gente más joven no ha conocido, afortunadamente para ellos, los años malos malísimos, de alta morbilidad y mortalidad..." EP5) así como el país de origen. Se entrevistaron a 6 hombres y 4 mujeres, 3 de ellos VIH+. Las personas entrevistadas no refieren diferencias por género en la decisión del uso del preservativo. Aunque se pone de manifiesto el rol de mujer cuidadora en cuanto a las estrategias de afrontamiento de la infección ("lo más importante soy yo, es mi familia, lo primero que tengo es que cuidarlos ante todas las cosas..." ES9).

Conclusiones: Las discrepancias en la percepción de la negociación de medidas preventivas entre los profesionales y los usuarios, así como en el manejo de la infección según nivel socioeconómico y país de origen, proporcionan claves para profundizar y mejorar en las estrategias preventivas en la reducción de la infección por VIH. La metodología cualitativa ayuda a entender las diferencias observadas en otros estudios y a identificar nuevos aspectos a evaluar en futuras acciones.

Financiación: Fondo Investigación Sanitaria (PI070531).

580. DIFERENCIAS POR GÉNERO EN UNA COHORTE DE SEROCONVERTORES AL VIH

I. Ferreros, S. Pérez-Hoyos, J. del Amo, P. García de Olalla, R. Muga, J. Castilla, I. Hurtado, J. del Romero, GEMES

CSISP; CRESIB; CIBERESP.

Antecedentes/Objetivos: Existe controversia en cuanto a si la epidemia de VIH/SIDA se comporta de manera diferente en las mujeres que en los hombres. Muchos estudios, entre los que se encuentra la cohorte GEMES, han analizado estas diferencias por género en la progresión a sida y a muerte. El objetivo del presente trabajo es analizar si las diferencias encontradas entre los seroconvertidores integrantes de GEMES en estudios previos se mantienen después de más de diez años de seguimiento.

Métodos: Se utilizaron los datos de las cohortes de seroconvertidores al VIH del proyecto GEMES para las que se dispone de una ventana de seroconversión bien datada. Dichas cohortes han sido seguidas prospectiva y retrospectivamente desde finales de los años 80 hasta nuestros días. Se estimaron las curvas de Kaplan-Meier incorporando entradas retrasadas, de modo que se compararon sujetos con la misma duración de la infección en distintos períodos del calendario. Para estimar el riesgo de sida y muerte se ha utilizado un modelo de regresión de Cox dividiendo el seguimiento en antes del 92,92-96,9699-, 2000-2003 y después de 2003, introduciéndolos en el modelo como una variable tiempo-dependiente. En los análisis se ajustó por sexo, categoría de transmisión (UDIs y heterosexuales), edad en la seroconversión, período calendario y se estratificó por cohorte.

Resultados: De los 1.294 sujetos seroconvertidores incluidos en el análisis 378 (29%) eran mujeres, de las que un 81% eran Usuarías de Drogas Inyectadas (UDIs) y un 19% se había infectado por vía heterosexual, frente a un 3,6% de los hombres. Entre los UDIs un 61% de las

mujeres recibió tratamiento frente a un 51% de los hombres. Para los heterosexuales el porcentaje de mujeres tratadas fue de 59%. Entre los UDIs el 50% de los hombres habían desarrollado sida 15 años después de la seroconversión reduciéndose este porcentaje al 43% en el caso de las mujeres. El riesgo de sida fue menor en las mujeres que en los hombres tanto en el análisis univariante (HR 0,75 IC95% 0,59-0,95) como en el multivariante (HR 0,83 IC95% 0,65-1,05). Se observó una reducción del riesgo de sida del 59% tanto para hombres como para mujeres (HR 0,41 IC95% 0,29-0,59) al comparar el período 2000-2003 con el 92-96. En cuanto a la progresión a muerte también se observa un menor riesgo entre las mujeres tanto en el análisis univariante (HR 0,73 IC95% 0,67-0,81) como en el multivariante (HR 0,82 IC95% 0,74-0,89).

Conclusiones: Las diferencias encontradas hasta el año 2001 se mantienen a lo largo de los años de seguimiento, tanto para la progresión a sida como para la progresión a muerte en los dos grupos de riesgo analizados, haciéndose más evidentes cuando se trata de los usuarios de drogas. En general, las mujeres tienen una progresión más lenta de la infección que los hombres.

Financiación: FIPSE.

61. PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE LAS MUJERES AFECTADAS POR MALOS TRATOS DE DIFERENTE GRAVEDAD

C. Vives Cases, J. Torrubiano Domínguez, I. Montero Piñar, V. Escribà Agüir, D. Gil González, I. Ruiz Pérez

Universidad Alicante; CIBER en Epidemiología y Salud Pública; Universidad Valencia; Centro de Investigación Superior de Salud Pública de Valencia; Escuela Andaluza de Salud Pública de Granada.

Antecedentes/Objetivos: Una abundante literatura científica pone de manifiesto la desigual distribución de la VCI. Sin embargo, el perfil sociodemográfico de las mujeres expuestas a distintos tipos de violencia, de diferente intensidad y duración ha sido menos estudiado. Se propone un índice compuesto de gravedad de la VCI con la finalidad de analizar si el perfil sociodemográfico de las mujeres con VCI varía según su nivel de gravedad.

Métodos: Estudio transversal mediante cuestionario autoadministrado en 11.475 mujeres que acudieron a consultas de Atención Primaria en España (2006-2007). Diseño muestral estratificado y polietápico con muestra representativa por CCAA. La gravedad de la VCI se midió con un índice compuesto de gravedad de la VCI basado en el grado de solapamiento entre diferentes tipos de violencia (física y/o psicológica), frecuencia e intensidad y duración de los malos tratos. Este índice registró puntuaciones entre 1 y 11, siendo clasificadas en violencia moderada de 1 a 5 y violencia grave de 6 a 11. Las características sociodemográficas (edad, país de origen, estado civil, n.º hijos, nivel de estudios, situación laboral, apoyo familiar y tangible) de las mujeres fueron utilizadas primero como principales variables explicativas. La asociación entre la VCI moderada y grave (dependientes) con las características sociodemográficas (variables independientes y de control) se analizó mediante regresión logística polinómica.

Resultados: La prevalencia de VCI grave fue del 4,4%, mientras que la de VCI moderada fue del 12,6%. La probabilidad de VCI tanto moderada como grave aumenta a mayor edad (mayores de 50), extranjeras, divorciadas, sin empleo, menor nivel de estudios e ingresos, y sin apoyo familiar y/o tangible. Cabe destacar que la magnitud del riesgo de VCI grave y estar divorciada (OR ajustada 6,6 [IC95% 3,6-12,3]) y no tener apoyo tangible (7,2 [4,5-11,3]) fue mayor que el observado para la VCI moderada (OR ajustadas 2,6 [1,7-4] para divorciadas y 3,1 [2,1-4,4]) para mujeres sin apoyo tangible).

Conclusiones: La utilización de un índice de gravedad de la VCI ha permitido identificar el perfil sociodemográfico de las mujeres con mayor vulnerabilidad frente a la VCI, que puede ser de gran utilidad para planificar las intervenciones preventivas.

69. VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES JÓVENES Y SUS CONSECUENCIAS EN SALUD

D. Martín-Baena, M. Talavera, I. Montero, C. Vives-Cases, V. Escribà, I. Ruiz-Pérez

CIBER Epidemiología y Salud Pública; Universidad de Valencia; Centro Superior de Investigación en Salud Pública; Escuela Andaluza de Salud Pública, Universidad de Alicante.

Antecedentes/Objetivos: A pesar de que existen evidencias de que el inicio de la violencia interpersonal es cada vez más temprano, la información sobre su frecuencia y sus consecuencias en la salud en jóvenes ha sido escasamente estudiada. **Objetivos:** 1) estimar la prevalencia de la violencia interpersonal en mujeres jóvenes; 2) analizar el impacto en la salud en función del tiempo de exposición de la violencia por un compañero íntimo (VCI); 3) confirmar si el efecto de la VCI difiere del de la violencia por personas diferentes de la pareja.

Métodos: Para este trabajo se seleccionaron las 1.076 mujeres entre los 18-25 años que participaron en un estudio previo donde se obtuvo una muestra representativa de mujeres que acudieron durante los años 2006-07 a centros de Atención Primaria. **Variables resultado:** salud autopercebida, malestar psicológico, co-morbilidad, consumo de psicofármacos; **Variables explicativas:** violencia a lo largo de la vida (VCI, violencia por personas fuera de la pareja y por ambos); VCI actual y en pasado. Se estimó la prevalencia de la violencia a lo largo de la vida; se analizó el efecto de la VCI tanto actual como en el pasado (excluyentes) en el estado de salud a través de modelos ajustados de regresión logística y finalmente se comparó el efecto en la salud de la VCI y otras formas de violencia (test de Wald).

Resultados: El 27% han estado expuestas a algún tipo de violencia interpersonal, siendo la edad media de inicio 19 años y 2 su duración. En el 42,8% la violencia fue por compañero íntimo, en el 41% por personas diferentes a la pareja, mayoritariamente hombres (62,7%) y familiares cercanos (50,3%). El impacto es 2 veces mayor cuando la VCI es actual que cuando fue en el pasado, aunque las probabilidades continúan siendo mayores que en las jóvenes no maltratadas. Al comparar el efecto de la VCI y de la violencia fuera de la pareja no se detectan diferencias significativas en ninguno de los indicadores de salud analizados. El efecto de la revictimización (pareja y otros) es incluso mayor (peor salud autopercebida: OR = 5,26, malestar psicológico: OR = 6,34, co-morbilidad: OR = 7,60, consumo de psicofármacos: OR = 6,03) que en el caso de la VCI o por otros sólo.

Conclusiones: Este trabajo identifica la frecuencia de violencia contra las mujeres jóvenes y pone de relieve que cualquier forma de violencia interpersonal tiene un impacto en la salud que persiste en el tiempo. En la elaboración de medidas preventivas deben tenerse en cuenta los diferentes ámbitos relacionales de las jóvenes y las consecuencias de la violencia a largo plazo.

Financiación: Fondo de Investigaciones Sanitarias, Instituto Carlos III. N.º Exp. 1/06-36.

738. INCIDENCIA Y FACTORES DE RIESGO DE LA VIOLENCIA DE PAREJA DURANTE EL EMBARAZO

V. Escribà-Agüir, M. Vanaclocha-Espí, M. Royo-Marqués, I. Ruiz-Pérez, L. Artazcoz

CSISP, Generalitat Valenciana; CIBERESP; EASP; Agència de Salut Pública de Barcelona.

Antecedentes/Objetivos: La mayoría de investigaciones sobre los factores de riesgo de la violencia de pareja (VP) se han realizado en población general de mujeres y con un diseño transversal. Por ello, el objetivo de este trabajo es: a) describir el patrón de la violencia de pareja durante el embarazo y b) identificar los factores de riesgo que predicen la aparición de la VP durante el embarazo.

Métodos: Estudio de longitudinal realizado sobre una muestra de 1336 mujeres, que acudían a las visitas de control prenatal de centros de atención primaria de la Comunitat Valenciana, captadas al inicio del primer trimestre del embarazo (fase I) y que fueron seguidas hasta el inicio del tercer trimestre de embarazo (fase II). La variable respuesta es la presencia de VP de tipo físico o psicológico medida en la fase I o II, valorada por la versión española validada del "Abuse Assessment Screen". Las variables explicativas fueron a) factores sociodemográficos (edad, nivel de estudios, estado civil y país de origen) y b) personales (problemas de alcohol o drogas por algún miembro de la familia o pareja, consumo de drogas por la mujer 3 meses antes del embarazo y apoyo social tangible. Se ajustaron modelos de regresión logística; calculando las odds ratios ajustadas (ORa) y sus intervalos de confianza del 95% (IC95%).

Resultados: Un 11,0% declaró algún tipo de violencia alguna vez en la vida. La prevalencia de la VP de tipo psicológico el último año o en la fase I es de 2,3% y 0,7%, respectivamente. Para la VP física estas prevalencias son de 0,9% y 0,4%. La incidencia de la violencia psicológica o física en la fase II es de 0,8% y 0,2%, respectivamente. Las extranjeras tienen una mayor probabilidad de VP física (ORa = 7,13, IC95% = 1,27-39,99) y psicológica (ORa = 4,01 IC95% = 1,23-13,14). El consumo de alcohol o drogas por miembros de la familia aumenta la probabilidad de VP física (ORa = 19,52, IC95% = 3,61-105,45), pero este consumo por parte de la pareja influye en la VP psicológica (ORa = 11,44, IC95% = 3,73-35,12). El consumo de drogas de la mujer influye en la VP física (ORa = 19,32, IC95% = 1,41-264,58), y el bajo apoyo social aumenta la probabilidad de la VP psicológica (ORa = 3,28, IC95% = 1,02-10,59).

Conclusiones: Existe un patrón diferencial de los factores de riesgo de la VP según el tipo de violencia. Este patrón es más desfavorable para la VP de tipo físico.

Financiación: FIS-FEDER PI06/1565 y PS09/00523.

134. GRIPE A/H1N1 Y EMBARAZO EN ANDALUCÍA

M. Skodová, J.M. Mayoral Cortés, R. Yang Lai, E. Durán Pla, V. Gallardo García, L. Puell Gómez, J. Guillén Enríquez, G. Andérica Frías, I. Mateos Wichmann

Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Andalucía, Consejería de Salud, Junta de Andalucía.

Antecedentes/Objetivos: Las mujeres embarazadas afectadas por gripe poseen mayor riesgo de complicaciones y mortalidad. Presentan una tasa de ingresos hospitalarios (0,32 por 100.000) 4 veces mayor que en población general. A partir de los casos y defunciones de gripe A/H1N1 (gripe A) notificados a la OMS, Garske et al estimaron una letalidad del 0,68% en EEUU, 1,23% en México, 0,43% en Canadá, 0,24% en el Reino Unido y 0,20% en la Unión Europea; estas tasas pueden ser superiores a las reales, pues el denominador corresponde a los casos graves u hospitalizados confirmados por el laboratorio, ya que no captan ni confirman los casos moderados y leves. En Andalucía, en la semana 47/2009 la tasa de letalidad por gripe A fue de 0,03% para la población general. Los objetivos de este trabajo son determinar las características de las mujeres embarazadas hospitalizadas por gripe A, en relación con las mujeres no embarazadas del mismo rango de edad; y comparar la tasa de letalidad por gripe A en mujeres embarazadas durante la pandemia en Andalucía con población general.

Métodos: Estudio descriptivo. Registro de casos individualizados de gripe A en el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Andalucía (SVEA). Mujeres de edad fértil (15-49 años). Variables: edad, hospitalización, ingreso en unidad de cuidados intensivos (UCI), fallecimiento atribuible a gripe A, factores de riesgo y provincia.

Resultados: El SVEA declaró 458 casos individualizados hospitalizados de gripe A en mujeres en edad fértil, 128 (27,9%) embarazadas de 25,8 semanas de gestación de media (mediana 30, rango 3-41). La edad media fue de 30,7 años (mediana 30), menor en las embarazadas (no

significativo-NS). Las ingresadas en UCI, 4 (3%) fueron embarazadas y 19 (5,4%) no (NS). El 23,4% de las embarazadas presentó 1 o más factores de riesgo, frente al 43% de las no embarazadas [OR = 1,9 IC95% (1,22-2,96)]. Las mujeres no embarazadas presentaban riesgo significativamente mayor de neumonía viral o bacteriana, distrés respiratorio y necesidad de ventilación mecánica. La tasa de fallecimientos atribuibles a gripe A fue mayor entre las mujeres no embarazadas (4,2% vs 1,6%, NS).

Conclusiones: En Andalucía, la tasa de letalidad por gripe A en mujeres embarazadas fue menor que en la población general. Las mujeres embarazadas con gripe A hospitalizadas presentan menos factores de riesgo que las no embarazadas, lo que corrobora el mayor riesgo de sufrir complicaciones. El SVEA demostró ser un servicio útil para conocer la situación epidemiológica actualizada de la población en Andalucía.

182. INFLUENCIA DEL MODO DE PARTO EN EL RIESGO DE NO INICIAR LACTANCIA MATERNA EN 2 COMUNIDADES AUTÓNOMAS

M. Sandín Vázquez, I. Río Sánchez, A. Castelló Pastor, C. Barona, M. Jané, R. Mas, M. Rebagliato, F. Bolúmar Montrull

Departamento de Ciencias Sanitarias y Médico-Sociales Universidad de Alcalá; Ciber de Epidemiología y Salud Pública; Direcció General de Salut Pública de la Comunitat Valenciana, Servicio de Salud Infantil y de la Mujer; Programa de Salut Maternoinfantil, Direcció General de Salut Pública, Generalitat de Catalunya.

Antecedentes/Objetivos: La instauración de la lactancia materna (LM) en el hospital se considera un indicador de calidad asistencial. El Ministerio de Sanidad ha puesto en marcha la "Estrategia de atención al parto normal" entre cuyos objetivos se incluye la implementación de medidas para erradicar rutinas hospitalarias que interfieren con el establecimiento de la LM. El objetivo de este estudio ha sido explorar el riesgo de no iniciar LM para los neonatos a término de dos comunidades autónomas (CCAA) según modo de parto y tipo de hospital.

Métodos: Estudio transversal con datos de nacimientos recogidos en los Registros de Metabolopatías de Cataluña (CAT) y Comunitat Valenciana (CV) (2005-2006). Poseen información acerca del tipo de lactancia instaurada en el hospital (materna vs. artificial), tipo (simple vs múltiple) y modo (vaginal vs cesárea) de parto, tipo de hospital (público vs privado), edad y país de origen materno y sexo, edad gestacional y peso del recién nacido. Se seleccionaron los nacimientos simples a término (37-41 semanas) y en cada comunidad autónoma se comparó mediante pruebas ji-cuadrado la prevalencia de LM según modo de parto y tipo de hospital. Posteriormente, mediante análisis de regresión logística simple y múltiple se analizó la asociación entre el riesgo (OR e IC95%) de no iniciar LM y el modo de parto en ambas CCAA ajustado por tipo de hospital, origen y edad de la madre y peso al nacer.

Resultados: Durante los años 2005 y 2006 se produjeron 216.854 nacimientos simples a término en ambas CCAA. La instauración de LM fue algo superior en hospitales públicos que en privados (CAT: 85,2% vs 82,9% CV: 85% vs 82,8%). De la misma manera, la prevalencia de LM fue mayor tras parto vaginal que tras cesárea (CAT: 85,5% vs 81,5% CV: 87,7% vs 76,0%), siendo mayor en la CV tras los partos vaginales y en Cataluña tras las cesáreas. Los análisis de regresión logística revelaron un incremento en el riesgo ajustado de no instauración de LM en partos con cesárea en ambas CCAA especialmente significativo en el caso de la CV (OR = 2,03 (1,94-2,12)) pero también notable en Cataluña (OR = 1,30 (1,25-1,34)).

Conclusiones: Nuestros resultados sugieren que la cesárea tiene un importante efecto en la no instauración de LM. La implantación de protocolos hospitalarios de atención al parto tras una cesárea unificados en las diferentes CCAA podría disminuir las desigualdades en la oportunidad de iniciar la LM. De cara al cumplimiento de la "Estrategia de Atención al Parto Normal" parece importante contrastar las prácticas

hospitalarias habituales en las comunidades y prestar atención a las recomendaciones propuestas en la Estrategia en partos vaginales y especialmente en partos por cesárea.

495. ESTIMACIÓN DE LA MORBILIDAD MATERNA GRAVE EN EL PARTO EN LA COMUNITAT VALENCIANA, 2006-2009

R. Mas, L. Gimeno, C. Barona

Direcció General de Salut Pública, Conselleria de Sanitat, Valencia.

Antecedentes/Objetivos: En España la mortalidad materna ha disminuido considerablemente hasta alcanzar valores muy bajos. En este contexto, la morbilidad materna grave constituye un buen indicador de la calidad de la atención obstétrica prestada. El objetivo del estudio ha sido estimar la magnitud de la morbilidad materna grave (MMG) en las mujeres que han tenido un hijo en un hospital público de la Comunitat Valenciana (CV), en el período 2006-2009, y su relación con factores sociodemográficos y obstétricos.

Métodos: Estudio descriptivo de los episodios de hospitalización por parto registrados en el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de los hospitales públicos de la CV, en el período 2006-09. En base a estudios previos y bibliografía revisada, se han seleccionado los códigos diagnósticos y de procedimientos indicativos de MMG construyéndose un indicador global de MMG compuesto por 4 categorías, tres de ellas referentes a patología obstétrica grave (eclampsia, ruptura uterina, hemorragia) y una cuarta categoría que engloba otros diagnósticos y/o procedimientos no obstétricos indicativos de procesos agudos acontecidos durante el parto o agravamiento de patologías previas. Para cada caso, se han considerado hasta 6 diagnósticos y 4 procedimientos. Las variables estudiadas han sido: edad de las mujeres, embarazo múltiple, edad gestacional en el momento del parto, tipo de parto (vaginal o cesárea) y tipo de hospital (< 300, 300-500 y > 500 camas). Se ha realizado un análisis descriptivo de los datos con el cálculo de odds ratio (OR) y sus intervalos de confianza al 95% (IC95%).

Resultados: En el período de estudio se atendieron en los hospitales públicos de la CV un total de 161.266 partos. El 4,0% de las madres tenían < 20 años, un 74,9% de 20-35 y un 21,0% más de 35 años. En el 24,3% de los casos se practicó una cesárea. Un total de 602 partos (4,0 por mil partos) fueron clasificados en al menos una de las categorías del indicador global de MMG, presentando 15 de ellos dos categorías positivas. La causa más frecuente de MMG fue la hemorragia obstétrica con transfusión, embolización o histerectomía (48,8%). La probabilidad de presentar un evento de MMG fue superior en las mujeres de 35 o más años (OR = 1,43; IC95%: 1,19-1,72), en los partos múltiples (OR = 3,69; IC95%: 2,63-5,15) y en las cesáreas (OR = 3,63; IC95%: 3,08-4,28).

Conclusiones: El aumento de la edad materna, los embarazos múltiples y la práctica de cesáreas aparecen relacionados con la presencia de MMG en el momento del parto. Un mejor conocimiento de la magnitud y las causas de MMG y de sus determinantes permitirá la implantación de mejoras en la atención al embarazo, parto y puerperio y un seguimiento de la calidad de la atención obstétrica.

220. INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO EN EL ÁREA DE GESTIÓN SANITARIA CAMPO DE GIBRALTAR, CÁDIZ

C. Montaña Remacha, D. Márquez Cruz, L.M. Rodríguez Benjumedá, A. Pérez Rodríguez, M.A. Antolín Serrano, L. Sánchez Medina

Área de Gestión Sanitaria Campo de Gibraltar.

Antecedentes/Objetivos: En Andalucía, la IVE es una prestación contemplada dentro de la sanidad pública que se garantiza fundamentalmente a través de un sistema de concierto con centros privados

acreditados para la realización de la interrupción del embarazo, siempre que se solicite acogiéndose a algunos de los supuestos contemplados en la Ley Orgánica 9/1985 de 5 de julio de despenalización del aborto en determinados supuestos. El objetivo de este estudio es conocer la situación de la IVE en el Área de Gestión Sanitaria Campo de Gibraltar (AGSCG), tanto a nivel de perfil de usuaria como a nivel de servicio prestado desde el Servicio Andaluz de Salud (SAS) para adecuarlo y unificarlo.

Métodos: Estudio descriptivo de las variables extraídas a través de los formularios de la Consejería de Salud para la prestación sanitaria para estudio y valoración de la IVE para determinar el perfil de usuaria que solicita la IVE en el AGSCG. Estudio cualitativo, a través de entrevistas, a usuarias que acuden al SAS solicitando la IVE. Las dimensiones que se pretenden explorar son variables sociodemográficas, valoración de la asistencia recibida y vivencias.

Resultados: En el período 2007-2009 se han solicitado 1.279 IVEs, observándose un preocupante aumento en el 2009 (27%, 31% y 42% respectivamente). La edad media de las mujeres es de 26,7 años (mínimo 13,9 y máximo 46,7). Un 8,9% son menores de edad. El 98% de solicitudes son realizadas antes de la 12 semana de embarazo. Destacar también el 9,3% que repiten y el 6,8% de ellas que tripiten. Casi el 75% de las usuarias son españolas, seguidas por bolivianas (9,4%), marroquíes (4,4%) y rumanas (4,4%). De los testimonios de mujeres recabados a través de las entrevistas se puede extraer que el circuito de derivación es similar en todos los centros (médico de familia, trabajador social y gestoría de usuarios) aunque no la información que se da en cada uno de ellos, sobre todo respecto al tema de planificación familiar. Entre las razones por las que las mujeres deciden interrumpir su embarazo destacan las dificultades para continuar sus proyectos personales y que su situación de pareja o laboral no es la adecuada para la crianza de un niño.

Conclusiones: El circuito de derivación funciona fácilmente en el AGSCG, aunque no existe un protocolo común para el SAS y eso da lugar a praxis diferentes en los distintos Centros de Salud. A partir de este estudio se pretende unificar el itinerario y potenciar las consultas de planificación familiar existentes para fomentar conductas generadoras de salud integral, aportando la información necesaria sobre métodos anticonceptivos, para frenar el aumento de las IVEs que se está observando en los últimos años.

587. ANÁLISIS DE LA EVOLUCIÓN DE LAS INTERRUPTIONES VOLUNTARIAS DEL EMBARAZO EN LA COMUNIDAD DE MADRID. ¿CAMBIO DE TENDENCIA?

C. Izarra Pérez, C. Pascual Izarra, J. Verdejo Ortes, C. Cevallos García, M. Ordobás Gavín

Servicio de Epidemiología, SG de Promoción de la Salud y Prevención, SERMAS; CELLS-ALBA, Laboratorio de Luz Sincrotrón.

Antecedentes/Objetivos: Las Interrupciones Voluntarias de Embarazo (IVE) se despenalizaron para tres supuestos con la LOE 9/1985: peligro para la salud física/psíquica de la embarazada, embarazo por violación denunciada y presunción de graves taras fetales. La vigilancia epidemiológica se realiza a partir de 1986. Nuestro objetivo es describir la evolución de las tasas de IVE en la Comunidad de Madrid (CM) desde 2000 a 2009 y las características de las mujeres que recurrieron a esta intervención en 2009.

Métodos: Estudio descriptivo de las notificaciones IVE (2000/2009). En primer lugar se ha analizado la evolución de la incidencia anual por mil mujeres en edad fértil (15-44 años). Posteriormente se ha realizado el ajuste de la serie en períodos cuatrisesmanales a un modelo univariante mediante enfoque de BOX-Jenkins. En segundo lugar se describen las características de las mujeres que se han sometido a IVE en 2009 para lo que se analizan las siguientes variables: edad, país de nacimiento y n.º IVE previas.

Resultados: Entre 2000 y 2009 se han notificado a la CM 161.905 IVE de mujeres residentes en la Región. La tasa anual de IVE por mil mujeres en edad fértil mostró un patrón creciente desde el año 2000 (tasa 8,5) hasta el año 2007 (tasa 14,68). En el año 2009 descendió la tasa a 13,54. Este mismo comportamiento se ha observado en el subgrupo de mujeres de 15 a 19 años (en 2007 alcanzó un valor de 17,07 y en 2009 de 13,99); En las mujeres de países distintos a España solo contamos con datos segregados para las IVE desde 2004, donde tenían una tasa de 29,53, siendo esta de 27,80 para 2009. La serie cuatrimestral se ha ajustado a un modelo ARIMA (1, 0, 0) (1, 1, 0) con coeficiente ar 0,7482 (DE 0,0471) y sar -0,4552 (DE 0,0615). Durante 2009, el número de IVE notificadas en la CM fue de 20.091, con una tasa que descendió a 13,54. La tasa más elevada se observó en el grupo etario 20-24 años con un valor de 24,93. El 54% se realizaron en las primeras 8 semanas de gestación y un 6,8% después de la semana 15. El 59,6% de las IVE notificadas en 2009 fueron de mujeres foráneas. Para el 59,1% del total de las mujeres era su primera IVE; para las mujeres no nacidas en España este porcentaje fue de 52,8%. El 28,7% del total de las IVE fueron financiadas por la Administración.

Conclusiones: Como se ha descrito, la tendencia ascendente de IVE observada desde el comienzo del registro se estacionó en 2008 y ha descendido en 2009 tanto para el total de las mujeres como para la población inmigrante. Sin embargo en los próximos años la incidencia parece que se va a estabilizar según se desprende del modelo ARIMA ajustado.

660. EXPOSICIÓN INTRAUTERINA A ANDRÓGENOS Y CÁNCER DE PRÓSTATA. ESTUDIO EXPLORATORIO EN MCC-SPAIN-MADRID

B. Pérez-Gómez, N. Aragonés, J. Burgos, A. Tabernero, V. Lope, E. Boldo, G. Castaño, M. Kogevinas, M. Pollán, et al

Área de Epidemiología Ambiental y Cáncer; Centro Nacional de Epidemiología; ISCIII; CIBERESP; Hospital Universitario Ramón y Cajal; Hospital Universitario La Paz.

Antecedentes/Objetivos: La razón entre la longitud de dedo índice y anular (R2D4D) es un rasgo fenotípico, para el que existe un claro dimorfismo sexual, que se ha propuesto como marcador de exposición a andrógenos intraútero. En las mujeres R2D4D es mayor que en los varones. En el estudio multicéntrico de casos y controles MCC-Spain se quiere estudiar el papel de las exposiciones hormonales intrauterinas en tumores prostáticos usando este indicador. Presentamos un análisis preliminar de esta asociación con los datos del nodo de Madrid.

Métodos: Hasta mayo de 2010 se reclutaron en dos áreas de salud de Madrid 221 casos incidentes de próstata y 291 controles poblacionales seleccionados aleatoriamente. Tres entrevistadoras encuestaron a los participantes en el estudio y les midieron los dedos índice y anular de ambas manos mediante pies de rey digitales con resolución de 0,05 mm. Cada medida se repitió dos veces, añadiendo una tercera medición si la diferencia entre ambas era mayor de 0,5 mm. Se calculó el índice de correlación intraclase para valorar la variabilidad de las medidas por sujeto en cada encuestadora. A partir de la media de las mediciones, se calculó la R2D4D en cada mano, se clasificó a casos y controles en tres grupos usando los terciles de R2D4D de los controles. Se calcularon los OR asociados a esta variable con modelos de regresión logística multivariante no condicional, ajustados por área de salud, edad, entrevistadora, BMI, razón cintura/cadera y nivel socioeconómico.

Resultados: Se dispuso de medición de ambos dedos de la mano derecha en 280 controles y 209 casos, y en 281 controles y 206 casos para la mano izquierda. La correlación intraclase en cada dedo fue superior a 0,98 en las tres entrevistadoras. Había una alta correlación entre las medidas de los diferentes dedos en el mismo individuo, sien-

do más elevadas ($r = 0,87$; $p = 0,000$) entre ambos índices y entre ambos anulares. El análisis multivariante mostró una disminución de riesgo significativo en los varones con valores más altos de R2D4D en la mano derecha (OR 2.º tercil: 0,86; IC95%: 0,55-1,38; OR 3.º tercil: 0,41; IC95%: 0,24-0,71; ptrend: 0,002), aunque la asociación no alcanzó la significación en la mano izquierda (OR 2.º tercil: 0,88; IC95%: 0,54-1,43; OR 3.º tercil: 0,64; IC95%: 0,39-1,07; ptrend: 0,092).

Conclusiones: Los resultados provisionales sugieren la existencia de una relación entre la razón 2D4D y el riesgo de desarrollar cáncer de próstata, y justifican el interés de profundizar en esta línea de investigación.

Financiación: Acción Transversal de Cáncer-MSC; CIBERESP; PI081770.