

ENFERMEDAD CRÓNICA Y ESTILOS DE VIDA

Aula 1 – Escuela Nacional de Medicina del Trabajo

Comunicaciones orales (3 minutos)

Modera: *María Elisa Calle*

162. CONTEXTO SOCIOECONÓMICO Y OBESIDAD INFANTIL

L. Navalpotro Fuster, P. Astasio Arbiza, P. Ortega Molina, E. Regidor Poyatos

Departamento de Medicina Preventiva, Universidad Complutense de Madrid.

Antecedentes/Objetivos: Algunos estudios han mostrado la influencia del medio ambiente socioeconómico del área de residencia en la obesidad infantil. En este estudio pretendemos evaluar la influencia de la riqueza de la provincia de residencia, y si esa relación puede ser explicada por las conductas de riesgo obesógenas y la posición socioeconómica del hogar.

Métodos: A partir de los datos de la Encuesta Nacional de Salud de 2006-2007, se estudió la muestra de 4.540 niños y adolescentes de 6 a 15 años, representativa de la población española. Se estimó la renta per cápita (RPC) de la provincia de residencia como indicador de riqueza y se agruparon las provincias en tertiles en función de la magnitud de la RPC. Las medidas de posición socioeconómica del hogar fueron el nivel de estudios más alto completado y la ocupación de la persona de referencia. Como conductas de riesgo obesogénicas se estudiaron las horas de sueño, la actividad física, el consumo de frutas y de vegetales, y el tipo de desayuno. Posteriormente se evaluó la relación de la RPC con el exceso de peso y con la obesidad mediante el cálculo de la *odds ratio* (OR) estimada mediante regresión logística.

Resultados: La prevalencia de exceso de peso y de obesidad fue más alta en las provincias con menor RPC. Después de ajustar por edad, sexo y posición socioeconómica de hogar, la OR de prevalencia en el tercil de provincias con menor RPC, con respecto al tercil de provincias con mayor RPC, fue 1,13 en el exceso de peso y 1,42 en la obesidad. Tras incluir en el ajuste anterior las conductas de riesgo, las diferencias encontradas en función de la RPC provincial desaparecen para el exceso de peso y se redujeron en el caso de la obesidad a 1,31.

Conclusiones: La RPC como indicador de riqueza del medio ambiente socioeconómico del área de residencia basado se asocia con la obesidad infantil. Esta asociación no es explicada por las conductas de riesgo obesógenas ni por la posición socioeconómica del hogar.

183. CARACTERÍSTICAS DEL CONSUMO DE TIRAS REACTIVAS PARA GLUCEMIA CAPILAR EN UN SISTEMA PÚBLICO DE SALUD

D. Domínguez Tristancho, M. García Simón, I. Píriz Martínez, M.A. Ramos Jiménez, B. Pérez García

Subdirección de Atención Primaria, Dirección General de Asistencia Sanitaria, Servicio Extremeño de Salud.

Antecedentes/Objetivos: Conocer las características de utilización de medidores y de tiras reactivas para la medición de glucosa en sangre capilar que realizan las personas con diabetes en tratamiento.

Métodos: Estudio descriptivo transversal sobre un total de 9.090 pacientes con diabetes obtenidos por muestreo aleatorio estratificado y sistemático del total de personas con diabetes (38.812) que figuraron en la facturación de receta médica del Servicio Extremeño de Salud durante el mes de mayo de 2010; para ello se ha utilizado una $k = 1,96$ para un nivel de confianza del 95%. Variables estudiadas: edad, área de salud, tratamiento, posesión de glucómetro, tipo de control glucémico, lote del medidor y gasto de tiras reactivas.

Resultados: Más del 70% de la población estudiada tiene glucómetro. Este porcentaje disminuye progresivamente desde el 100% en los menores de 14 años hasta el 69% en los mayores de 65 años. La mayoría de las personas con diabetes tratadas con insulina (INS) (89%) o en tratamiento combinado de INS más antidiabéticos orales (ADO) (91%) poseen glucómetro. Los tratados sólo con ADO y que tienen glucómetro superan la mitad (51%). El grupo de tratados con ADO presentan un porcentaje más elevado de personas sin glucómetro en edades más tempranas (62%), a diferencia de los tratados con INS (10%). El porcentaje de utilización de cada tipo de medidor varía poco en cada grupo de edad y es prácticamente el mismo independientemente del tipo de tratamiento; sin embargo, este porcentaje de utilización varía significativamente cuando se compara en las distintas áreas de salud. La mayoría de los consumidores de tiras de cuerpos cetónicos (79,5%) utilizan glucómetro sin la posibilidad de medición de cuerpos cetónicos. El consumo medio diario de tiras reactivas en cada grupo de tratamiento, comparado con el rango de máximo y mínimo consumo de tiras establecido por protocolo según el tipo de tratamiento, está aumentado en el grupo de tratados con ADO; 1,53 tiras/día, cuando debería ser < 0,8 tiras/días, y permanece dentro de rango para los tratados con ADO+INS, 2,09 (< 4,73); INS, 2,46 (< 4,73), y para el total de tratamientos, 2,01 (< 4,73).

Conclusiones: La edad, el tipo de tratamiento y el tipo de control glucémico guardan relación con la posesión o no de glucómetro pero no con el tipo de glucómetro utilizado. El consumo medio de tiras reactivas se mantiene dentro de los límites, según protocolo, en las personas diabéticas que incluyen en su tratamiento insulina y para el total de la población estudiada pero habría que ajustar su consumo en los tratados sólo con antidiabéticos orales.

465. CONSUMO DE ALCOHOL Y DROGAS EN LA POBLACIÓN ACTIVA DE ESPAÑA

A. Domingo-Salvany, N. Ruiz, J. Delclos, F.G. Benavides

IMIM-Hospital del Mar; CIBERESP; CISAL-UPF.

Antecedentes/Objetivos: Describir el consumo de alcohol y drogas en la población activa de España, teniendo en cuenta características laborales.

Métodos: En la Encuesta Nacional para el Consumo de Drogas (EDADES) de 2007, con muestreo probabilístico polietápico y entrevista a casi 20.000 individuos de 15 a 64 años se preguntó sobre el consumo de sustancias, con un cuestionario autorellenable confidencial. Se han seleccionado las 15.082 personas activas y calculado la prevalencia del consumo excesivo de alcohol (más de 50 g para hombres y 30 g para mujeres), hipnosedantes diarios, cannabis al mes y otras drogas ilegales al año, según características laborales (situación laboral, actividad económica y categoría laboral). Considerando los pesos asociados al muestreo polietápico y tomando como referencia la categoría más favorable se estimaron las *odds ratios* e intervalos de confianza (IC 95%) mediante regresiones logísticas, ajustando si preciso, por edad, nivel educativo, estado civil y país de origen.

Resultados: El 3,4% consumía alcohol de manera excesiva (alto riesgo), el 2,3% consumía a diario hipnosedantes, el 7,9% había consumido cannabis en el último mes y el 11,9% otra droga ilegal el último año. Las prevalencias eran mayores en hombres, excepto para el consumo de hipnosedantes. El consumo de hipnosedantes, cannabis y otras drogas ilegales fue superior en los hombres desempleados: 1,68 (1,04-2,73), 1,28 (1,06-1,55) y 1,28 (1,09-1,51), respectivamente. Mientras que sólo el consumo de hipnosedantes fue mayor en las mujeres desempleadas (1,70; 1,23-2,34). Los hombres, en el sector primario, la construcción y la hostelería tenían un mayor consumo excesivo de alcohol, respecto a la industria. En la construcción también tenían un mayor consumo de cannabis y de otras drogas ilegales, mientras en la hostelería había un mayor consumo de cannabis, pero un menor consumo de hipnosedantes. Para las mujeres, se observó menor consumo excesivo de alcohol en el sector primario, donde existía mayor consumo de hipnosedantes. En hostelería tenían mayor consumo de cannabis y otras sustancias ilegales; estas últimas también en comercio, transportes y administración. Respecto de las demás categorías, los directivos y profesionales consumían de forma excesiva alcohol, mientras que las directivas y profesionales consumían más cannabis y otras drogas ilegales.

Conclusiones: Aunque el medio laboral es un lugar idóneo para prevenir la adicción al alcohol y drogas, existen pocos estudios sobre los patrones de consumo en este contexto. Estos datos, a pesar de algunas limitaciones, ofrecen elementos que pueden ayudar a enfocar intervenciones específicas.

Financiación: CIBERESP y PNSD.

589. ESTUDIO DE LA MORTALIDAD DE UNA COHORTE DE PACIENTES CON ACCIDENTE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO

A. Ruigómez, E. Martín Merino, L.A. García Rodríguez

Centro Español de Investigación Farmacoepidemiológica (CEIFE).

Antecedentes/Objetivos: Las enfermedades cerebrovasculares son muy frecuentes y causan importante de morbimortalidad en edades avanzadas, siendo una prioridad de las políticas sanitarias. Objetivos: Evaluar la mortalidad en pacientes que presentan por primera vez un accidente cerebrovascular isquémico (ACVI) hospitalizado.

Métodos: Los datos provienen base de datos inglesa que recoge las historias clínicas de pacientes registrados en consultas de atención primaria (THIN). De ahí se identificó una cohorte de pacientes con una hospitalización por ACVI durante 2000-2004. Se excluyeron los pacientes con antecedentes de cáncer o de enfermedad cerebrovascular. Se revisaron todas las historias clínicas informatizadas, y en una muestra de los casos se solicitó además confirmación a través de un cuestionario a los médicos (86% de tasa confirmación). Finalmente la cohorte estuvo compuesta por 2.953 sujetos con diagnóstico de ACVI con hospitalización. De la misma población fuente se seleccionó una muestra de 10.000 sujetos como cohorte de comparación emparejados en edad, sexo y fecha a los casos de ACVI. Se siguieron ambas cohortes hasta su

fallecimiento o el final del estudio (31/12/2007). Se extrajo información de la base de datos sobre factores demográficos, nivel socioeconómico (índice de privación Townsend), hábitos de vida (consumo de tabaco y alcohol, índice de masa corporal) y uso de servicios sanitarios. Se calculó la tasa de mortalidad y el riesgo asociado a ACVI y otros factores utilizando modelos de regresión multivariante de Cox, durante el primer año y en el resto del seguimiento.

Resultados: Durante un periodo medio de seguimiento de 4,5 años se identificaron 1.051 muertes en la cohorte de ACVI y 1.621 en la de comparación. La tasa de mortalidad fue 9,3 por 100 personas/año en los sujetos con ACVI y de 3,4 en la población general. Los sujetos con ACVI tenían un riesgo ajustado de muerte de 5,9 (IC 95%, 5,1-6,9) en el primer año y de 1,6 (IC 95%, 1,4-1,8) en el resto de seguimiento en comparación con los sujetos sin enfermedad cerebrovascular. Los principales factores de riesgo, fueron la edad avanzada, el tabaquismo y la comorbilidad general (índice de Charlson) e individual (diabetes, fibrilación auricular, fallo cardiaco, entre otras). Asimismo, se observó un mayor riesgo en pacientes en áreas desfavorecidas (1,86; IC 95%, 1,3-2,6).

Conclusiones: Se confirma un exceso de riesgo de muerte en pacientes con un ACVI. Este riesgo fue significativamente mayor en el primer año tras el evento y se asociada con la edad, comorbilidad y peor condición socioeconómica.

613. INCIDENCIA Y FACTORES DE RIESGO DEL ACCIDENTE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO EN ATENCIÓN PRIMARIA

E. Martín-Merino, A. Ruigómez, L.A. García-Rodríguez

Centro Español de Investigación Farmacoepidemiológica (CEIFE), Madrid.

Antecedentes/Objetivos: Estimar la incidencia de ACVI hospitalizados en la población general así como evaluar las diferencias por sexo y cuantificar el riesgo asociado con posibles factores de riesgo, utilizando una base de datos británica de atención primaria The Health Improvement Network (THIN).

Métodos: De la población fuente de pacientes registrados al menos 2 años en THIN, se seleccionó una cohorte de individuos de 40 a 84 años entre 01/2000 y 12/2004, sin antecedentes de patología cerebrovascular (N = 907,001). El seguimiento comenzaba al cumplir estos criterios y finalizaba al registrarse un ingreso por ACVI, cumplir 85 años, registro de cáncer, muerte o fin del estudio (31/12/2004). Se revisaron las historias clínicas informatizadas de los casos y se validó una muestra mediante cuestionarios al médico, obteniendo un 86% de confirmación. Se realizó un análisis caso-control con todos los casos identificados y una muestra de 10.000 controles seleccionados aleatoriamente de la misma población fuente que los casos y emparejados con ellos por edad, sexo y año (fecha del ACVI en casos y fecha aleatoria en el periodo de estudio en controles). Se calculó el riesgo (*odds ratio* [OR]) asociado a posibles factores mediante regresión logística no condicional y se evaluaron diferencias por sexo.

Resultados: Tras un seguimiento medio de 3,6 años, hubo 2.953 casos de ACVI hospitalizados. La tasa de incidencia de ACVI fue 1,73 por 1.000 personas/año (IC 95%, 1,68-1,77), siendo 1,94 (IC 95%, 1,87-2,01) en varones y 1,59 (IC 95%, 1,53-1,65) en mujeres. La razón de tasas de incidencias ajustada por edad fue 1,35 (IC 95%, 1,28-1,43) en varones frente a mujeres. El factor de riesgo más importante de ACVI fue la fibrilación auricular (FA) (OR: 2,60; IC 95%, 2,24-3,01, siendo 1,96 (IC 95%, 1,59-2,42) en varones y 3,54 (IC 95%, 2,85-4,39) en mujeres. El tabaquismo, la epilepsia y la hipertensión, también se asociaron con ACVI. Los pacientes con FA tratados con anticoagulantes presentaron reducción del riesgo de ACVI (OR: 0,39; IC 95%, 0,27-0,56). La discontinuación del tratamiento antihipertensivo mostró un incremento del riesgo de ACVI (OR: 1,96; IC 95%, 1,43-2,69), especialmente en mujeres (OR: 2,53; IC 95%, 1,63-3,91).

Conclusiones: La incidencia de ACVI hospitalizados fue mayor en varones que en mujeres. FA fue el factor de riesgo principal, con un

efecto mayor en mujeres que en varones. Los pacientes con FA tratados con anticoagulantes mostraron una reducción del riesgo de tener ACVI, mientras que el abandono del tratamiento antihipertensivo incrementó el riesgo, especialmente entre mujeres.

620. INCIDENCIA, FACTORES DE RIESGO Y RECURRENCIA DE ICTUS EN USUARIOS DE ÁCIDO ACETILSALICÍLICO

L. Cea Soriano^a, P. Astasio Arbiza^b, P. Ortega Molina^b, A. Ruigómez^a, L.A. García Rodríguez^a

^aCentro Español de Investigación Farmacoepidemiológica (CEIFE);

^bDepartamento de Medicina Preventiva, Facultad de Medicina, Universidad Complutense de Madrid.

Antecedentes/Objetivos: El objetivo del presente estudio fue la estimación de la tasa de incidencia de ictus y la recurrencia del mismo en una población con antecedentes cardiovasculares que inicia el tratamiento con ácido acetilsalicílico (AAS) así como estudiar los diferentes factores de riesgo asociados.

Métodos: Se seleccionó una cohorte de nuevos usuarios de AAS indicado en prevención secundaria de eventos cardiovasculares en 2000-2007 con una edad comprendida entre los 50-84 años registrados en la base de datos poblacional británica The Health Improvement Network (THIN). Se realizó un seguimiento desde la primera prescripción de AAS hasta la aparición de un episodio de ictus (N = 6.007) y se revisaron manualmente las historias clínicas informatizadas. Se realizó un análisis caso control anidado, con todos los casos de ictus identificados, utilizando análisis de regresión logística no condicional. Para la selección de controles se asignó una fecha aleatoria en el periodo de estudio para el resto de pacientes de la misma cohorte de donde proceden los casos. Se seleccionó una muestra de 5.000 pacientes emparejados por edad, sexo y por año calendario a los casos.

Resultados: Se identificó a un total de 673 pacientes con un ictus durante el periodo de estudio, de los cuales un total de 334 (49,6%) pacientes presentaron recurrencia de ictus. La tasa de incidencia de ictus fue de 5,0 (IC 95%, 4,6-5,4) casos por 1.000 personas-año y aumentó con la edad. La tasa de recurrencia de ictus fue de 8,6 (IC 95%, 7,7-9,6) casos por 1.000 personas-año siendo mayor en las mujeres que en los hombres. Los principales factores asociados con la aparición de un ictus fueron los antecedentes de enfermedad cerebrovascular (RR de 2,79 [IC 95%, 2,05-3,80]) la fibrilación auricular (RR de 1,71 [IC 95%, 1,28-2,29]), junto con el tabaquismo y en aquellos pacientes con recurrencia de ictus la fibrilación auricular fue la patología más asociada con un RR de 2,37 (IC 95%, 1,49-3,75). La terapia con warfarina mostró una tendencia a la disminución del riesgo de ictus con un RR de 0,66 (IC 95%, 0,39-1,12) siendo significativo en aquellos pacientes con recurrencia de ictus con un RR de (0,18 [IC 95%, 0,06-0,50]); por otro lado la terapia de AAS mostró un RR de 1,01 (IC 95%, 0,59-1,74) en este subgrupo.

Conclusiones: La tasa de incidencia de ictus isquémico fue de 5 casos por 1.000 personas-año. El tabaquismo, la historia previa de un episodio cerebrovascular y la fibrilación auricular fueron los factores de riesgo más importantes para desarrollar un ictus y esta última fue el factor de riesgo más asociado en la recurrencia de ictus.

702. CONTROL DE LA DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN PACIENTES CON BAJO NIVEL EDUCATIVO

A. Nevot-Cordero^a, A. Olry de Labry-Lima^{a,b}, C. Bermúdez-Tamayo^{a,b,c}, I. Ricci-Cabello^b, I. Ruiz-Pérez^{a,b,c}

^aEscuela Andaluza de Salud Pública, Granada; ^bCIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP); ^cHospital universitario Virgen de las Nieves; Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.

Antecedentes/Objetivos: En España, la prevalencia de diabetes mellitus (DM2) fue del 5,3% en 1997, del 5,6% en 2001 y del 5,9% en

2003, lo que supone un incremento significativo. No obstante, parece ser que esta enfermedad no afecta por igual a todos los grupos poblacionales. El presente trabajo tiene como objetivo describir los niveles de hemoglobina glicosilada (HbA1c) así como de otros parámetros asociados al control de la DM2 en pacientes con bajo nivel educativo.

Métodos: Se trata de un estudio transversal y descriptivo realizado en el Centro de Atención Primaria de Cartuja (Granada). Se ha estudiado un total de 90 pacientes con bajo nivel de estudios y con niveles de HbA1c superiores al 7%. Las variables recogidas son: HbA1c, presión sanguínea sistólica y diastólica, colesterol HDL y LDL, trigliceridemia, IMC, apoyo social y comorbilidad. Y como variables sociodemográficas: edad, sexo, número de hijos y etnia.

Resultados: El 63,33% de las pacientes reclutadas son mujeres y el 36,67% varones. La edad está comprendida entre los 35 y 87 años. El 20% de los pacientes son gitanos, el 76,67% son caucásicos y el 3,33% pertenece a otros grupos étnicos. Los niveles de HbA1c están entre el 7 y el 14,6% (mediana 8,3%). La presión sanguínea sistólica oscila entre 100 y 190 (mediana 130) y la diastólica entre 60 y 110 (mediana 75). Se midió también el nivel de colesterol; el HDL varía entre 27 y 123 y el LDL entre 44 y 240 (mediana 47 y 120, respectivamente). El nivel de trigliceridemia está comprendido entre 42 y 527 (mediana 172) y el IMC se sitúa entre 21 (normo peso) y 56 (obesidad), siendo la mediana 32,5 (obesidad). El 82,22% de los pacientes presenta además otras patologías y en promedio suelen recibir el apoyo de unos 3 o 4 familiares.

Conclusiones: Diversos estudios han observado que las personas con un bajo nivel educativo realizan un peor autocontrol de su enfermedad. El grupo poblacional estudiado presenta además unos niveles tanto de HbA1c como de los demás parámetros asociados al control de la DM2 superiores a lo recomendado. Esto justifica la realización de intervenciones desde el sistema sanitario que permitan conocer su efectividad respecto a la disminución de desigualdades sociales en el cuidado de la diabetes tipo 2.

Financiación: PI-0096-2010.

852. ADHERENCIA A UN PATRÓN DE DIETA MEDITERRÁNEA E INFLUENCIA DEL NIVEL EDUCACIONAL

T.R. Pérez Castroa, S. del Pozo de la Calleb, C. Cuadrado Vivesc, J. Muñiz Garcíaa

^aUniversidad de A Coruña; ^bFundación Española de la Nutrición; ^cUniversidad Complutense de Madrid.

Antecedentes/Objetivos: Estimar, en la población gallega adulta, la distribución de un índice que mida la adhesión al patrón de dieta mediterránea (PDM) e indagar la influencia de otras variables en éste.

Método: Estudio transversal en población gallega = 18 años. Muestreo aleatorio polietápico estratificado por sexo, edad (18-39, 40-59 y = 60 años) y hábitat (urbano, intermedio, rural costa, rural interior). Encuestadores entrenados recogieron los datos en el domicilio de los participantes mediante un recuerdo de 24 horas y un cuestionario semicuantitativo de frecuencia de consumo de 150 alimentos junto con fotografías que orientaban al tamaño de ración. Se recogieron otras variables (sociodemográficas, antecedentes personales de salud y antropométrica). Para evaluar la adherencia al PDM se utiliza el índice de Trichopoulou et al (2003), que considera 9 grupos de alimentos, puntuados positiva o negativamente según su mayor o menor adherencia al PDM, obteniendo un índice entre 0 y 9 puntos (a > puntuación final > adherencia) que se categoriza en 3 niveles (adherencia baja, intermedia y alta). Los resultados obtenidos en los diferentes análisis se expresan de forma global y según variables sociodemográficas y antropométricas seleccionadas. La adherencia al PDM se expresa en % y su IC 95%. La comparación en-

tre grupos se realiza mediante el test de X^2 , considerando significativos valores de $p < 0,05$. Se utilizaron los paquetes estadísticos Epi-dat 3.1 y SPSS.

Resultados: Participa el 89,4% de los contactados ($n = 3.148$ individuos), 52,2% mujeres ($n = 1.646$). Nivel de adherencia al PDM: El 38,3% (IC 95%, 36,6-40,0) de la población presentan baja adherencia. Según estratos poblacionales, los jóvenes entre 18 y 39 años son los más alejados (42,7%; 39,8-45,5), aumentando la adherencia con la edad. Los residentes en el hábitat intermedio (20,9%; 18-23,7) y los de un nivel de estudios alto (21,4%; 17,4-25,5) señalan hacia una > adherencia. Solamente se observó asociación positiva entre adherencia al PDM y nivel educativo (bajo, medio, alto) ($X^2 = 39,1$; $p < 0,001$). No hubo relación significativa con el resto de variables estudiadas (edad, sexo, hábitat, IMC y obesidad central según IDF).

Conclusiones: La adherencia al PDM se está perdiendo en la generación más joven de Galicia. A la vista de los resultados, el nivel de estudios se presupone uno de los principales factores que influyen en la adherencia. Políticas sanitarias orientadas a mejorar el conocimiento en patrones nutricionales saludables deberían ser llevadas a cabo en estratos poblacionales con nivel educacional más bajo.

Financiación: Análisis financiado gracias a la ayuda predoctoral María Barbeito (Xunta de Galicia).

923. DISEÑO Y VALIDACIÓN DE UN CUESTIONARIO AUTOCONTESTADO SOBRE ALIMENTACIÓN EN ESCOLARES DE 9-10 AÑOS

E. Suades^{a,b}, C. Ariza^{a,b}, F. Sánchez^{a,b}, A. Espelt^{a,b}, A. Schiaffino^c, J. Martín^c, A. Moncada^c, M. Pasarín^{a,b}, E. Díez^{a,b}, O. Juárez^{a,b}, L. Rajmil^d, C. Castell^e

^aAgència de Salut Pública de Barcelona; ^bCIBERESP; ^cAjuntament de Terrassa; ^dAgència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut; ^eDepartament de Salut-Generalitat de Catalunya.

Antecedentes/Objetivos: En el ámbito español hay pocos cuestionarios de alimentación en niños/as que hayan sido validados. El objetivo del estudio es diseñar un instrumento que permita evaluar la alimentación de los niños/as, ayudar a entender patrones de dieta, identificar grupos de riesgo y que contribuya en la evaluación de intervenciones.

Métodos: Se diseñó el cuestionario Com mengem? para la medida de alimentación en 91 escolares de 9 a 10 años de dos escuelas de la ciudad de Terrassa (Barcelona) en el contexto de la fase piloto de una intervención de prevención de la obesidad infantil. Asimismo, las familias de los escolares contestaron un cuestionario de alimentación el cual incluye la mayoría de las preguntas recogidas en el cuestionario de los escolares. A una submuestra de 28 alumnos (30,7%) se les administró 3 recordatorios de dieta de 24 h. Se analizaron las prevalencias de consumo de los principales grupos de alimentos. Se analizó el coeficiente de correlación de la autodeclaración del cuestionario con la declaración del referente (familias) y con los procedimientos del *gold standard* (recordatorios de dieta de 24 h).

Resultados: El consumo diario (1 vez/día o más) de frutas y verduras referidos por los escolares fue del 75,3 y el 40%, respectivamente. El consumo de refrescos y bollería según frecuencias diarias fue del 32,9 y el 35,3%, respectivamente. Se encontraron índices de correlación significativos y moderados respecto a las variables de frecuencia alimentaria entre la declaración de los niños/as y la de las familias en: zumos de fruta ($r = 0,45$) y refrescos ($r = 0,64$) e índices leves en: pan ($r = 0,24$), lácteos ($r = 0,33$), fruta ($r = 0,25$), verdura ($r = 0,24$), frutos secos ($r = 0,33$), embutidos ($r = 0,21$), patatas de bolsa ($r = 0,23$), bollería ($r = 0,22$) y dulces ($r = 0,27$). Se encontraron correlaciones significativas y mode-

radas respecto a las variables de frecuencia alimentaria entre la declaración de los niños/as en el cuestionario y los recordatorios de dieta de 24 h para los grupos de alimentos de verdura ($r = 0,44$) y pescado ($r = 0,62$). No se encontraron correlaciones significativas para los siguientes grupos: arroz, pasta, cereales, carne, legumbres, huevos, patatas y postres lácteos.

Conclusiones: El diseño y validación del cuestionario Com mengem? permite recoger información relativa a la alimentación en escolares de 9 a 10 años de forma breve, económica y de fácil administración. Los resultados del estudio muestran la validez relativa de las variables de frecuencias alimentaria incluidas en este cuestionario.

947. VALIDACIÓN DE UN CUESTIONARIO DE FRECUENCIA ALIMENTARIA (CFA) PARA EVALUAR LA DIETA EN UNIVERSITARIOS

D. Giménez-Monzo, E.M. Navarrete-Muñoz, N. Galiana, M.D. Climent, M. García de la Hera, J. Vioque

Grupo de Epidemiología de la Nutrición; Universidad Miguel Hernández; CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP).

Antecedentes/Objetivos: Acumular evidencias sobre relaciones entre la dieta y el estado de salud o las principales enfermedades crónico-degenerativas es uno de los principales retos de la epidemiología en la actualidad. Por ello, el desarrollo y validación de instrumentos que como el Cuestionario de Frecuencia Alimentaria (CFA) permiten evaluar la dieta individual de forma eficiente y fiable es de gran interés. Desarrollamos un CFA, examinamos su reproducibilidad y su validez usando como método de referencia varios recordatorios de 24 horas en una población universitaria.

Métodos: Se evaluó la dieta en 176 universitarios mediante CFA semicuantitativo de 84 ítems con 9 posible frecuencias de consumo. El cuestionario se basó en CFA de 93 ítems previamente validado en población adulta de una estructura similar al de Harvard (Willett 1998). El CFA se pasó en 2 ocasiones con un intervalo de aproximadamente 1 año, periodo en el cual cada participante completó entre 3 y 5 recordatorios de 24 horas (R24h). Se estimaron ingestas de energía y nutrientes usando tablas de composición de alimentos norteamericanas y españolas. Para el análisis estadístico, las estimaciones de nutrientes se transformaron logarítmicamente y ajustaron por ingesta calórica. Se estimaron coeficientes de correlación de Pearson para analizar reproducibilidad (comparando el CFA1 con el CFA2) y validez (comparando los resultados del CFA2 frente a la media R24h considerado como método de referencia).

Resultados: Un total de 176 universitarios participaron en el estudio (73,9% mujeres, media de edad 24,3 (DE 2,9); rango 19-41 años). La ingesta calórica estimada por el primer CFA fue de 2087 kcal/día (DE 670), ligeramente superior a la estimada por el CFA2. Los coeficientes de correlación de Pearson para la reproducibilidad (CFA1 vs CFA2) variaron entre 0,397 para las grasas monoinsaturadas y 0,656 para la ingesta de yodo, siendo la media de los coeficientes de correlación $r = 0,533$. El ajuste por calorías no supuso en general una mejora de los coeficientes de correlación (media = 0,521). Cuando se estimaron las correlaciones entre el CFA2 y la media de los R24h (validez), la media de correlaciones fue de 0,318 para los nutrientes sin ajustar por calorías y de $r = 0,359$ cuando se ajustaron por calorías, siendo el rango desde $r = 0,092$ para la ingesta de hierro y $r = 0,508$ para beta caroteno.

Conclusiones: Los datos de este estudio apoyan que el CFA de 84 ítems es un instrumento útil para evaluar la mayoría de ingesta de nutrientes, con una buena reproducibilidad y satisfactoria validez.

Financiación: Generalitat Valenciana 084/2010.

1001. PREVALENCIA DE EXCESO DE PESO EN UNIVERSITARIOS SEGÚN VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y ESTILOS DE VIDA

L.I. González-Zapata, L.S. Álvarez Castaño, A. Estrada-Restrepo, C. Carreño, J. Monsalve Álvarez, D. Gómez Cifuentes

Grupo de Investigación Determinantes Sociales y Económicos de Salud y Nutrición; Escuela de Nutrición y Dietética UdeA.

Antecedentes/Objetivos: Describir la prevalencia de exceso de peso en estudiantes universitarios de Medellín-Colombia y sus factores asociados.

Métodos: Estudio transversal, realizado en 424 estudiantes voluntarios de ambos sexos, con edades de $21,4 \pm 4$ años. El diagnóstico de exceso de peso ($= 25 \text{ kg/m}^2$) se realizó a partir del índice de masa corporal (IMC) basado en los criterios de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el riesgo cardiovascular se estableció a partir de la circunferencia de cintura (CC), definido como valores de circunferencia = 80 cm en mujeres y en hombres = 90 cm. Las características sociodemográficas y de estilos de vida se capturaron por medio de una encuesta dirigida por estudiantes de nutrición y dietética previamente capacitados y estandarizados. Para la asociación del exceso de peso con las demás variables se utilizó la prueba Chi cuadrado.

Resultados: El 17% de los estudiantes presentó exceso de peso por IMC (hombres: 22,6%; mujeres: 13,8%), un 7,8% riesgo cardiovascular por CC (hombres: 6,5%; mujeres: 8,6%) y un 17,9% mostró riesgo cardiovascular de acuerdo al análisis conjunto de IMC y CC (hombres: 23,2%; mujeres: 14,9%). No se encontraron diferencias significativas en la prevalencia de exceso de peso según edad, nivel socioeconómico, área de formación profesional, actividad laboral desarrollada por el estudiante, actividad principal de la vida diaria, consumo de cigarrillos y consumo de alcohol ($p > 0,05$), aunque estas sí se evidenciaron por sexo ($p = 0,0012$). El riesgo cardiovascular por cintura no se asocia de forma significativa con ninguna de las características evaluadas ($p > 0,05$). El riesgo cardiovascular conjunto presentó un comportamiento similar al encontrado en el exceso de peso por IMC, lo que indica que el sexo fue la única variable asociada ($p = 0,031$).

Conclusiones: A pesar de la baja prevalencia de riesgo cardiovascular por CC propia de población adulta-joven, se debe considerar el riesgo que se evidencia en las cifras de exceso de peso por IMC, lo que se refleja en el indicador conjunto. Resulta entonces necesaria la implementación de medidas de atención a los grupos de riesgo identificados, así como estrategias grupales preventivas dirigidas a la población universitaria.

Financiación: Este trabajo se financió con apoyo de la Corporación Interuniversitaria de servicios CIS.

1039. ENTORNO SOCIAL DE LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA, EQUIDAD EN EL CONSEJO O EDUCACIÓN SANITARIA

S. Vázquez Fernández del Pozo^a, E. Andrés Esteban^a, J. Guerra Vales^b, M. Fernández Ruiz^b, D. Lora Pablos^a, J. Vila^b, A. Morales Cartagena^b, A. Gómez de la Cámara^a

^aUnidad de Investigación Clínica, Hospital 12 de Octubre, Madrid;

^bServicio de Medicina Interna, Hospital 12 de Octubre, Madrid.

Objetivos: Determinar los factores asociados en pacientes con insuficiencia cardíaca con recibir consejos y determinar su impacto en mortalidad o reingresos al mes, 3 meses y 12 meses.

Métodos: Diseño: estudio observacional de cohortes. Población de estudio: pacientes ingresados por un primer episodio de IC entre 2004 y 2006. Variables: edad, sexo, sociales, clínicas, consejo, reingresos y la mortalidad al 1, 3 y 12 meses. Análisis estadístico: análisis descriptivo de variables cuantitativas y proporciones en cualitativas. Para las com-

paraciones, uso de ji-cuadrado, T-Student y ANOVA. Para analizar la asociación entre consejo con resto de variables, análisis multivariante mediante regresión logística. Nivel de significación ($p < 0,05$). SPSS 15.0.

Resultados: Recibe consejo el 72%, que incluía medidas encaminadas a mejorar el conocimiento sobre insuficiencia cardíaca, control y vigilancia. Las características clínicas y sociales asociadas con consejo de estilos de vida fueron: edad 50-75 años vs > 75 años (79,5 vs 67,1%); $p = 0,000$; hipercolesterolemia (80,77 vs 68,92%); $p = 0,005$; disfunción diastólica vs no (83,6 vs 70,3%); $p = 0,001$. Servicio Medicina Interna 76%; cardiología (82,2%) y otros (50,9%) ($p = 0,000$); ámbito metropolitano (87,2%), urbano (61,3%), rural (68,2%); $p = 0,000$. Independencia actividades instrumentales vs dependiente (73,7 vs 60,7%); $p = 0,017$. Estatinas (84,7 vs 67,8%) ($p = 0,000$); betabloqueante (84,6 vs 66,3%) ($p = 0,000$); anticoagulantes (79,3 vs 68,3%) ($p = 0,004$); diuréticos de asa (74,5 vs 65,2%) ($p = 0,025$). En análisis multivariante predictores de recibir consejo: medio metropolitano (OR = 2,59, IC 95%, 1,53-4,39) e ingreso en medicina interna OR = 1,93 (IC 95%, 1,03-3,63), diagnóstico IC diastólica (OR = 2,18, IC 95%, 1,32-3,61) y estatinas (OR = 2,09, IC 95%, 1,09-4,03). La evolución de los pacientes que reciben consejo reingresan al mes (8,3%), el 13,9% a los 3 meses y el 24,8% al año, aumenta significativamente la probabilidad de ser nuevamente hospitalizado al año (OR: 1,97, IC 95%, 1,21-3,20) y disminuye significativamente la probabilidad de fallecer un 89% (OR: 0,11, IC 95%, 0,05-0,23), un 80% (OR: 0,20, IC 95%, 0,11-0,36) y un 62% (OR: 0,38, IC 95%, 0,24-0,59) al mes, 3 meses y 1 año, respectivamente.

Conclusiones: Existen desigualdades en educación sanitaria recibida, con importantes implicaciones, incrementa hospitalizaciones al año y reduce significativamente la mortalidad. El perfil del paciente que recibe consejo vive en área metropolitana, ingresa en medicina interna, tiene disfunción diastólica y tratamiento con estatinas.

Financiación: FIS 07/0945; FIS 06-90243; SAS 357-06.

1057. PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO PARA LA MEJORA DE PARAMETROS FÍSICO-BIOLÓGICOS EN PACIENTES CON DIABESIDAD

A. Urdampilleta^{a,b}, S. Gómez-Zorita^b

^aAsesoría Nutricional y Deporte Adaptado, Centro Ergoactiv; ^bFarmacia y Ciencias de los Alimentos, Facultad de Farmacia, Universidad del País Vasco.

Antecedentes/Objetivos: La obesidad y diabetes tipo II (DM2) son uno de los trastornos metabólicos más frecuentes y un problema para la salud pública. La incidencia de diabetes DM2 ha ido aumentando de forma exponencial junto a la obesidad. La estrecha asociación entre estas dos enfermedades, de gran prevalencia, ha llevado a la creación del término "diabesidad". Esto abre la necesidad de llevar un tratamiento integral para ambas patologías. Objetivo: Definir un modelo de actividad física (AF) adecuada para el tratamiento de la diabesidad.

Métodos: Se les ofreció a los pacientes con DM2 y obesidad de grado I participar. Participaron 12 pacientes, varones, IMC entre 30-35, edad de 48 ± 8 y DM2 de 8 ± 5 años de evolución, todos con un tratamiento insulínico previo de $0,40 \pm 0,16 \text{ UI/kg}$ de peso. El grupo se dividió en 2 respetando la homogeneidad. 1) Grupo AE: realizaron actividad física ligera, andar 7.000-11.000 pasos ($1,5-2,5 \text{ h}$) 5 veces al día, controlado con podómetro. 2) Grupo FR: realizaron ejercicios de fuerza-resistencia (40° circuito de 6 ejercicios de 15-25 repx4-6), con su propio peso y gomas de tensión, 5 veces a la semana durante 2 meses. Todos realizaron una dieta isocalórica, ligeramente hiperproteica. Al inicio y al final del programa se les midió el peso y grasa corporal, tensión arterial, glucemia basal y HgA1c.

Resultados: La media de la pérdida de peso al mes fue de $3,5 \pm 0,5$ en el grupo AE y $3,7 \pm 0,6$ en el grupo FR, no observándose diferencias significativas. La pérdida de peso graso (%), no obstante, fue superior en el grupo FR ($9,8 \pm 0,8$ vs $6,0 \pm 0,9$) ($p < 0,001$). En la tensión arterial no se observaron diferencias significativas entre los dos grupos, disminuyendo la prevalencia de la hipertensión arterial en un 70%. Con los dos tratamientos de AF se observó una caída significativa en la TA sistólica ($16,8$ vs $14,2/7,9$ vs $9,1$) ($p < 0,05$). La glucemia basal en el grupo AE bajó de 149 a 97 mg/dL ($p < 0,01$) y la HbA1c del $7,0$ al $5,8\%$ ($p < 0,05$). En el grupo FR bajó de 154 a 89 mg/dL ($p < 0,01$) y la HbA1c del $7,2$ al $5,5\%$ ($p < 0,05$). Las mejoras en la regulación del metabolismo fueron mayores en el grupo FR.

Conclusiones: El ejercicio AE mejora el control de la glucemia y TA, pero los ejercicios de FR parece que son más eficaces y eficientes ya que se disminuye en mayor medida la grasa corporal y aportan mayores beneficios a nivel metabólico. Es importante señalar que con los ejercicios de FR, en mucho menos tiempo ($1,5$ vs $0,4$ h) se consiguen mayores beneficios tanto a nivel metabólico como a nivel de composición corporal.