

SESIÓN DE PÓSTERES III

Jueves, 18 de octubre de 2012. 17:30 a 18:30 h

Pantalla 1

Estilos de vida

Modera: Mónica Pérez Ríos

16. UNIVERSITARIOS Y HÁBITOS DE VIDA: COHORTE DE SEGUIMIENTO. PROYECTO UNIHCO

T. Fernández Villa, J. Llorca Díez, M. Delgado Rodríguez, E. Jiménez Mejías, C. Ayán Pérez, A.J. Molina de la Torre, A. Bueno Cavanillas, J.M. Cancela Carral, V. Martín Sánchez, et al

IBIOMED. Universidad de León; Universidad de Cantabria; Universidad de Jaén; Universidad de Granada; Universidad de Vigo.

Antecedentes/Objetivos: Los estilos de vida tienen un importante papel dentro de los determinantes de la salud, siendo la inadecuada

nutrición, el sedentarismo y el consumo de drogas tanto legales como ilegales las principales causas de morbilidad y mortalidad evitables en el mundo desarrollado. Los hábitos de vida se adquieren durante la infancia y adolescencia, pero se asientan a edades más adultas, siendo la vida universitaria una etapa de cambios fisiológicos, sociológicos o culturales, relevantes en la conformación de los estilos de vida del individuo y que pueden determinar su estado de salud futuro. La gran mayoría de los estudios llevados a cabo en nuestro país sobre estos problemas, son de prevalencia, descriptivos y de carácter local, centrados fundamentalmente en población adolescente. Por el contrario, los estudios de cohortes que suministran información relevante y a menudo son la única oportunidad de observar relaciones entre los estilos de vida y la salud, son escasos. Por ello el objetivo del proyecto uniHcos (Universitarios y Hábitos de Vida: Cohorte de seguimiento), es iniciar una cohorte de universitarios que permita establecer la incidencia, prevalencia, tendencia y consecuencias para la salud del consumo de drogas y los otros hábitos estudiados.

Métodos: Estudio de cohorte multicéntrico de alumnos de primer año y primera matrícula de las universidades participantes: Cantabria, Granada, Jaén, León y Vigo. La captación de los estudiantes se realizará a través de los correos electrónicos institucionales. Inicialmente, a través de un cuestionario online ad hoc de 377 ítems, se recogerá información sobre el estado de salud actual y diferentes estilos de vida (alimentación, actividad física, consumo de drogas, seguridad vial, discriminación, uso de nuevas tecnologías, etc.). Con una frecuencia bienal se repetirá de nuevo el mismo cuestionario para observar posibles cambios. Para facilitar el seguimiento del proyecto, se ha creado un blog y diferentes perfiles en redes sociales.

Resultados: El trabajo de campo ha comenzado en la Universidad de León, habiéndose recibido hasta el momento los cuestionarios iniciales de 117 estudiantes, 72 en el campus de León y 45 en el de Ponferrada, correspondientes a la titulación del Grado de Enfermería.

Conclusiones: Este estudio permitirá obtener datos descriptivos referentes a estilos de vida en un amplio número de universitarios españoles, y analizará la influencia de la vida universitaria en la aparición de problemas de salud futuros.

Financiación: Plan Nacional Sobre Drogas. 2010i145.

27. PATRONES ALIMENTARIOS EN 2 PAÍSES CON DISTINTO NIVEL SOCIOECONÓMICO: BRASIL Y ESPAÑA

P. Dal Bó Campagnolo, R.L. Henn, L.F. Valero Juan, R. Mateos Campos
Universidad do Vale do Rio dos Sinos, Brasil; Universidad de Salamanca.

Antecedentes/Objetivos: Los datos sobre adquisición domiciliar de alimentos permiten conocer la tendencia del consumo en la población y sus efectos sobre la salud. El objetivo del estudio fue describir la adquisición per cápita de alimentos, y su evolución, en dos países con distinto nivel socioeconómico: Brasil y España.

Métodos: Para Brasil se utilizaron datos de la Encuesta de Presupuesto Domiciliar de 2002-03 (48.470 hogares) y de 2008-09 (55.970 hogares), realizadas por el Instituto Brasileño de Geografía y Estadística. En España, los datos proceden de la Encuesta de Panel de Hogares de 2004 (6.000 hogares) y de 2011 (12.000 hogares), realizadas por el Ministerio de Agricultura, Alimentación y Medio Ambiente. Los alimentos fueron clasificados en marcadores estándar de patrones de alimentación saludable y no saludable. La cantidad anual per cápita de cada producto, expresada en kilos, fue obtenida por la relación entre el total adquirido y la población residente estimada. Se analizaron las diferencias y similitudes presentadas, a lo largo del tiempo, en los dos países.

Resultados: En Brasil, los alimentos que tuvieron un aumento importante entre los dos periodos fueron: platos preparados (+526,1%), pan integral (+158,1%), huevos (+87,6%), cereales (+81,6%), zumos

(+37,7%), chocolate (+33,6%) y frutos secos (+33,3%). En España fueron la carne congelada (+151,4%) y los condimentos (+167,2%). Disminuyó el consumo temporal de: otras grasas (-60,3%) y leguminosas (-25,7%), en Brasil, y de otros aceites (-58,2%) y licores (-49,74%) en España. En Brasil se produjo un aumento en la adquisición de cinco tipos de alimentos marcadores de patrón saludable: pan integral, frutos secos, frutas frescas, aceitunas y vino; y de cuatro tipos en España: verduras y otros tubérculos; frutas frescas, frutos secos y carne de pollo. Los marcadores no saludables que disminuyeron fueron: dulces, grasas y patatas, en Brasil, y patatas y margarina en España.

Conclusiones: Los resultados reflejan el patrón de desarrollo económico experimentado por Brasil en los últimos años, caracterizado por un mayor poder adquisitivo de la población, asociado a un aumento de la adquisición de alimentos propios de los países industrializados y una reducción del consumo de alimentos tradicionales, tales como las leguminosas. En España, con poca variación observada en el consumo entre los dos periodos, disminuye la adquisición de alimentos propios de la dieta mediterránea; situación que nos puede servir de alerta sobre la situación epidemiológica futura de las enfermedades no transmisibles.

365. FACTORES NUTRICIONALES EN EL CONTROL DE LOS PACIENTES CON PSORIASIS

M. Morales Suárez-Varela, P. Reguera Leal, A. Llopis González

Universidad de Valencia; CIBER Epidemiología y Salud Pública; Centro Superior de Investigación en Salud Pública (CSISP).

Antecedentes/Objetivos: Se trata de conocer los patrones de ingesta de los individuos que presentan psoriasis en comparación con individuos que no presentan la enfermedad, sus características clínicas y el estudio de la relación entre la ingesta y la clínica de la psoriasis.

Métodos: Fue un estudio llevado a cabo en dos etapas, una revisión bibliográfica y un estudio de campo caso/control mediante entrevista, usando como herramienta El Cuestionario de Registro del Consumo de Alimentos para tres días, en el que han participado 25 casos y 79 controles. Los casos y los controles se aparearon por edad y sexo. Las comparaciones entre los grupos considerados se realizaron mediante pruebas de chi-cuadrado o t de Student, según la naturaleza de las variables correspondientes. Valores de $p < 0,05$ se consideraron como estadísticamente significativos.

Resultados: El 42,9% presentaron el primer brote entre los 20-30 años, el 36% presentó psoriasis vulgar, fue la más común, un 45,9% presenta una psoriasis continua. El 75% de los pacientes con psoriasis presentan el sistema cardiovascular afectado. Se observó que los pacientes con psoriasis presentaron mayor IMC ($p < 0,012$) con consumo inferior de calorías, los casos presentaron consumo medio de $2.523,88 \pm 788,64$ y los controles $2.291,05 \pm 616,24$. Se observó en los casos y en los controles que los requerimientos de los AGPI $\omega 3$ y $\omega 6$ son deficientes, el consumo de vitamina K, A y tiamina, vitamina B6, B12, C, niacina, ácido pantoténico, fósforo y selenio es superior a la recomendación, existe deficiencia en el consumo de vitamina D, ácido fólico, biotina, calcio, potasio y flúor; el consumo de riboflavina fue excesivo en los casos y deficiente en los controles. Entre los casos y los controles no existe diferencia significativa, respecto la ingesta calórica, macronutrientes, carbohidratos, fracción lipídica y aminoácidos. Sin embargo se observa diferencias significativa en el consumo de vitamina K ($p < 0,013$) consumo inferior en los casos de ácido fólico ($p < 0,041$), existe diferencia entre el níquel ($p < 0,037$) y el bromo ($p < 0,029$) observándose un consumo superior en los controles. Consumo superior de los controles de cafeína ($p < 0,009$), quercetina ($p < 0,050$) y consumo superior de celulosa ($p < 0,037$) por parte de los controles.

Conclusiones: Los pacientes con psoriasis presentan un metabolismo alterado que les predispone a la ganancia de peso y a padecer en-

fermedades cardiovasculares. Para mejorar la calidad de vida de los pacientes con psoriasis en la población adulta habría que disminuir la ingesta calórica y aumentar el consumo de frutas y verduras frescas así como de pescado azul.

432. CONCENTRACIÓN DE SULFITOS RESPECTO DE LA CANTIDAD DE ALCOHOL COMO BASE PARA ESTIMAR LA CANTIDAD DE INGESTA MÁXIMA DE VINO BLANCO

J.F. Hidalgo, J. Alguacil, R. Capelo, P. Martín

Servicio Andaluz de Salud; Universidad de Huelva; Escuela Andaluza de Salud Pública.

Antecedentes/Objetivos: La OMS establece un ingesta diaria máxima de alcohol de 40 g en hombres y 32 g en mujeres. Para sulfitos este valor es de 49 g para ambos sexos. La concentración máxima permitida en vino blanco joven del Condado de Huelva es de 0,21 g/L para sulfitos, y de 94,7 g/L para alcohol. Actualmente, la mayoría de los profesionales de la salud recomiendan una cantidad máxima de consumo de vino blanco basada en su concentración de alcohol, sin embargo, dependiendo de la cantidad de alcohol y de los niveles de sulfitos en el vino, la ingesta máxima de vino recomendada podría depender de la concentración de sulfitos en lugar de la de alcohol.

Métodos: Se seleccionaron al azar 141 muestras de vino blanco con denominación de origen "Condado de Huelva" (campaña 2006/7) en las que se determinó la concentración de sulfitos mediante el ensayo de Ripper. Cada muestra fue obtenida de un tonel diferente de 500 L que posteriormente sería embotellado para consumo público bajo la categoría de "Vino Joven Condado de Huelva". Estos vinos contienen un porcentaje en volumen de alcohol entre 10-12% (78,9-94,7 g/L).

Resultados: Asumiendo un escenario donde toda la ingesta diaria de alcohol procediese del vino blanco con 12% de alcohol, la ingesta máxima recomendada de vino blanco sería de 338 mL en mujeres y 422 mL en hombres. Las concentraciones de sulfitos en vino blanco que proporcionan 49 mg de sulfitos al día con un consumo de 338 mL de vino blanco/día o 422 mL/día son 145 mg/L y 116 mg/L, respectivamente. Ambas concentraciones están por debajo de la concentración máxima de sulfitos permitida en el vino blanco. La mediana de la concentración de sulfitos en las 141 muestras fue de 105 mg/L (percentil 5%-95% = 66-244 mg/L). El 38% de las muestras analizadas presentaron niveles de sulfitos superiores a 116 mg/L, y el 28% por encima de 145 mg/L. Los hombres que consumiesen 422 mL de un vino blanco del Condado de Huelva para consumir el máximo de vino blanco sin sobrepasar la ingesta máxima diaria de alcohol, tendrían una probabilidad del 38% de sobrepasar la ingesta máxima diaria recomendada de sulfitos. Dicha probabilidad para mujeres, con un consumo diario de 338 mL de vino blanco diario sería del 28%.

Conclusiones: La concentración de sulfitos debería tenerse en cuenta de cara a la recomendación sobre volumen de ingesta máximo de vino blanco.

429. CONSUMO DE ALCOHOL Y ACCIDENTES DE TRÁFICO: ¿DEBEMOS AJUSTAR POR LA DISTANCIA RECORRIDA?

P.A. de la Rosa, J.M. Núñez-Córdoba, A. Gea, M. Bes-Rastrollo, J.J. Beunza, M.A. Martínez-González

Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidad de Navarra.

Antecedentes/Objetivos: La relación alcohol-accidente de tráfico se ha valorado extensamente, pero existen pocos estudios que tengan en cuenta el patrón de consumo y además ajusten por los kilómetros conducidos al año. Nuestro objetivo fue determinar en qué medida la relación entre el patrón de consumo de alcohol y la incidencia de accidente de tráfico está confundida por los kilómetros recorridos.

Métodos: Durante un periodo de 11 años, se siguió a 16.910 graduados de la cohorte SUN mediante cuestionarios que incluían preguntas sobre hábitos de conducción e ingesta de alcohol. Se construyó un índice que puntuaba de 0 a 5 el patrón de consumo de alcohol asignando 1 punto por consumir alguna vez alcohol antes de conducir, 1 punto por ingestas de alcohol superiores a 30 g/d (varones) o 15 g/d (mujeres), 1 punto por consumos superiores a 5 unidades en días entre semana, 1 punto por consumos superiores a 5 unidades en días de fin de semana y 1 punto por consumos superiores a 5 unidades en celebraciones especiales (bodas, bautizos y otras festividades). Este índice global (rango 0 a 5) fue incluido como variable independiente en modelos de regresión de Cox, tomando como variable dependiente la incidencia de accidente de tráfico (sin necesidad de que se acompañase de hospitalización).

Resultados: La distribución de sujetos según el índice de consumo de alcohol fue: 0 puntos: 41%; 1 punto: 32%; 2 puntos: 12%; 3 puntos: 9%; 4 puntos: 5%; 5 puntos: 0,9%. Durante el seguimiento 1132 sujetos comunicaron haber padecido un accidente de tráfico. La hazard ratio cruda para los que puntuaron por encima de 2 en el índice de consumo de alcohol fue de 1,23 (intervalo de confianza al 95% [IC95%] 1,07-1,43; $p = 0,005$). Tras ajustar por sexo y edad, el valor de hazard ratio fue de 1,18 (IC95% 1,01-1,38; $p = 0,032$). Tras ajustar adicionalmente por distancia recorrida al año en coche (5 categorías) y en moto (5 categorías), el valor de hazard ratio para el índice de consumo de alcohol (> 2 vs ≤ 2 puntos) fue de 1,15 (IC95% 0,98-1,34; $p = 0,085$). La asociación entre distancia recorrida tanto en coche como en moto fue de mayor magnitud y presentó alta significación estadística para su tendencia lineal ($p < 0,001$).

Conclusiones: En esta cohorte se apreció el papel confusor de los kilómetros conducidos al año en la relación entre patrón de consumo de alcohol y accidente de tráfico. Se debe ajustar por los kilómetros conducidos en futuros análisis de la relación entre estilos de vida y accidentes de tráfico.

Financiación: Instituto de Salud Carlos III, Proyectos PI070240, PI070312, PI081943, PI080819, PI1002658, PI1002293, RD06/0045 (PREDIMED) y Plan Nacional de Drogas, Proyecto 87/2010.

143. DESCRIPCIÓN EVOLUTIVA DE TABAQUISMO EN UNA INSTITUCIÓN SANITARIA. ¿HEMOS MEJORADO O SEGUIMOS IGUAL?

J.M. Reyes, A. Burón, M. Sala, M. Román, C. Serra, F. Macià

Servicio de Epidemiología y Evaluación, PSMAR; Unidad Docente de Medicina Preventiva y Salud Pública Parc de Salut Mar-UPF-ASPB; Comisión "Hospitales Libres de Humo", PSMAR; Institut de Recerca PSMAR-IMIM; Servicio de Salud Laboral, PSMAR.

Antecedentes/Objetivos: El objetivo de este estudio es estimar la prevalencia de consumo de tabaco en una institución sanitaria de Cataluña a través de cuatro encuestas sucesivas (2001-2011), que evaluaron conocimientos y actitudes frente al hábito tabáquico y a las medidas legislativas implantadas a través del tiempo por medio de la red catalana de "Hospitales libres de humo".

Métodos: Encuesta validada de prevalencia del consumo de tabaco, realizada en 2001, 2004, 2009 y 2011, a 310, 276, 486, 384 trabajadores activos, respectivamente. Los trabajadores entrevistados fueron seleccionados por muestreo aleatorio estratificado según sexo, edad y categoría laboral. El tamaño necesario de las muestras fue calculado para un error máximo del 5%, un nivel de confianza del 95%, y una prevalencia de fumadores del 30%.

Resultados: La tendencia de consumo de tabaco aumenta progresivamente, desde el 2001 hasta el 2009, y en el 2011 se observa un descenso significativo. Prevalencia de fumadores fue de 30%, 34,8%, 36,5% y 29,5%, en el 2001, 2004, 2009 y 2011, respectivamente. Por colectivo laboral, la prevalencia en el personal médico persiste en el 20% ($p =$

0,005), en el personal administrativo aumenta de 21,9% (2001) a 31,7% (2011) ($p < 0,001$). En cambio en enfermería, la prevalencia de fumadores disminuye de 62,3% (2001) a 37,3% (2011) ($p = 0,005$). Posterior a la introducción de la Ley 42/2010, en el 2011 el porcentaje de personas expuestas al humo de tabaco disminuye un 56,4% en fumadores y un 72,9% en no fumadores ($p < 0,001$), en comparación con el 2001. En cuanto a los lugares de consumo, disminuye el consumo de tabaco en zonas restringidas por el programa, pero aparecen nuevos lugares no descritos previamente.

Conclusiones: A pesar de que la prevalencia de fumadores comienza por primera vez a disminuir, persiste alta. Se observa una reducción en el tiempo de exposición de los trabajadores sanitarios a ambientes cargados de humo, lo que indica que el Programa HSF ha ayudado al descenso, pero es la introducción de la Ley 42/2010 la que marca el cambio. Por tanto son necesarias nuevas estrategias para llegar a los trabajadores con mayor dependencia nicotínica, reforzando la normativa para permitir su cumplimiento.

526. PREVALENCIA DE CONSUMO DE TABACO, DEPENDENCIA NICOTÍNICA Y ACTITUDES HACIA EL ABANDONO DEL TABAQUISMO EN ESPAÑA, 2011

M. Pérez-Ríos, M.J. López, A. Schiaffino, E. Fernández, M. Nebot

Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidade de Santiago de Compostela; Agencia de Salud Pública de Barcelona; Vall d'Hebron Institut de Recerca; Instituto Catalán de Oncología.

Antecedentes/Objetivos: En estudios previos se estimó que la prevalencia de consumo de tabaco en España en 2006 era del 23,4% (21,8-25,1) y se caracterizó a los fumadores como poco dependientes y en fase de precontemplación. El objetivo de este trabajo es describir la prevalencia de consumo de tabaco, la dependencia nicotínica y las actitudes hacia el abandono del tabaquismo en España en 2011.

Métodos: En 2011 se realizó una encuesta telefónica sobre consumo y exposición al humo ambiental de tabaco en una muestra representativa ($n = 2.500$) de la población residente en España ≥ 18 años. El muestreo fue aleatorio estratificado a partir de un directorio telefónico. Se valoró la dependencia nicotínica a partir del test de Fagerström (FTND) y las actitudes hacia el abandono mediante los estadios de cambio de Prochaska y DiClemente. Para este trabajo se analiza la información aportada por los fumadores de cigarrillos, tanto diarios como ocasionales. Se presentan estimaciones puntuales de prevalencia acompañadas del intervalo de confianza al 95% (IC95%).

Resultados: La prevalencia de consumo de tabaco en España es del 20,7%: 18,7% (17,2-20,3) fumadores diarios y 2,0% (1,4-2,5) ocasionales. El 17,2% (19,1-22,3) de la población ≥ 18 años son fumadores de cigarrillos, el 15,5% (14,4-16,9) diarios y el 1,7% (1,2-2,2) ocasionales. El consumo medio de cigarrillos al día es de 14,3. El 76,0% (72,0-80,0) de los fumadores de cigarrillos presentan dependencia baja (FTND ≤ 4) y el 13,7% (10,5-17,0) alta (FTND ≥ 6), siendo más dependientes los hombres [puntuación media en el FTND de 3 (2,7-3,4)] que las mujeres [2,3 (2,0-2,6)]. El 72,0% de los fumadores están en fase precontemplativa y el 5,0% en preparación para dejar de fumar (6,8% de los hombres y 3,2% de las mujeres).

Conclusiones: Aproximadamente el 20% de los españoles mayores de edad son fumadores. En comparación con estudios previos la prevalencia de consumo de tabaco parece haber disminuido en España y la dependencia continúa siendo baja. Sin embargo los fumadores que declaran estar preparados para dejar de fumar sólo constituyen un pequeño porcentaje del total. Los resultados obtenidos en este estudio apuntan a una disminución de la prevalencia de tabaquismo que podría deberse en parte a la Ley 42/2010. No obstante es importante seguir realizando intervenciones orientadas al control de la epidemia de tabaquismo, que afecta a 1 de cada 5 personas en España.

Financiación: Proyecto FIS PI10/00400.

486. FACTORES ASOCIADOS A PRESENTAR CONDUCTAS DE RIESGO DURANTE VIAJES A ZONAS TROPICALES

M. Aldea, A.L. García-Basteiro, V.G. Sequera, G. Mena, A. Vilajeliu, C. Velasco, A. Vilella, J. Muñoz, A. Trilla

Servicio de Medicina Preventiva y Epidemiología, Hospital Clínic de Barcelona; Universidad de Barcelona; Centre de Recerca en Salut Internacional de Barcelona (CRESIB); Sección de Medicina Tropical, Hospital Clínic de Barcelona.

Antecedentes/Objetivos: En las últimas décadas han aumentado los movimientos poblacionales, hecho que está permitiendo la extensión de enfermedades propias de zonas tropicales y subtropicales, y cambiando la epidemiología de enfermedades de distribución mundial. Sólo el 50% de los viajeros a estas zonas reciben consejo al viajero y la gran mayoría tienen conductas de riesgo para adquirir enfermedades. El objetivo de este estudio es describir las características clínico-epidemiológicas de los viajeros e identificar los factores asociados a sus conductas de riesgo durante el viaje.

Métodos: Se trata de un estudio descriptivo y analítico retrospectivo de 763 viajeros internacionales que consultaron a un servicio de medicina tropical durante el 2010. Se excluyeron los inmigrantes que llegaban por primera vez a nuestro país. Se recogieron datos demográficos, características del viaje y conductas de riesgo durante el mismo. Se analizaron mediante regresión logística las variables asociadas a presentar una o más conductas de riesgo durante el viaje.

Resultados: De los 763 viajeros, 485 (63,6%) se desplazaron por motivos de turismo. La media de edad (DE) fue de 37,1 años (11,8) y el porcentaje de hombres fue del 43,5%. La región más visitada fue África Sub-Sahariana (35,4%). El 65,8% de los viajeros recibieron consejo previo al viaje y el 31,0% habían hecho profilaxis antipalúdica, siendo estos porcentajes inferiores entre los inmigrantes que viajan para visitar a sus familiares (VFRs) (17,9% y 12,1% respectivamente). El 82,5% de los viajeros tuvieron alguna conducta de riesgo. Los que viajaron entre 1 y 6 meses tuvieron una odds de presentar conductas de riesgo 3 veces mayor que los que viajaron menos de un mes (IC95%: 1,54-5,81; $p = 0,001$), y los que viajaron más de 6 meses tuvieron una odds 13 veces mayor (IC95%: 3,11-56,14; $p < 0,001$) respecto al mismo grupo. Se observó una tendencia a presentar menos conductas de riesgo a medida que aumenta la edad.

Conclusiones: El motivo del viaje es un factor importante a la hora tomar la decisión de acudir a consejo al viajero y de realizar profilaxis antipalúdica. Parece que los VFR tienen una menor percepción del riesgo que suponen los viajes a áreas tropicales, por lo que es de gran importancia que todos los colectivos de viajeros conozcan los riesgos a los que se exponen y la necesidad de recibir consejo médico. Los viajeros que presentan más conductas de riesgo y, por lo tanto, en los que se deben enfatizar los consejos sobre conductas, son aquellos de menor edad y que realizan viajes más largos.

46. DIFERENCIAS DE MOVILIDAD, USO DE CINTURÓN Y ESTILOS DE CONDUCCIÓN EN ESTUDIANTES DE ESPAÑA Y GUATEMALA

F. Lupiáñez Tapia, E. Jiménez Mejías, S. Rodríguez Guzmán, C. Amezcua Prieto, V. Martínez Ruíz, P. Lardelli Claret

Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad de Granada (España); Departamento de Salud Pública, Universidad de San Carlos (Guatemala).

Antecedentes/Objetivos: Describir las diferencias en la movilidad, uso del cinturón de seguridad y estilos de conducción entre estudiantes universitarios de España y Guatemala.

Métodos: Diseño: transversal. Población de estudio: alumnos de grado del Dpto. de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universi-

dad de Granada (España) y del Dpto. de Salud Pública de la Universidad de San Carlos (Guatemala) durante los cursos 2007 a 2011. Muestra: 2.130 conductores de turismo (1.114 españoles y 1.016 guatemaltecos). Fuente de información: Cuestionario autoadministrado. Variables: nacionalidad, sexo, edad, Km recorridos en el último año (< 999; 999-9.999 o > 10.000), empleo de cinturón en carretera y zona urbana (1 -nunca- a 5 -siempre-), velocidad autopercibida de conducción (1 -mucho más deprisa- a 5 -mucho más despacio-), calidad autopercibida como conductor (1 -excelente- a 5 -mala-), antigüedad en el permiso y 28 circunstancias de conducción durante el último mes: velocidad excesiva, distracciones, agresividad, cansancio, etc. (variables dicotómicas sí/no). Análisis: tras estudiar la distribución de las variables por nacionalidad, se construyeron modelos de regresión múltiple para valorar la asociación de la nacionalidad guatemalteca con el no uso siempre del cinturón (regresión logística) y con el número de circunstancias de riesgo (regresión lineal), ajustada por sexo, edad, antigüedad del permiso y Km recorridos.

Resultados: Un 51,5% de los universitarios guatemaltecos condujeron 10.000 o más Km en el último año, frente al 16,6% de los españoles ($p < 0,001$). En los primeros, el no uso siempre del cinturón fue más frecuente que en los españoles, especialmente en carretera (22,3% vs 2,8%). También se implicaron más frecuentemente que los españoles en la mayoría de las circunstancias de conducción, con marcadas diferencias en "Usar el móvil" (74,4% vs 24,3%); "Distraerse al volante" (47,1% vs 18,9%); "Conducir sin descansar" (38,3% vs 20,7%) y "Conducir ebrio" (16,7% vs 2,4%). En el análisis ajustado, la nacionalidad guatemalteca se asoció positivamente tanto con no usar siempre el cinturón (Odds Ratio ajustada = 7,53; IC95%: 4,54-12,49), como con un mayor número de circunstancias de riesgo (coeficiente de regresión = 0,75; IC95%: 0,28-1,23).

Conclusiones: Aún considerando el mayor número de kilómetros recorridos por los conductores universitarios guatemaltecos con respecto a los españoles, los primeros se implican con mayor frecuencia en conductas asociadas a una mayor accidentalidad (estilos de conducción de riesgo) y a una mayor lesividad (no uso del cinturón).

385. USO O ABUSO DE INTERNET EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS. ESTUDIO MULTICÉNTRICO

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

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

Antecedentes/Objetivos: A lo largo de la historia, el concepto de adicción se ha relacionado generalmente con el uso de determinadas sustancias. No obstante, en las últimas décadas han tomando gran relevancia otros trastornos psicológicos o comportamentales relacionados con el juego, Internet, compras, etc. Los problemas derivados del uso de Internet han recibido diferentes nombres (adicción, uso compulsivo, uso patológico, etc.) habiéndose llevado a cabo diversos estudios de investigación en relación con este tema. Sin embargo, el concepto de adicción a Internet no ha sido registrado actualmente en ningún manual diagnóstico (DSM-IV-TR, CIE-10), pero se encuentra bajo revisión para ser incorporado en el DSM-V dada la importancia que está teniendo el uso de las nuevas tecnologías, entre ellas Internet. El objetivo de nuestro estudio es analizar el nivel de uso/abuso de Internet en los estudiantes universitarios.

Métodos: Estudio descriptivo, transversal, 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.

Para determinar el grado de adicción o dependencia a Internet, se realizó un cuestionario online que incluía el test de Adicción a Internet de Kimberly Young, que consta de 20 preguntas evaluadas según una escala Likert de 0 a 5 puntos.

Resultados: Respondieron al cuestionario 769 estudiantes (28,7% hombres y 71,3% mujeres). Según los criterios de Kimberly Young, el 56,2% (IC95%: 52,6-59,7%) de los individuos están exentos de riesgo, el 40,1% (36,6-43,6%) de las personas encuestadas tiene autocontrol sobre el uso de Internet aunque con tiempos de exposición que pueden ser largos, un 3,1% (2,1-4,7%) han tenido problemas ocasionales relacionados con el uso de la red y el 0,7% (0,2-1,6%) ha tenido de forma frecuente problemas en su vida personal por el uso de Internet. Analizando el perfil de los individuos, se encontraron como factores de riesgo relacionados con el uso de Internet la menor edad ($p = 0,020$) y la convivencia con los padres o con compañeros de piso, respecto a vivir con su pareja o solo/a ($p < 0,001$), pero no se encontraron diferencias significativas por sexo o por titulaciones.

Conclusiones: Casi el 4% de los encuestados tienen o han tenido alguna vez problemas personales, sociales o familiares por el uso excesivo de Internet. Los más jóvenes y los que convivían con familiares o compañeros de piso presentaban las prevalencias más elevadas.

Financiación: Plan Nacional sobre Drogas. 2010i145.

263. TIPI-TAPA. PROMOCIÓN DE LA ACTIVIDAD FÍSICA (AF) EN LA POBLACIÓN MAYOR DE GIPUZKOA

I. Zubia Zubiaurre, I. Martín Muñoz, M. Dorronsoro Iraeta, B. Borde Lekona, M. Abasolo Jauregi, L. Bengochea Ocio

Subdirección de SP-Gipuzkoa; CSP-Bidasoa; CSP-Deba.

Antecedentes/Objetivos: La promoción de la AF en la población mayor reduce la incidencia de enfermedad crónica. TIPI-TAPA es un programa basado en el modelo socio-ecológico de promoción de la salud que 1) potencia la reserva de autonomía moral e independencia funcional; 2) integra las personas con distintos grados de dependencia; 3) prioriza la AF no estructurada de ocio activo y la creación de un entorno favorable, 4) incluye el apoyo informal y 5) se enmarca en los Planes de Acción institucionales: Agenda Local 21, Estrategia Vasca de Crónicos y Aktibili. El objetivo de Tipi Tapa es mejorar el bienestar físico y mental de las personas mayores a través del ocio activo.

Métodos: Coordinación de la Subdirección de SP con sus estructuras periféricas, profesionales sanitarios y entidades locales. En la intervención comunitaria, promoción de la actividad de "caminar", identificación de barreras y preferencias, elaboración de mapas e identificación de recursos para personas frágiles. En la intervención individual, implicación de los centros de salud en el consejo breve, refuerzo positivo, prescripción de rutas y derivación a talleres de atención especial. Registro de la actividad en la historia clínica. Seguimiento de la evolución individual y comunitaria.

Resultados: La coordinación entre instituciones refuerza las intervenciones de promoción y consigue un efecto sinérgico y un mejor aprovechamiento de los recursos. La definición de un procedimiento de trabajo basado en la colaboración técnica, el apoyo institucional y el liderazgo compartido. La puesta en marcha del programa en 3 municipios de tamaño medio de Gipuzkoa (16.000 personas > 64 años). La vinculación de las áreas municipales de Deportes, Servicios Sociales y Medio Ambiente y de Centros de Salud y SP. La implicación del personal sanitario de los 4 centros de salud y la inclusión del registro de actividad en la historia clínica. El desarrollo de 4 talleres de ejercicio físico para personas mayores frágiles gracias a los proyectos-2012 de investigación Kronikgune con una población diana de más de 2.000 personas. El diseño de materiales de apoyo. La creación de dinámicas

de colaboración para la continuidad y desarrollo del programa con nuevas alternativas de ocio activo.

Conclusiones: Es posible desarrollar una intervención comunitaria de promoción de la actividad física mediante la coordinación entre instituciones. El ámbito de las consultas de enfermos crónicos es el marco idóneo para llegar a la población mayor. El registro en la historia clínica facilita la aplicación del programa en los centros de salud. La flexibilidad en el desarrollo del método permite la adaptación al entorno local y facilita la aplicación del programa.

483. CARACTERÍSTICAS DE SUJETOS CON RECOGIDA VOLUNTARIA DE MUESTRAS DE UÑAS DE PIES. ENSAYO PREDIMED

M. Alva Bianchi, M. Alva Bianchi, J. Warnberg,
M.A. Martínez-González, R. Estruch, M. Bulló, D. Corella,
J. Fernández-Crehuet, E. Gómez Gracia, et al

*Departamento de Medicina Preventiva, Universidad de Málaga;
Universidad de Navarra; Hospital Clínic, Barcelona; Universidad Rovira
i Virgili; Universidad de Valencia; CIBER, Instituto de Salud Carlos III.*

Antecedentes/Objetivos: Las muestras biológicas son importantes en estudios de epidemiología nutricional como biomarcadores de exposición completando registros dietéticos. El ensayo PREDIMED incluye la recogida voluntaria de muestras de uñas de los pies para el análisis de elementos traza y metales pesados. Nuestro objetivo fue comparar características como edad, sexo, nivel de estudios, estado civil, diabetes, ingesta de alcohol y adherencia al patrón de dieta mediterránea, entre los participantes que entregaron o no entregaron las muestras de uñas.

Métodos: 7.447 hombres y mujeres, distribuidos en 8 comunidades autónomas, con edades comprendidas entre 55-80 años para mujeres y 60-80 para hombres y con alto riesgo cardiovascular (> 3 factores de riesgo) pero asintomáticos fueron reclutados para participar en el ensayo PREDIMED. En el punto basal, previo al inicio de la intervención, se recogieron datos sociodemográficos y sobre salud y estilo de vida (incluyendo consumo de alimentos, alcohol y actividad física), se tomaron medidas antropométricas (peso, talla y circunferencia de cintura) y se pidió que se cortaran uñas de los pies en su domicilio para posterior entrega a los investigadores. Las diferencias se analizaron con la prueba estadística t de Student o χ^2 , con límite de significación en el 5%.

Resultados: Los participantes que no entregaron muestras de uñas (33%) tenían una edad similar a los que sí las entregaron, pero hubo significativamente más mujeres que hombres las que incumplieron el protocolo (20% frente a 13%, respectivamente). No hubo diferencias entre grupos en nivel de estudios, estado civil o prevalencia de diabetes. Entre las mujeres sin muestras de uñas, la circunferencia de cintura y el índice masa corporal eran significativamente más altos (ambos; $p < 0,001$) y los varones sin muestra tenían mayor circunferencia de cintura ($p = 0,02$) en comparación con los que entregaron uñas. En ambos sexos, los sujetos que no entregaron muestra tenían una actividad física más baja, una menor adherencia a la dieta mediterránea (todos; $p < 0,001$) y, en el caso de los varones, menor consumo de bebidas alcohólicas ($p = 0,02$).

Conclusiones: En el estudio PREDIMED la recolección voluntaria de muestras de uñas de los pies fue de casi el 80%. Los no cumplidores no se diferenciaron de los cumplidores en características sociodemográficas, pero sí por tener peores hábitos alimentarios, menor actividad física y mayor obesidad abdominal. En futuros estudios de validación de registros dietéticos deberá tenerse en cuenta qué grupos están menos representados.

Financiación: RTIC RD 06/0045 Y CIBER Fisiopatología de la Obesidad y Nutrición (Ciberobn); Instituto de Salud Carlos III.