

## COMUNICACIONES ORALES V (10 MINUTOS)

Viernes, 19 de octubre de 2012. 09:00 a 11:00 h

Sala Ernest Lluch

Salud en las diversas etapas de la vida

*Moderadora: Pilar Guallar Castellón*

### 30. CONTROL DEL EMBARAZO EN GESTANTES INMIGRANTES

C. Pardo Serrano, J. García García, D. Gil González, M.J. García Meseguer, M. Valdés Paula, L. Fernández-Sarabia Pardo

*Universidad de Castilla-La Mancha; Universidad de Alicante; Servicio de Salud de Castilla-La Mancha.*

**Antecedentes/Objetivos:** La falta de control prenatal afecta a todas las inmigrantes, lo que se asocia a un incremento en el riesgo de mortalidad neonatal. Aunque la salud reproductiva es una prioridad sanitaria en España, la información respecto a la casuística sobre las diferencias en el control del embarazo entre inmigrantes y autóctonas, ofrece resultados discrepantes.

**Métodos:** Estudio observacional sobre 1.016 gestantes que parieron en el Hospital General de Albacete, 508 inmigrantes y 508 autóctonas, entre junio de 2008 y mayo de 2009. La categoría mujer inmigrante se fundamentó en la autoadscripción. Las fuentes de información fueron: libro de partos, historia clínica y entrevista personal. Se seleccionaron variables sociodemográficas, del parto, neonatales y de control del embarazo. Se utilizaron los criterios de la SEGO para operacionalizar las visitas de control gestacional, ecografías durante el embarazo y captación del mismo. Se generó una variable resumen denominada "control integral del embarazo" (gestantes que reunieron todos los criterios óptimos). Se utilizaron modelos de regresión logística ajustados por edad y nacionalidad.

**Resultados:** Control integral incorrecto en inmigrantes respecto a autóctonas: ORa = 4,4 (intervalo de confianza [IC] del 95%, 3,3-5,8). Las inmigrantes que hablaban regular-mal el castellano (ORa = 2,5; [IC] del 95%, 1,5-4,3), en situación de irregularidad (ORa = 1,5; [IC] del 95%, 1,1-

2,0) y con poco tiempo de residencia en España, obtuvieron los resultados más desfavorables. Se identificó baja participación en el Programa de Educación Maternal, son las inmigrantes las que menos asistieron ( $p < 0,001$ ). El nivel de instrucción evidenció que las mujeres sin estudios tuvieron peor control del embarazo (ORa = 1,7; intervalo de confianza [IC] del 95%, 1,2-2,6). Sin embargo, la nacionalidad no se asoció con la vitalidad del recién nacido.

**Conclusiones:** Las mujeres inmigrantes (fundamentalmente rumanas y marroquíes) tuvieron peor control prenatal, tomando como referencia los estándares clínicos, que las mujeres autóctonas. Especialmente aquellas sin estudios, con peor dominio del castellano, menor tiempo de residencia en España e irregulares. Se identifican situaciones innecesarias y evitables en la atención al embarazo. Las inmigrantes no son un colectivo homogéneo con una misma cultura. Los resultados sugieren una inferencia teórica con la hipótesis del inmigrante sano.

### 534. USO DE MEDICAMENTOS DURANTE EL EMBARAZO EN LAS MUJERES EMBARAZADAS DE LA COHORTE INMA-VALENCIA

A. Fayos-Fernández, C. Iñiguez-Hernández, L. Margaix-Fontestad, F. Ballester-Díez

*DGFPS-FIHGU, Conselleria de Sanitat, GV; CSISP, Universitat de València.*

**Antecedentes/Objetivos:** El consumo de medicamentos durante el embarazo puede suponer un riesgo para el normal desarrollo del embrión. El objetivo de este trabajo es describir el uso de medicamentos en mujeres embarazadas participantes en la cohorte INMA-Valencia. El actual uso y, en ocasiones, abuso de medicamentos por la sociedad en general, justifica el estudio.

**Métodos:** Estudio observacional y retrospectivo. Mediante cuestionario se recogieron datos sobre el consumo de medicamentos en el embarazo y el mes previo a la concepción en las 787 mujeres participantes. Se tipificó el medicamento según especialidad farmacéutica (EF), parafarmacia y productos homeopáticos o de herboristería. Los medicamentos se clasificaron atendiendo al segundo nivel de Clasificación Anatómica Terapéutica y Química (ATC) correspondiente a subgrupos terapéuticos. El factor de riesgo fetal (RF) según Food Drug Administration (FDA) de cada medicamento se identificó según ficha técnica.

**Resultados:** En total se declaró el consumo de 2466 sustancias, de las cuales 55 resultaron imposibles de clasificar y 95 resultaron sustancias de herboristería, homeopatía o parafarmacia. El resto (2317), fueron EF, de las que 56 eran publicitarias. De las mujeres participantes, 352 (44,7%) consumieron EF en el mes anterior al embarazo y 678, (86,1%) declararon haberlo hecho en algún momento de la gestación (mediana 2 y máximo 11). La automedicación se declaró en el 13,2% de los casos. Los subgrupos terapéuticos más frecuentes fueron: analgésicos (36,6%), antibióticos para uso sistémico (11,8%) y antihistamínicos para uso sistémico (11,4%). Los principios activos más usados fueron: paracetamol (32,7%), doxilamina/piridoxina (9,8%) y almagato (5,6%). El consumo de principios activos mostró un patrón dependiente del momento del embarazo, siendo mayor y más variado en el primer trimestre. El porcentaje de principios activos con RF elevado disminuyó de un 9,6% en el primer mes a un 3,0% en el sexto, siendo nulo a partir de ahí. La ingesta de medicación puede calificarse de esporádica (sólo un mes) en un 52,7% de casos, y continuada (al menos 7 meses) en un 2,3%.

**Conclusiones:** El consumo de medicamentos durante el embarazo en este estudio resultó frecuente y el porcentaje principios activos con riesgo fetal no despreciable. Dado el potencial riesgo para el desarrollo embrional que incorporan estas sustancias químicas, debería potenciarse su uso racional durante el embarazo. La clasificación realizada posibilitará el estudio de los factores asociados al uso inadecuado de medicamentos así como su posible impacto en la salud fetal e infantil de los niños de la cohorte.

Financiación: Red INMA G03/176, CB06/02/0041, FIS-FEDER: 03/1615, 04/1509, 04/1112, 04/1931, 05/1079, 05/1052, 06/1213, 07/0314, 09/02647,11/02591.

### 382. EMBARAZOS Y PROGRESIÓN DE LA MIOPIA: UNA EVALUACIÓN PROSPECTIVA EN LA COHORTE SUN

J.J. Beunza, N.A. Rodríguez-Marco, N. Olmo, M.J. Maldonado-López, C. Rodríguez-Díez, M.A. Martínez-González

*Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad de Navarra; Departamento de Oftalmología, Hospital de Navarra; Departamento de Oftalmología, Hospital La Inmaculada, Huércal-Overa; Departamento de Oftalmología, IOBA, Universidad de Valladolid; Departamento de Fisiología Humana, Universidad de Navarra.*

**Antecedentes/Objetivos:** Se han encontrado asociaciones directas entre el número de embarazos y la progresión de la miopía a corto plazo. Sin embargo, hasta la fecha no se ha publicado ningún estudio longitudinal a largo plazo sobre el tema. Tampoco se ha estudiado de manera prospectiva el efecto de la lactancia materna respecto a la miopía de la madre. Nuestro objetivo era evaluar prospectivamente la asociación entre el embarazo y los cambios refractivos miópicos a medio y largo plazo, así como la influencia de la lactancia materna sobre la progresión de la miopía.

**Métodos:** Incluimos 10.393 mujeres adultas participantes en la cohorte SUN entre 1999 y 2010, con hasta 10 años de seguimiento. Las participantes con patología o cirugía ocular fueron excluidas (n = 151). La información sobre el número de embarazos, meses de lactancia y cambios de refracción fue obtenida mediante cuestionarios bienales. Se recogió información acerca de la aparición de miopía o aumento de más de 0,5 dioptrías, diagnosticada por un optometrista o un oftalmólogo. Se evaluó la asociación entre el número de embarazos y lactancia como variables independientes, y el desarrollo o aumento de al menos 0,5 dioptrías de miopía como variable dependiente con modelos de regresión de Cox. Se estimaron hazard ratios (HR) ajustadas por edad, estación del año en que nació la participante, carga glucémica, exposición solar, horas de uso de ordenador y nivel educativo.

**Resultados:** Tener 2 o más embarazos se asoció inversamente con la progresión de miopía (HR = 0,75; IC95% = 0,59-0,95) comparado con no tener ningún embarazo, tras ajustar por los factores de riesgo clásicos. Sin embargo, la lactancia no se asociaba con el aumento o progresión de la miopía.

**Conclusiones:** No parece que el embarazo aumente la progresión de miopía. De hecho, nuestros resultados muestran una relación inversa, ejerciendo el embarazo un efecto protector de manera generalizada. La lactancia materna no parece estar asociada con la progresión de miopía en la madre. Podría existir confusión residual derivada de infravalorar la menor exposición a trabajos de cerca a la que están expuestas las mujeres durante los últimos meses del embarazo y durante la baja maternal.

Financiación: Instituto de Salud Carlos III (PI080819, PI1002658, PI1002293, RD06/0045, y Plan Nacional de Drogas 87/2010). Gobierno Foral de Navarra Proyectos (41/2005 y 36/2008).

### 58. MORTALIDAD GENERAL Y POR CAUSAS ENTRE LA POBLACIÓN AUTÓCTONA E INMIGRANTE DE ANDALUCÍA

M. Ruiz-Ramos, S. Juárez, F.J. García León

*Servicio de Información y Evaluación; Consejería de Salud; Junta de Andalucía; Centre for Economic Demography; Universidad de Lund, Suecia.*

**Antecedentes/Objetivos:** En países de larga trayectoria migratoria se ha encontrado que la población inmigrante experimenta una mor-

talidad más baja que la población nativa, pese a que provienen de contextos socio-económicamente más desfavorecidos y que están sometidos a desventajas sociales en el país de acogida. Por ello, nuestro objetivo es comparar la mortalidad de autóctonos e inmigrantes en Andalucía entre 2006 y 2010, y caracterizar su mortalidad por causas.

**Métodos:** Con las defunciones procedentes de las estadísticas de mortalidad por causas y las poblaciones de los padrones de habitantes agregadas por países de nacimiento en autóctonos e inmigrantes, y en los inmigrantes en seis zonas de procedencia geográfica. Se calcularon tasas brutas y estandarizadas por edad de mortalidad general y causas, para las edades de 0 a 39 años, de 40 a 65 años y de 65 años y más, para hombres y mujeres.

**Resultados:** En el grupo de 0 a 39 años los inmigrantes tuvieron mayor mortalidad que los autóctonos debido a causas externas, destacaron los africanos con tasas estandarizadas de 142 y 145 defunciones por 100.000 personas año en mujeres y hombres respectivamente. Especialmente importantes fueron las muertes por causas maternas entre las africanas. En el grupo de 40 a 64 años, las mujeres inmigrantes tuvieron mayor mortalidad que las autóctonas y los hombres menos. Sobresalieron las mujeres africanas y los hombres procedentes de Europa y Norteamérica. Y en el grupo de 65 años y más, la población autóctona tuvo mayor mortalidad que la inmigrante en ambos sexo, debido a los cánceres y cardiovasculares.

**Conclusiones:** Los resultados de este trabajo muestran una mayor mortalidad en la población nacida en el extranjero en los grupos de edades jóvenes, debido sobre todo a causas externas en los hombres y a causas relacionadas con la salud reproductiva en las mujeres. Este hallazgo refuerza la necesidad de matizar la hipótesis del "efecto del inmigrante sano". Por el contrario, se observa una menor mortalidad en la población nacida fuera con respecto a la autóctona en las edades más avanzadas en consonancia con las evidencias internacionales. En el grupo de edad intermedio, la mayor mortalidad de las mujeres inmigrantes respecto a las autóctonas es debida a una elevada mortalidad por enfermedades cardiovasculares en las mujeres nacidas en África.

### 149. ¿ES LA VIOLENCIA DE GÉNERO UNO DE LOS COSTES DE LA MIGRACIÓN? MUJERES DE MARRUECOS, ECUADOR Y RUMANÍA RESIDENTES EN ESPAÑA

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

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

**Antecedentes/Objetivos:** La población inmigrante no es un colectivo homogéneo. Características como el tiempo de estancia y país de origen pueden influir en sus circunstancias sociales y de salud. El objetivo de este estudio es analizar la prevalencia y probabilidad de violencia de género (VG) en la pareja (psicológica, física-sexual, ambas) en mujeres de Marruecos, Ecuador y Rumanía según su tiempo de estancia en España.

**Métodos:** En 2011, se realizó un estudio transversal con 1.600 mujeres de Marruecos, Ecuador y Rumanía cuyo nivel de castellano les permitiera contestar a las encuestas (una administrada por entrevistadoras y otra -con preguntas sobre violencia de género- auto administrada). Estudio descriptivo de variables sociodemográficas (edad, estado civil, nivel educativo, nivel de religiosidad, salario, clase social ocupacional) y administrativas (permiso de trabajo, permiso de residencia, nacionalidad española), estratificando por tiempo de estancia (más y menos de 10 años) y país de origen. También las variables de VG a lo largo de la vida (en el último año, medida a través del Index of Spouse Abuse y anterior al último año) y sus características (tipos, duración, edad de

inicio, país en el que comenzaron los malos tratos). Regresión logística multivariante, siendo VG la dependiente y las sociodemográficas, administrativas y tiempo de estancia las independientes y de ajuste.

**Resultados:** La prevalencia de VG fue del 17,8%, siendo más frecuentes los casos de violencia psicológica-física-sexual. Se observó una mayor prevalencia de VG en inmigrantes con más de 10 años de estancia en España (18,25%). La duración media de esta situación fue de 6 años y la edad de inicio 25 años. Los casos de VG que en su mayoría comenzaron en España fueron los de marroquíes y ecuatorianas. El 55% de casos en rumanas comenzaron en su país de origen. Se observó una asociación estadísticamente significativa entre VG y llevar más de 10 años de estancia en España en el colectivo de rumanas (ORa 2,48 [IC95% 1,12-5,48]). Para todos los grupos, estar separada o divorciada (4,84 [2,53-9,26]) y tener más de 40 años (2,5 [1,49-4,21]) se asoció a una mayor probabilidad de VG. Se identificó el nivel bajo de religiosidad como potencial factor protector (0,65 [0,45-0,95]).

**Conclusiones:** El mayor tiempo de residencia en España no protege de la violencia de género, por otro lado, muchas de las situaciones de violencia se iniciaron en España, por lo que la violencia de género puede estar explicada por determinantes sociales relacionados con la experiencia migratoria en España.

Financiación: Fondo de Investigaciones Sanitarias, Instituto Carlos III y Ministerio Innovación y Ciencia al Proyecto "Violencia de Género en Mujeres Inmigrantes. Factores de Riesgo y Determinantes de Acceso a los Servicios Socio Sanitarios" PI10/00151.

## 214. VIOLENCIA DE PAREJA Y DISCAPACIDAD. PERCEPCIÓN SOBRE LA ATENCIÓN SANITARIA

I. Ruiz Pérez, G. Pastor Moreno, G. Maroto Navarro, V. Escribá Agüir

*Escuela Andaluza de Salud Pública; Dirección General de Salud Pública, Conselleria de Salut, Valencia.*

**Antecedentes/Objetivos:** La violencia de pareja es un problema social y sanitario y a pesar de la creciente investigación sobre el tema, disponemos de pocos datos sobre las especificidades de la violencia de pareja en mujeres discapacitadas. Algunos estudios indican que tienen más riesgo de sufrir abusos sexuales y físicos y se han documentado formas de violencia de pareja relacionadas con la propia discapacidad. Un porcentaje significativo de mujeres busca ayuda en los servicios de salud; sin embargo se desconoce su opinión acerca de su experiencia con la atención recibida. El objetivo de este trabajo es conocer la percepción y expectativas de las mujeres con discapacidad que han sufrido maltrato sobre la atención sanitaria recibida.

**Métodos:** Estudio cualitativo-fenomenológico en Andalucía en 2011, a través de entrevistas en profundidad semi-estructuradas a mujeres discapacitadas que han sufrido violencia de pareja. Se realizó una consulta a 5 expertas en discapacidad y género para definir las dimensiones de estudio y se entrevistaron 14 mujeres con diferentes tipos y grados de discapacidad de un rango de edad de 34 a 66 años. Se garantizó la confidencialidad de los datos aportados y se solicitó firma de consentimiento. Las sesiones de entrevista se transcribieron y se realizó un análisis de contenido categorial temático.

**Resultados:** La violencia de pareja en mujeres discapacitadas sigue los patrones habituales de maltrato de género (maltrato psicológico, físico, sexual y económico y desatención de obligaciones familiares). Pero algunas discapacidades, como la falta de visión o de audición, se utilizan para causar daños o abusos. La dependencia de la pareja para iniciar cualquier trámite sitúa a estas mujeres en una posición de subordinación que puede prolongar la situación de violencia. Cuando los servicios no están adaptados se propicia una barrera para el acceso a los recursos disponibles. La actitud mostrada por el personal sanitario es fundamental en la gestión de la violencia de género, pero ellas perciben la atención sanitaria como deshumanizada y consideran que la

calidad depende del profesional que atiende. Detectan déficit de personal (psicólogos/as, trabajadores/as sociales) pues las listas de espera son amplias y el proceso se eterniza.

**Conclusiones:** La confluencia de discapacidad y maltrato de pareja pone a las mujeres que la sufren en una situación de enorme inseguridad, pues a las barreras habituales se añaden obstáculos específicos (falta de movilidad, de audición, de visión, etc.). Cuando los servicios sanitarios no tienen en cuenta la discapacidad, la atención no es integral ni efectiva.

Financiación: Consejería de Salud. Junta de Andalucía.

## 346. PREVALENCIA DE SOBREPESO Y OBESIDAD ENTRE ESCOLARES DE PRIMARIA DEL PROYECTO POIBA DE BARCELONA

C. Ariza, S. Valmayor, F. Sánchez-Martínez, G. Serral, M. Pasarín, E. Díez, O. Juárez, C. Castell, L. Rajmil, et al

*Agència de Salut Pública de Barcelona; CIBER en Epidemiología y Salud Pública;; Instituto de Investigación Biomédica Sant Pau; Agència de Salut Pública de Catalunya; Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut.*

**Antecedentes/Objetivos:** La obesidad infantil es un problema epidémico a nivel mundial. En 2010 se inició el proyecto de Prevención de la Obesidad Infantil en Barcelona (POIBA) que consiste en el diseño y evaluación de una intervención preventiva. En este marco, se describe la prevalencia basal de sobrepeso y obesidad entre los escolares de 8-9 años participantes en el proyecto POIBA.

**Métodos:** Estudio descriptivo transversal. Se describen datos procedentes del pre-test del proyecto evaluativo. Se midió el peso y la talla de cada escolar y se administró una encuesta informatizada en el aula. Se determinó el índice de masa corporal (IMC). El sobrepeso (percentiles > 85 y < 97) y la obesidad (percentiles > 97) se definieron con los percentiles de la OMS (2007), según edad y sexo. El nivel socioeconómico (NSE) se midió con la Family Affluence Scale (FAS), categorizando en tres niveles (alto, medio, bajo) y con la renta familiar disponible (RFD) de la ciudad de Barcelona (2008), que se dicotomizó en niveles de renta desfavorecidos (< 85) y favorecidos (> 85). Se calculó la prevalencia de sobrepeso y obesidad y se estratificó por edad, sexo y nivel socioeconómico (individual o familiar-FAS y ecológico o del barrio donde está situada la escuela-RFD).

**Resultados:** Se presentan datos de 3.503 escolares, de los que 1.753 (50%) eran varones, 2.711 (67%) tenían 9 años y 2.445 (60,4%) un NSE medio o alto, según el índice FAS. La prevalencia de sobrepeso fue de 35,4% y de obesidad de 16%. No había diferencias en el sobrepeso según sexo y edad. En cambio, la obesidad era más frecuente en los niños (17,1%) que en las niñas (14,9%) y, entre los niños, mayor a los 8 años (19,4%) que a los 9 años (16,8%). Tanto el sobrepeso como la obesidad eran más frecuentes en escolares de escuelas en barrios de RFD < 85 (40,5% y 20,5%) que en las de barrios de NSE favorecido (31,4% y 12,4%, respectivamente). Asimismo el sobrepeso según FAS era del 41,4% en el NSE bajo por 32,6% en el alto y la obesidad del 24,3% y del 12,9%, respectivamente. Todas estas diferencias según NSE eran estadísticamente significativas ( $p < 0,001$ ) en ambos sexos.

**Conclusiones:** Se observa una alta prevalencia de sobrepeso y obesidad, con exceso de peso en más de la mitad de la muestra. La obesidad es algo más frecuente en los niños que en las niñas. Tanto el sobrepeso como la obesidad se muestran como ejemplos de desigualdad social en salud, siendo mucho más prevalentes en los barrios más desfavorecidos de la ciudad y en los escolares de NSE bajo a nivel individual.

Financiación: Proyecto FIS PI09/02259.

### 392. PREVALENCIA DE PROBLEMAS DE SALUD MENTAL EN UNIVERSITARIOS ESPAÑOLES

A.J. Molina de la Torre, C. Ayán Pérez, E. Jiménez Macías, T. Fernández Villa, J.M. Cancela Carral, J.J. Jiménez Moleón, V. Martín Sánchez

*IBIOMED Universidad de León; Universidad de Granada; Universidad de Vigo; CiberESP.*

**Antecedentes/Objetivos:** Los trastornos mentales son enfermedades prevalentes y con un gran impacto en la salud pública. Los resultados de la ENS 2006 que incluyó el General Health Questionnaire-12 (GHQ12) para evaluar el riesgo de dichas patologías, detectaron prevalencias del 24,6% en mujeres y del 14,7% en hombres, con diversos factores de convivencia, estado de salud y situación laboral, asociados a dichas prevalencias. Algunos estudios europeos señalan que dichas prevalencias son aún mayores entre estudiantes universitarios con valores entre el 30% y el 50%, no habiéndose referido valores en España empleando dicho instrumento en universitarios. Por ello, el objetivo de este estudio es conocer la prevalencia de universitarios en riesgo de sufrir problemas de salud mental y su asociación con variables demográficas, educativas y de salud en España.

**Métodos:** Estudio multicéntrico con estudiantes de las Universidades de Granada, León y Vigo. Para la recogida de información, se realizó un muestreo de conveniencia a través de los correos y páginas institucionales de las universidades colaboradoras. Se les realizó un cuestionario online que incluía el GHQ12 para el cribado de salud mental, además de cuestiones sobre aspectos demográficos, educativos y de salud.

**Resultados:** Respondieron al cuestionario 769 estudiantes (28,7% hombres y 71,3% mujeres) con una edad media de 22,1 años y un rango entre 18 y 55 años. La puntuación media del test fue de 3,3 (DE = 3,1). Considerando en riesgo a aquellos con 3 o más puntos en el GHQ-12, las prevalencias fueron del 43% en varones y del 53,5% en mujeres, existiendo diferencias significativas entre sexos ( $p = 0,008$ ). No se hallaron diferencias en función de la edad, la universidad ni la rama de conocimiento estudiada. Se encontró una clara asociación entre el estado de salud percibida y el GHQ-12 ( $p < 0,001$ ).

**Conclusiones:** Aunque existen limitaciones derivadas del diseño del estudio y del cuestionario empleado, las elevadas prevalencias encontradas respecto a las indicadas para la población general española resaltan la necesidad de profundizar en la valoración del estado de salud de los estudiantes universitarios.

Financiación: Plan Nacional Sobre Drogas. 2010i145.

### 193. COMPLEJO INFECCIOSO PREVALENTE EN EXTRANJEROS HOSPITALIZADOS, 2006-2010

E. Navarro-Calderón, R. Borràs, I. Abad, F.J. Roig-Sena, R. Romero, F. Taberner, A. Salazar

*Centro de Salud Pública, Valencia; Departamento de Microbiología, Facultad de Medicina, Valencia; Departamento de Historia de la Ciencia y Documentación, Facultad de Medicina, Valencia; UDCA, Hospital Universitario Dr. Peset; UDCA, Hospital Clínico Universitario.*

**Antecedentes/Objetivos:** Las enfermedades infecciosas se presentan frecuentemente asociadas entre sí. Conocer si existen patrones de asociación puede ser útil en la asistencia sanitaria a grupos vulnerables. Objetivo: establecer los complejos infecciosos más prevalentes en extranjeros.

**Métodos:** Estudio longitudinal observacional retrospectivo. Fuente: altas hospitalarias de los 5 hospitales públicos de nuestra ciudad. Se recuperaron los diagnósticos al alta de los sujetos con país de nacimiento diferente a España o desconocido (los desconocidos se revisan en el Sistema de Información Poblacional) con estancia igual o superior a 24 horas entre el 01/01/2006 y 31/12/10. Para establecer la asociación en-

tre enfermedades infecciosas se definió "Complejo Infeccioso Prevalente" como la coincidencia diagnóstica en el mismo proceso de hospitalización de más un diagnóstico infeccioso, de entre los que se determinaron como frecuentes. Estadísticos utilizados: razón de prevalencias (intervalo confianza 95%), Ji-cuadrado.

**Resultados:** Se establecieron múltiples relaciones entre infecciones y diagnósticos inespecíficos y entre diagnósticos relacionados etiológicamente. Entre las infecciones no relacionadas directamente, las mayores razones de prevalencia correspondieron a: meningitis-parásitos (RP: 43,80; IC95% 27,18-70,58;  $p < 0,001$ ); micosis-meningitis (RP: 24,51; IC95% 12,13-49,50;  $p < 0,001$ ); VIH-micosis (RP: 22,75; IC95% 15,24-33,96;  $p < 0,001$ ); VIH-tuberculosis (RP: 15,86; IC95% 12,40-20,28;  $p < 0,001$ ) y sepsis-infección urinaria (RP: 12,38; IC95% 8,49-18,06;  $p < 0,001$ ). El 81,3% de los complejos meningitis-parásitos no palúdicos se dio en mujeres (69% africanas), predominando la meningitis por toxoplasma. La micosis-meningitis se dio en hombres americanos (33% bolivianos) diagnosticados de meningitis por *Criptococo*, especialmente en VIH. VIH-micosis se presentó en hombres europeos (33%), africanos (25%) y americanos (25%). VIH-tuberculosis se dio principalmente en hombres, siendo su origen en el 46% de los casos africano y en el 30% americano. Finalmente el complejo sepsis-infección urinaria se dio en mujeres (60% en americanas).

**Conclusiones:** Los principales diagnósticos infecciosos suelen presentar, como diagnósticos secundarios, otros inespecíficos asociados que no aportan información al mismo. Los diagnósticos secundarios se utilizan, en ocasiones, para establecer la etiología de una infección registrada en el diagnóstico principal. Las mayores asociaciones entre patologías infecciosas se dan en pacientes VIH y en originarios de África y América.

Financiación: Ayuda adjudicada para Proyectos de Investigación. 026/2011 Fundación Investigación Hospital General Universitario Valencia. I.P. Dra. Irene Abad Pérez.

### 197. PREVALENCIA DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS EN EXTRANJEROS Y AUTÓCTONOS, 2006-2010

E. Navarro-Calderón, R. Borràs, F.J. Roig-Sena, A. González, E. Gosálbez, A. Salazar

*Centro Salud Pública de Valencia; Departamento de Microbiología, Facultad de Medicina, Valencia; UDCA, Hospital Arnau de Vilanova; UDCA, Hospital Universitario La Fe.*

**Antecedentes/Objetivos:** Desconocer el número de extranjeros que viven en nuestra Comunidad imposibilita estimar tasas por la ausencia de denominadores. Ello impide la comparación de prevalencias de enfermedades infecciosas entre extranjeros y autóctonos. Objetivo: estimar la razón de prevalencia de enfermedades infecciosas entre extranjeros y autóctonos en ingresados.

**Métodos:** Estudio longitudinal observacional retrospectivo. Fuente: altas hospitalarias de los 5 hospitales públicos de nuestra ciudad. Se recuperaron los diagnósticos al alta de los sujetos con estancia igual o superior a 24 horas entre el 01/01/2006 y 31/12/10. Se define extranjero como sujeto con país de nacimiento diferente a España o desconocido (los desconocidos se revisan en el Sistema de Información Poblacional). Se calcularon las frecuencias absolutas de los diagnósticos infecciosos. La comparación estadística se realizó mediante la razón de prevalencias con respecto a los diagnósticos de pacientes autóctonos (IC95%) y la Ji-cuadrado.

**Resultados:** Mayor probabilidad de encontrar pacientes extranjeros que autóctonos para malaria (RP: 22,54; IC95%: 17,91-28,36;  $p < 0,001$ ), gastroenteritis (RP: 2,35; IC95%: 1,98-2,80;  $p < 0,001$ ), tuberculosis (RP: 2,22; IC95%: 2,02-2,43;  $p < 0,001$ ), infestación por parásitos no palúdicos (RP: 1,56; IC95%: 1,34-1,81;  $p < 0,001$ ) o meningitis (RP: 1,37; IC95%: 1,13-1,67;  $p < 0,05$ ). Dicha asociación no se establece para micosis (RP: 1,16; IC95%: 0,99-1,36;  $p > 0,05$ ), hepatitis (RP: 1,01; IC95%:

0,93-1,09;  $p > 0,05$ ), VIH (RP: 1,01; IC95%: 0,92-1,11;  $p > 0,05$ ) y neumonía (RP: 0,36; IC95%: 0,34-0,39;  $p < 0,001$ ). El cálculo por región evidenció que la característica "africano" se encuentra asociada a todas las infecciones estudiadas, excepto en neumonías. Proceder de América se asoció con malaria, gastroenteritis, tuberculosis y la infestación por parásitos no palúdicos. Los procedentes del Mediterráneo oriental con malaria, tuberculosis e infestación por parásitos no palúdicos. El origen europeo a gastroenteritis, tuberculosis, meningitis y hepatitis. Los procedentes de Asia sudoriental a malaria y tuberculosis. Los individuos de origen desconocido se asociaron a gastroenteritis, tuberculosis, meningitis y VIH.

**Conclusiones:** Todas las infecciones más frecuentes, excepto las neumonías, se encuentran asociadas a alguna de las regiones de procedencia de los extranjeros, presentando diferencias con la población española. África es la región con mayor número de infecciones asociadas. Los pacientes de origen desconocido presentan infecciones posiblemente relacionadas con las condiciones de vida en nuestro entorno.

Financiación: Ayuda adjudicada para Proyectos de Investigación. 026/2011 Fundación Investigación Hospital General Universitario Valencia. I.P. Dra. Irene Abad Pérez.