

Resúmenes de los trabajos de la Pirámide de Investigadores del EVESCAM presentados en el XXIV Congreso Venezolano de Medicina Interna

*María Inés Marulanda¹, Ysamar Aquino², Sheilly Piña², Luis Torres², Eunice Ugel³,
Maritza Durán⁴, Juan P. González-Rivas⁴, Ramfis Nieto-Martínez⁵*

Prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión en la región Guayana

*María Inés Marulanda¹, Ysamar Aquino², Sheilly
Piña², Luis Torres², Eunice Ugel³, Maritza Durán⁴,
Juan P. González-Rivas⁴, Ramfis Nieto-Martínez⁵*

Resumen

Antecedentes: Para el año 2015 la Organización Mundial de la Salud (OMS) estimó que el 3,6% de la población mundial padecía ansiedad y 4,4% depresión, similar a lo estimado para Venezuela por la misma organización, 4,4 y 4,2%, respectivamente. En el 2011 en una población rural de los Andes, Estado Mérida, Venezuela, se reportó una prevalencia de 12% de síntomas de ansiedad y 9% de depresión, mientras que en la Región Capital fue del 19,1 y 6,7% para el año 2016, respectivamente. Se desconoce la prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión en la población urbana de la región Guayana de Venezuela.

Objetivo: Determinar la prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión en la población urbana de la Región Guayana de Venezuela que participaron en el estudio EVESCAM. **Métodos:** Durante 2015 a 2017, se evaluaron 399 sujetos de 20 o más años de edad en la Región Guayana, seleccionados por un muestreo aleatorio poliestratificado por conglo-

merados en 6 comunidades urbanas: Aceiticos I (n=72); Aceiticos II (n=81); Vista Hermosa (n=77); Sector Perú (n=59); El Rincón (n=57); Pinto Salinas (n=53). Los síntomas se determinaron usando la escala hospitalaria de ansiedad y depresión, un cuestionario de auto reporte con 14 ítems (7 para la depresión y 7 para la ansiedad), con cada ítem completado en una escala Likert de 0 a 3 puntos, que categoriza a los sujetos como normales (< 8 puntos), con síntomas leves (8-10 puntos), o síntomas moderados/severos (\geq 11 puntos). **Resultados: Ver tabla.**

Interpretación

La prevalencia de síntomas de ansiedad en la región Guayana (14,6%) fue más elevada que lo obtenido en estudios previos para Venezuela (OMS 4,4%, Andes 12%) pero menor que en la Región Capital (19,1%). Los síntomas de depresión en la región (2,3%) fueron menores que los observados en estudios previos (OMS, 4,2%, Región Capital 6,7%, Andes 9%). **Conclusión:** Se observó una alta prevalencia de síntomas de ansiedad y una baja prevalencia de síntomas de depresión en la Región Guayana de Venezuela en comparación con datos estimados para Venezuela y estudios previos en el país.

**RESÚMENES DE LOS TRABAJOS DE LA PIRÁMIDE DE INVESTIGADORES DEL EVESCAM
PRESENTADOS EN EL XXIV CONGRESO VENEZOLANO DE MEDICINA INTERNA**

Tabla. Prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión en la región Guayana según género, edad y localidad

Síntomas	Ansiedad			Depresión		
	Moderados/ Severos	Leves	Normal	Moderados/ Severos	Leves	Normal
Género (%)*						
Femenino	17,1	26,9	50	2,5	14,7	82,7
Masculino	9	18	73	1,7	11,6	86,8
Total	14,6	24,2	61,2	2,3	13,8	84
Edad (%) (años)						
22-44	12,9	25,8	61,3	1,6	8	90,4
45-69	16,5	24,8	58,7	1,8	17,4	80,7
70	10,9	18,2	70,9	5,4	12,5	82,1
Localidad (%)†						
Los Aceiticos I	13,9	27,8	58,3	5,6	13,9	80,6
Los Aceiticos II	7,4	18,5	74,1	0	9,9	90,1
Vista Hermosa	18,4	18,4	63,2	5,2	16,9	77,9
Sector Perú	15,8	22,8	61,4	0	22	78
El Rinconcito	15,8	22,8	61,4	0	7	93
Pinto Salinas	16,7	24,1	59,3	1,9	13,2	84,9

Los datos se presentan en porcentajes. *Diferencias significativas de síntomas de ansiedad entre géneros evaluadas por Chi-cuadrado $p < 0,05$. †Diferencias significativas de síntomas de depresión por localidad usando Chi-cuadrado $p < 0,05$.

Prevalencia de Hipertensión Arterial en Adultos de la Región Guayana de Venezuela

María Inés Marulanda¹, María Torres², Sheilly Piña², Luis Torres², Eunice Ugel³, Maritza Durán⁴, Juan P. González-Rivas⁴, Ramfis Nieto-Martínez⁵

Resumen

Antecedentes: Las enfermedades cardiovasculares son responsables de aproximadamente 17 millones de muertes por año globalmente. La hipertensión arterial (HTA) es responsable del 45% de las muertes por cardiopatías y el 51% de las muertes por accidente cerebrovascular. La prevalencia de HTA en 3 regiones de Venezuela entre 2006 a 2010 fue de 30,0%. Se desconoce la prevalencia de HTA en la Región Guayana de Venezuela. **Objetivo:** Determinar la prevalencia de HTA en adultos de la región Guayana de Venezuela evaluados en el estudio EVESCAM. **Métodos:** Mediante un muestreo aleatorio poliestratificado por conglomerados se obtuvo una muestra de 445 sujetos adultos de la región. Se evaluaron 7 poblaciones desde octubre de 2016 hasta enero de 2017. Ciudad Bolívar: Los Aceiticos I, Los Aceiticos II, Biscochuelo (Etnia Eñepa), Vista

Hermosa, Sector Plaza; Ciudad Guayana: El Rinconcito y Pinto Salinas. Se aplicó un cuestionario estándar, se tomaron medidas antropométricas y presión arterial. HTA fue definida como presión arterial sistólica (PAS) ≥ 140 mmHg o presión arterial diastólica (PAD) ≥ 90 mmHg o ser conocidos como hipertenso. Se definió sujetos en tratamiento actual como el porcentaje de personas que indicaban que padecía HTA y se encontraban recibiendo tratamiento. HTA conocida controlada fue definido como el porcentaje de sujetos que refirió ser hipertenso y presentó PA $<140/90$ mmHg.

Resultados: Ver tabla.

Interpretación

Se encontró una elevada prevalencia de HTA en la región de Guayana (40,1%), mayor a lo reportado previamente para otras regiones del país (30%). La prevalencia de HTA fue más baja en la población indígena en comparación con las áreas urbanas. Dos de cada 10 sujetos no estaban en tratamiento y a pesar de ello, el 40 % de la población se encontraba controlada. **Conclusiones:** Se evidenció una muy elevada prevalencia de HTA en la región de Guayana.

Tabla. Prevalencia de HTA en la región de Guayana por Sexo y Población

	Hombres	Mujeres	Total
Participantes (n)	145	300	445
PAS (mmHg)	133,1±1,8	129,5±1,2	130,69± 1,0
PAD (mmHg)	79,3±1,1	78,9±0,6	79,1±0,5
Antecedente familiar HTA (%)*	65,5	80,9	75,9
Antecedentes personales de HTA			
Años con HTA	10,7±1,1	12,26±0,8	11,82±0,7
En actual tratamiento (%)	75	78,4	77,4
HTA conocida controlada (%)	42,9	42,4	42,6
Prevalencias Crudas			
Prevalencia de HTA (%)	51,7	50,3	50,8
Presión Arterial elevada (%)	35,2	31,7	32,8
HTA sistólica aislada (%)	16,6	14,3	15,1
Prevalencias ajustadas por edad y sexo			
Prevalencia de HTA	40,9	39,8	40,1
Poblaciones	En actual tratamiento (%)*	HTA conocida controlada (%)*	Prevalencia cruda de HTA (%)*
Bizcochuelos (rural)	0	0	9,5
Aceíticos I	65,8	60,5	59,7
Aceíticos II	92,5	32,5	55,5
Vista hermosa	75,6	56,4	55
Sector plaza	82,6	17,3	54,2
El Rinconcito	62,5	37,5	59,6
Pinto Salinas	93,7	37,5	44,4

Los datos continuos están representados como medias ± error estándar de la media
Las proporciones como porcentaje. Antecedente familiar y Diferencias entre poblaciones evaluadas usando Chi-cuadrado *p <0,001.

Prevalencia de pre-diabetes y diabetes en adultos de la Región Central de Venezuela. Estudio EVESCAM

Ramez Constantino⁶, Leidy De Jesus-Henriques⁷, Katherine A. Rosales-Pereira⁷, Eunice Ugel³, Maritza Durán⁴, Juan P. González-Rivas⁴, María Ines Marulanda¹, Ramfis Nieto⁵.

Resumen

Antecedentes: La diabetes es la 4ta causa de muerte en Venezuela y entre 2005-2016 ha incrementado un 74,7%. Durante 2006 a 2010, 1.334 sujetos fueron evaluados en tres regiones del país (Andes, Occidental y Capital) evidenciándose una prevalencia de diabetes de 8,3%. **Objetivo:** Determinar la prevalencia de pre-diabetes y diabetes en la población adulta de la Región Central de

Venezuela. **Métodos:** Entre 2015 y 2017 fueron evaluadas 2 comunidades de la Región Central: Valencia (n=420) y San Carlos (n=105) para un total de 525 sujetos ≥20 años, seleccionados por muestreo aleatorio poliestratificado por conglomerados. A cada participante se aplicó un cuestionario estándar, se tomaron medidas antropométricas y se realizaron análisis bioquímicos. Diabetes se definió como glucosa plasmática en ayunas ≥126mg/dL o ≥200mg/dL luego de una post carga de 75g a las 2 horas, o el autoreporte de diabetes. Prediabetes: glucosa plasmática en ayunas entre ≥100mg/dL y <126mg/dL o post carga entre ≥140mg/dL y <199mg/dL. **Resultados: Ver Tabla.**

RESÚMENES DE LOS TRABAJOS DE LA PIRÁMIDE DE INVESTIGADORES DEL EVESCAM PRESENTADOS EN EL XXIV CONGRESO VENEZOLANO DE MEDICINA INTERNA

Tabla. Características de la población y prevalencia de diabetes y prediabetes. Región Central de Venezuela. Estudio EVESCAM

VARIABLES	Hombres	Mujeres	Total	p
Participantes (n)	132	335	467	
Edad	49,52 ± 1,40	49,15 ± 0,86	49,25 ± 0,73	0,824
Glicemia basal	116,19 ± 3,48	109,98 ± 1,77	111,75 ± 1,61	0,082
Glicemia postprandial	128,41 ± 4,23	132,90 ± 2,80	131,64 ± 2,34	0,389
Antecedente familiar de diabetes (%)	53,8	57,5	56,4	0,468
Antecedente personal de diabetes (%)	16,7	12,8	13,9	0,282
Años con diabetes*	5,89 ± 1,24	5,86 ± 0,97	5,87 ± 0,76	0,982
En tratamiento actual (%)	59,3	65,5	63,4	0,584
Prevalencia cruda diabetes (%)	22	18,8	19,7	0,439
Prevalencia cruda prediabetes (%)	47	45,4	45,8	0,755
Prevalencia ajustada de diabetes (%)	17,1	15,6	16,1	0,441
Prevalencia ajustada de prediabetes (%)	44	39,4	40,9	0,108

*Los datos son presentados como media ± error de la media.

Discusión

Cerca de 6 de cada 10 participantes evaluados en la región Central de Venezuela presentó trastorno de la glucemia y cerca de la mitad de la población evaluada cursó con prediabetes. Luego del ajuste por edad, la prevalencia de diabetes y prediabetes permaneció muy elevada. En comparación con el estudio VEMSOLS, se registró mayor prevalencia de diabetes y prediabetes. El 36,6% de los sujetos conocidos como diabéticos no recibían tratamiento. **Conclusión:** La región Central de Venezuela registró una muy alta prevalencia de diabetes y prediabetes.

Determinantes de la fuerza muscular en adultos venezolanos evaluados por Dinamometría

Juan P. González-Rivas⁴, Miguel Araujo⁸, Hadley Gómez⁸, Mariangel Guerrero⁸, Nohemi Molina⁸, Eunice Ugel³, Maritza Durán⁴, María Inés Marulanda¹, Ramfis Nieto-Martínez⁵

Resumen

Antecedentes: La fuerza de prensión manual (FPM) es un subrogado de la fuerza muscular. Una FPM baja es un determinante de mortalidad, mayor riesgo de caídas, fracturas y es predictor de riesgo de enfermedades cardiometabólicas. La relación entre las variables antropométricas y FPM varía de acuerdo a la población evaluada. En jóvenes australianos, a mayor índice de masa corporal (IMC)

menor FPM. En hombres de la India con bajo peso y sobrepeso mostraron menor FPM. En México, la talla fue el factor más significativo en relación con la FPM. Se desconocen los determinantes antropométricos de la FPM en población venezolana. **Objetivo:** Determinar la correlación entre las variables antropométricas y la Fuerza de Prensión Manual en los Sujetos Adultos Evaluados en el Estudio EVESCAM. **Métodos:** Estudio poblacional, observacional, transversal, de muestreo aleatorio por conglomerados, para evaluar la salud cardiometabólica en 3420 sujetos ≥ de 20 años procedentes de las ocho regiones del país. A cada participante se aplicó un cuestionario estándar y se midieron variables antropométricas: peso, porcentaje de grasa, talla, circunferencia abdominal e IMC. A cada sujeto se le determinó la FPM en ambas manos en tres intentos siendo registrado el mayor valor en kg, con un dinamómetro Jamar®. La masa libre de grasa (MLG) se calculó como: peso(kg) – grasa(kg). **Resultados:** Ver tabla.

Tabla. Determinantes de la Fuerza de Presión Manual por género

	OR	P
HOMBRES		
Masa Libre de Grasa (Kg)	0,227	<0,001
Talla (Cm)	0,204	<0,001
Grasa Corporal (%)	0,114	0,013
Circunferencia Abdominal (Cm)	-0,108	0,065
Edad (Años)	-0,319	<0,001
MUJERES		
Masa Libre de Grasa (Kg)	0,251	< 0,001
Talla (Cm)	0,155	< 0,001
Grasa Corporal (%)	0,086	0,007
Circunferencia Abdominal (Cm)	-0,152	< 0,001
Edad (Años)	-0,223	< 0,001

Análisis de Regresión Logística Multivariable. Abreviaturas:
OR – Odds Ratio.

Interpretación

En los hombres la variable más determinante de la FPM fue la edad: a mayor edad menor FPM. En las mujeres fue la MLG, a mayor MLG mayor FPM. La Talla y MLG mostraron en ambos géneros una correlación positiva. La circunferencia abdominal y el porcentaje de grasa fueron solo significativos en las mujeres. **Conclusión:** La MLG, la edad y la talla fueron las principales variables determinantes de la FPM en la población Venezolana.

Prevalencia del Síndrome Metabólico en Venezuela

Juan P. González-Rivas⁴, Estherbany Gabriela Figueroa Alfaro⁸, Jesús Andrés Silva Rivera⁸, José Urbey Valencia Portillo⁸, Mariflor Vera⁸, Eunice Ugel³, Maritza Durán⁴, María Inés Marulanda¹, Ramfis Nieto-Martínez⁵

Resumen

Antecedentes: Las enfermedades no comunicables generan 40 millones de muertes al año. Está comprobado que quienes tienen 3 de los 5 los criterios diagnósticos para Síndrome Metabólico (SM) son más propensos a padecerlas. La prevalencia de SM en el mundo varía entre 20% a 43.4%. En Venezuela, el estudio VEMSOLS reali-

zado en tres regiones del país, Lara (región Oeste), Mérida (Región Andes) y Distrito Capital (región Capital), entre los años 2006 y 2010, reportó una prevalencia de 35,7%. Se desconoce la prevalencia de SM a nivel nacional. **Objetivo:** Determinar la prevalencia del SM en adultos mayores de 20 años de las 8 Regiones de Venezuela evaluadas en el estudio EVESCAM. **Métodos:** desde julio de 2014 a enero de 2017 se evaluaron 3.420 sujetos de ≥ 20 años de edad seleccionados por un muestreo aleatorio estratificado polietápico en las 8 regiones del país. La tasa de respuesta fue 76,6%. Se aplicó un cuestionario estándar y se evaluaron las variables antropométricas y bioquímicas: Se definió SM con la presencia de al menos tres de los siguientes criterios: Perímetro abdominal aumentado ≥ 94 cm para hombres y ≥ 90 cm para mujeres; Triglicéridos elevados ≥ 150 mg/dl; Colesterol HDL bajo < 40 mg/dl para hombres y < 50 mg/dl para mujeres; Presión arterial elevada sistólica > 130 mmHg y/o diastólica > 85 mmHg; Glucosa en ayunas elevada > 100 mg/dl. **Resultados:** Ver tabla.

Tabla. Prevalencia de factores asociados al síndrome metabólico según género y grupo etario

	Masculinos	Femeninos	Total	p
	1064	2356	3420	
Síndrome Metabólico	45,2	45,2	45,2	0.999
Obesidad abdominal elevada (cm)	48,8	53,6	52,1	0.009
Triglicéridos elevados (mg/dl)	22,5	19,4	20,4	0.037
HDL bajo (mg/dl)	67,1	81,6	77,1	<0.001
Presión arterial elevada (mmHg)	53,9	48,9	50,5	0.007
Glucosa en ayunas elevada (mg/dl)	38,7	32,4	34,4	<0.001

*Los datos son presentados como porcentajes

**RESÚMENES DE LOS TRABAJOS DE LA PIRÁMIDE DE INVESTIGADORES DEL EVESCAM
PRESENTADOS EN EL XXIV CONGRESO VENEZOLANO DE MEDICINA INTERNA**

Interpretación

La prevalencia de SM en Venezuela fue 45,2%, similar entre género, más elevado que lo observado en el resto del mundo. El colesterol HDL bajo, la obesidad abdominal y la presión arterial elevada fueron los factores más prevalentes. **Conclusión:** Se observó que casi la mitad de la población adulta de Venezuela presentó SM. Casi 8 de cada 10 personas tenían trastorno del metabolismo lipídico.

Prevalencia de Diabetes y Prediabetes en la Región Guayana de Venezuela.

María Inés Marulanda¹, Luis Galindo², Ysamar Aquino², Sheilly Piña², Luis Torres², Eunice Ugel³, Maritza Durán⁴, Juan P. González-Rivas⁴, Ramfis Nieto-Martínez⁵

Resumen

Antecedentes: La Organización Mundial de la Salud (OMS) estimó que 422 millones de personas en el mundo tenían diabetes, lo que equivale a 8.5% de la población adulta, siendo una importante causa de mortalidad, morbilidad y pérdida económica para los sistemas de salud en el mundo. El estudio Venezolano de Síndrome Metabólico, Obesidad y Estilo de Vida (VEMSOLS) reportó la prevalencia de 8,3% de diabetes y 14,6% de prediabetes en tres regiones de Venezuela (Región Occidental, Región Los Andes y Región Capital) entre 2006-2010. Se desconoce la prevalencia de diabetes y prediabetes en la región Guayana de Venezuela. **Objetivos:** Determinar la prevalencia de diabetes y prediabetes en los sujetos de la región Guayana de Venezuela evaluados en el estudio EVESCAM. **Métodos:** Estudio poblacional, observacional, transversal, aleatorio poliestratificado que incluyó 445 sujetos de 8 localidades urbanas y rural de la región Guayana: Los Aceíticos I = 72, Los Aceíticos II = 81, Biscochuelo = 42, Vista Hermosa = 79, Sector Plaza = 58, El Rinconcito = 57 y Pinto Salinas = 54. Se realizó cuestionario estándar, examen físico, glicemia en ayunas y 2 horas post-carga glucosada (75 g). **Resultados. Ver tabla.**

Tabla. Prevalencia de diabetes y prediabetes

VARIABLES	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
Participantes n(%)	145 (32,5)	300 (67,4)	445 (100,0)
PREVALENCIA CRUDA DE DM (%)	11	16	14,4
Rural*	0	5	2,4
Urbano	13	16,8	15,6
PREVALENCIA CRUDA DE PREDIABETES (%)	46,2	38,3	40,9
Rural*	31,8	15	23,8
Urbano	48,8	40	42,7
ANTECEDENTES			
Antecedente familiar DM (%)	42,8	49,7	47,4
Antecedente personal DM (%)	9,7	13	11,9
TRATAMIENTO Y NIVEL DE CONTROL			
con Tratamiento (%)	57,1	80,6	74
Oral (%)	75	82,4	80,4
Insulina (%)	8,3	11,8	10,9
Mixto (%)	8,5	5,9	6,5
Óptimo control (% <110mg/dL)	21,4	30,8	28,3
Regular control (% <130mg/dL)	64,3	66,7	66
PREVALENCIA AJUSTADA POR SEXO			
Prevalencia de Diabetes ajustada	8,2	10,3	9,2
Prevalencia de Prediabetes ajustada	39,8	31	35,7

DM: Diabetes Mellitus. Las proporciones son presentadas como porcentaje. *Diferencias entre rural y urbano usando Chi-cuadrado p< 0,05

Interpretación

La prevalencia de diabetes ajustada por edad en la región Guayana (9.2%) es ligeramente superior a la reportada por la OMS (8,5%) y por el estudio VEMSOLS (8,3%) en Venezuela. La prevalencia de prediabetes (35.7%) es más del doble de lo reportado previamente en Venezuela (VEMSOLS 14,6%). Se observó una mayor prevalencia en el área urbana que en la rural. El 26% de los diabéticos conocidos no estaba recibiendo tratamiento. **Conclusión:** Se observó una elevada prevalencia de diabetes y prediabetes en la Región Guayana de Venezuela.

Prevalencia de Dislipidemias en Adultos de la Región Guayana de Venezuela. Resultados Preliminares del Estudio EVESCAM

María Inés Marulanda¹, Daniela Moya², Marly Quintana², Sheilly Piña², Luis Torres², María Tepedino², Juan P González-Rivas⁴, Eunice Ugel³, Maritza Duran⁴, Ramfis Nieto-Martínez⁵.

Resumen

Antecedentes: Las dislipidemias constituyen un factor de riesgo cardiovascular esencial en el desarrollo de la aterosclerosis. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la hipercolesterolemia es responsable de aproximadamente el 56% de las cardiopatías isquémicas. Según el Estudio Venezolano de Síndrome Metabólico, Obesidad y Estilo de Vida (VEMSOLS) el cual evaluó 3 regiones de Venezuela (Andes, Occidente, Capital) durante 2006 a 2010, las dislipidemias más prevalentes fueron la hipoalfalipoproteinemia (58,6%) y triglicéridos elevados (39,7%). En la región Guayana de Venezuela no se han realizado estudios que reporten la prevalencia de las dislipidemias en adultos. **Objetivo:** Determinar la prevalencia de dislipidemias en adultos de la región Guayana de Venezuela evaluados en el estudio EVESCAM. **Métodos:** Estudio poblacional, observacional, transversal y de muestreo aleatorio poliestratificado por conglomerados. Se evaluaron en la región Guayana 7 poblaciones desde octubre de 2016 hasta enero de 2017. Ciudad Bolívar: Los Aceiticos I, Los Aceiticos II, Biscochuelo (Etnia Eñepa), Vista Hermosa, Sector Plaza; Ciudad Guayana: El Rinconcito y Pinto Salinas. Para definir las dislipidemias se utilizaron los puntos de corte establecidos en el 2017 por la Sociedad Americana de Endocrinología Clínica y el Colegio Americano de Endocrinología (AAACE/ACE): hipoalfalipoproteinemia: colesterol HDL < 40 mg/dL; hipertrigliceridemia: triglicéridos (TG) ≥ 150 mg/dL; hipercolesterolemia: colesterol total ≥ 200 mg/dL; colesterol LDL elevado: colesterol LDL ≥ de 130 mg/dL. Las frecuencias se expresaron en porcentajes y se aplicó el método estadístico Chi cuadrado un valor de $p < 0,05$ fue considerado como estadísticamente significativo. **Resultados:** ver tabla.

Tabla. Prevalencia de dislipidemias en adultos de la región Guayana según sexo, edad y tipo de población

	TOTAL (n)	Colesterol >200mg/dl	c- LDL >130mg/dl	c-HDL <40 mg/dl	Triglicéridos >150mg/dl
Región	445	17,3	17,9	46,1	17,1
Sexo					
Masculino	145	9,7	10,3	60	15,2
Femenino	300	21	21,6	39,3	18
Edad (Años)					
20-44	156	4,5	8,3	48,7	9,6
45-69	231	25,1	23,3	46,3	19,5
>70	58	20,7	22,4	37,9	27,6
Tipo de Población					
Rural	42	11,9	9,5	23,8	2,4
Urbano	403	17,9	18,8	48,4	18,6

Datos presentados como porcentajes.
No se hallaron diferencias significativas

Interpretación

La alteración lipídica más prevalente en la región fue la hipoalfalipoproteinemia (46,1%) seguida del aumento de colesterol LDL (17,9%). La prevalencia de dislipidemias en la región Guayana fue considerablemente menor con respecto al estudio VEMSOLS. **Conclusión:** En la región Guayana de Venezuela, existe una alta prevalencia de hipoalfalipoproteinemia y una baja prevalencia del resto de las dislipidemias.

Mayor Estatus Socioeconómico y Nivel Educativo asociados a Talla más Elevada en la Población Adulta Venezolana

Juan P. González-Rivas⁴, Franmar Castellanos⁸, Eunice Ugel³, Maritza Durán⁴, María Inés Marulanda¹, Ramfis Nieto-Martínez⁵

Resumen

Antecedentes: Ser más alto se asocia con una mayor longevidad, educación superior y más ingresos económicos. Aunque la altura es uno de los rasgos humanos más heredables, se cree que las diferencias entre poblaciones están relacionadas con factores ambientales no genéticos. El promedio de la talla es una variable que se ha mantenido relativamente constante en el tiempo según las revisiones de un siglo de tendencias en la altura humana adulta (1986-1996). Se desconoce la talla

RESÚMENES DE LOS TRABAJOS DE LA PIRÁMIDE DE INVESTIGADORES DEL EVESCAM PRESENTADOS EN EL XXIV CONGRESO VENEZOLANO DE MEDICINA INTERNA

de la población adulta venezolana y sus determinantes sociales. **Objetivo:** Determinar la talla de la población adulta venezolana y sus factores asociados. **Métodos:** Durante 2014 – 2017, 3420 sujetos con ≥ 20 años fueron seleccionados por un muestreo aleatorio, estratificado, polietápico, de 8 regiones de Venezuela. Se aplicó un cuestionario estándar, tomándose medidas antropométricas, la talla fue medida usando un estadiómetro portátil (Seca 206® seca gmbh & co. Hamburg /Germany). El estrato social se determinó usando Graffar. **Resultados:** Ver tabla.

Tabla. Talla de la Población Venezolana

	Talla (metros) Media \pm SD	
	Hombres (1063)	Mujeres (2356)
Media SD†	1,69 \pm 0,07	1,56 \pm 0,06
Por edad*		
20 - 29	1,71 \pm 0,08	1,59 \pm 0,07
30 - 39	1,71 \pm 0,07	1,58 \pm 0,06
40 - 49	1,70 \pm 0,07	1,58 \pm 0,06
50 - 59	1,70 \pm 0,06	1,56 \pm 0,06
60 - 69	1,67 \pm 0,06	1,54 \pm 0,05
70 - 79	1,65 \pm 0,06	1,53 \pm 0,05
80 o más	1,62 \pm 0,05	1,50 \pm 0,06

Datos continuos:

medias \pm desviación estándar de la media

†Prueba de t-student diferencia entre géneros $p < 0,001$

*Prueba de ANOVA diferencias según edad, raza, estrato social y nivel académico $p < 0,001$

Interpretación

La población adulta venezolana presentó un promedio de talla de 1,69 metros para hombres y 1,56 metros para mujeres. Un estrato social y nivel académico más altos se asociaron con una talla mayor ($p < 0,001$). Mientras que a mayor edad y de raza Amerindio presentaron menor talla. La información de la talla y su tendencia puede ayudar a entender el impacto nutricional y ambiental, social, económico y político en la salud de los niños y adolescentes. **Conclusión:** Se evidenció en la población venezolana una talla más alta en individuos con estrato socioeconómico y nivel académico superior.

Prevalencia de Conductas de Riesgo Cardiometabólico en Adultos de la Comunidad Indígena Maniapure, Región Guayana de Venezuela

Maritza Durán⁴, Adrián Trujillo², Roberto Rohuana², Sheilly Piña², Luis Torres², Eunice Ugel³, María Inés Marulanda¹, Juan P. González-Rivas⁴, Ramfis Nieto-Martínez⁵

Resumen

Antecedente: Mundialmente las conductas de riesgo cardiometabólico en los pueblos indígenas son el principal factor predisponente de enfermedades cardiovasculares. En Venezuela las enfermedades crónicas no transmisibles, asociadas a estilos de vida modificables, representan el 46,56% del total de mortalidad, sin embargo, para el momento, según nuestro conocimiento, en la etnia E'ñepá no se ha realizado un estudio que evalúe las conductas de riesgo cardiometabólico de esta población.

Objetivo: Determinar la prevalencia de las conductas de riesgo cardiometabólico en adultos de la comunidad indígena Biscochuelo, Etnia E'ñepá de la región Guayana de Venezuela evaluados en el Estudio EVESCAM. **Métodos:** Estudio poblacional, observacional, de corte transversal y de muestreo aleatorio poliestratificado por conglomerados. Se evaluaron 42 individuos de ≥ 20 años de edad, ambos géneros, pertenecientes a la Etnia E'ñepá, región Guayana de Venezuela. A través del cuestionario EVESCAM se determinó el consumo de alcohol, tabaco, frutas y vegetales; el nivel de actividad física se evaluó con la escala IPAQ corto; el estado nutricional se estimó a través del índice de masa corporal (IMC): bajo peso $< 18,5$ kg/m²; normopeso entre 18,5 a 24,9 kg/m²; sobrepeso entre 25 a $< 29,9$ kg/m²; y obesidad ≥ 30 kg/m². Obesidad abdominal se definió como ≥ 94 cm en hombres y ≥ 90 cm en mujeres. **Resultados:** ver tabla.

Tabla. Prevalencia de Conductas de Riesgo Cardiometaabólico en la comunidad indígena Maniapure

Características generales de la población			
	Masculino	Femenino	Total
N y %	22 (52,38%)	20 (47,62%)	42 (100%)
Edad (años)	39,55 ±13,91	39,20 ± 13,36	39,38±13,48
IMC (kg/m²)	21,16 ± 1,63	20,31 ± 2,53	20,76 ±2,13
Perímetro abdominal (cm)*	78,05 ± 6,25	73,80 ± 5,15	76,03 ±6,08
Porcentaje de grasa (%)	12,82 ± 3,13	14,02 ± 5,75	13,42 ±4,55
Conductas de riesgo según género %			
	Masculino	Femenino	Total
Obesidad	0	0	0
Sobrepeso	4,5	5,5	4,8
Obesidad abdominal	0	0	0
Inactividad física	10	15	12,5
Tabaquismo	0	0	0
Consumo de alcohol			
Bebedor ligero	19	0	10
Consumo de frutas Diario	40,9	35	38,1
Consumo de vegetales Diario	40,9	30	35,7

Datos continuos: medias ± desviación estándar de la media. Tasas presentadas como porcentajes. $p < 0,05$ fue considerada estadísticamente significativa.

Determinación del punto de corte de la circunferencia óptima de la cintura para la agregación de múltiples factores de riesgo en la población venezolana

Juan P. González-Rivas⁴, Maritza Durán⁴, Diana De Oliveira-Gomes⁷, Rocío Iglesias-Fortes⁷, De, Erik L. Dávila Alcalá⁷, María Inés Marulanda¹, Eunice Ugel³, Ramfis Nieto-Martínez⁵

Resumen

Antecedentes: La circunferencia abdominal (CA) es un indicador indirecto de grasa abdominal, existiendo una correlación entre la CA y el síndrome metabólico (SM). El Grupo Latinoamericano para el Estudio del Síndrome Metabólico (GLES-MO) en el 2011, utilizando un área de tejido adiposo visceral ≥ 100 cm² detectada a través de

tomografía computarizada, recomendó para Latinoamérica puntos de corte de CA de 90 cm para mujeres y 94 cm para hombres. En Venezuela, en el año 2014 se realizaron dos estudios: en Maracaibo se determinaron puntos de corte de 90.25 cm para mujeres y 95.15 cm para hombres a través de la medición de CA y agregación de 2 o más componentes para SM. Así mismo, en San Cristóbal, con una metodología similar, determinaron puntos de corte de 88,75 cm y 95,25 cm, para mujeres y hombres respectivamente. No hay estudios de determinación de puntos de corte de CA que incluyan a toda la población venezolana. **Objetivo:** Determinar los puntos de corte de circunferencia de cintura óptimos para agrupar 2 o más componentes del SM. **Métodos:** estudio nacional de muestreo por conglomerados, aleatorizado y de base poblacional, que evaluó a 3.420 adultos entre julio de 2014 y enero de 2017, con una tasa de respuesta del 77,3%. Se realizaron mediciones antropométricas y de laboratorio y se construyeron curvas ROC de CA para la detección de 2 o más componentes de SM. **Resultados:** ver tabla.

Tabla.

Factores de riesgo metabólico	Mujeres	Hombres
Punto de corte (cm)	89,95	93,73
ABC	0,84	0,85
Sensibilidad (%)	87,61	83,96
Especificidad (%)	74,4	79,07
Índice de Youden	0,61	0,63
LR +	3,42	4,01
IMC (Kg/m ²)	27,27	26,4

ABC: área bajo la curva, IMC: índice de masa corporal

Discusión

Los óptimos puntos de corte para detectar 2 o más componentes del SM fueron 90 cm para mujeres y 94 cm para hombres, similar a los reportado por GLESMO y muy cercano a lo observado en estudios previos en el país. Los resultados contrastan con los propuestos por la Federación Internacional de Diabetes, quienes recomendaron usar puntos de corte específicos para cada grupo étnico, estableciendo para los Latinoamericanos usar el punto de corte de los Sur Asiáticos ≥ 90 cm

RESÚMENES DE LOS TRABAJOS DE LA PIRÁMIDE DE INVESTIGADORES DEL EVESCAM PRESENTADOS EN EL XXIV CONGRESO VENEZOLANO DE MEDICINA INTERNA

en hombres y ≥ 80 cm en las mujeres. **Conclusión:** Los valores óptimos de CA en población venezolana para detectar 2 o más componentes del SM son 90 cm para mujeres y 94 cm para hombres.

Prevalencia de hábito tabáquico en Venezuela

Juan P. González-Rivas⁴, Maritza Durán⁴, Rocío Iglesias-Fortes⁷, Diana De Oliveira-Gomes⁷, Katherine A. Rosales-Pereira⁷, Leidy De Jesús-Henriques⁷, Fátima Piñero⁷, Erik L. Dávila Alcalá⁷, María Inés Marulanda¹, Eunice Ugel³, Ramfis Nieto-Martínez⁵.

Resumen

Antecedentes: La Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2015 estimó una prevalencia de tabaquismo de 17,1% en las Américas. El estudio CARMELA en 2008 reportó un rango de prevalencia del consumo de cigarrillos en ciudades capitales de Latinoamérica desde 21,8% en Barquisimeto hasta 45,4% en Santiago. El grupo de Carga Global de Enfermedades (GBD) estimó para Venezuela prevalencia de tabaquismo de 16,7% en hombres y 9,9% en mujeres. La prevalencia de tabaco no inhalado (TBNI) en una población rural de los Andes fue de 38% para el año 2011. Ningún estudio ha reportado la prevalencia de consumo de

tabaco en una muestra representativa de todo el país. **Objetivo:** Determinar la prevalencia del hábito tabáquico en Venezuela. **Métodos:** estudio nacional de muestreo por conglomerados, aleatorizado y de base poblacional, que evaluó a 3.420 adultos entre julio de 2014 y enero de 2017, con una tasa de respuesta del 77,3%. A través del cuestionario se determinó el consumo actual -últimos 12 meses- de tabaco activo y pasivo, así como, el consumo pasado -no consume en los últimos 12 meses- de tabaco inhalado y no inhalado. **Resultados:** ver tabla.

Discusión

La prevalencia de consumo actual de cigarrillos fue 10,8%, siendo inferior a lo estimado por la OMS y GBD. La prevalencia de TNI fue sólo 3%, muy inferior a la reportada para la población rural en Mérida. El consumo de tabaco tanto inhalado como no inhalado fue mayor en hombres que en mujeres, lo cual es consistente con lo señalado por la OMS y el GBD. Es probable que las intensas campañas de concientización sobre el uso de tabaco en Venezuela, asociado a su alto costo debido a la inflación expliquen estos resultados más bajos a lo esperado en la región. **Conclusión:** Se encontró una baja prevalencia de consumo de tabaco inhalado y no inhalado en Venezuela.

Tabla. Prevalencia de uso de Tabaco por género

	n	Fumadores actuales	Ex fumadores	Fumadores pasivos	Tabaco no inhalado (Chimó)
Prevalencia cruda					
Total	3347	10.6	22.5	34.7	3.0
Hombres	1038	15.9*	33.5*	34.1	7.0*
Mujeres	2309	8.2	17.6	35.0	1.2
Prevalencia ajustada por edad					
Total	3347	11.7	19.5	39.3	4.1
Hombres	1038	17.0*	27.0*	38.9	7.3*
Mujeres	2309	6.9	12.6	39.7	1.1

Los datos se presentan en porcentaje (95% CI).

Las diferencias entre géneros fueron evaluadas con el test de chi-cuadrado *p < 0.001.

Filiaciones Institucionales

- 1 Endocrine Associates of Florida. Clinical Research Department. Orlando, Florida, USA
- 2 Universidad De Oriente (UDO), Ciudad Bolívar, Venezuela
- 3 Departamento de Medicina Preventiva y Social. Decanato de Ciencias de la Salud. Universidad Centro-Occidental “Lisandro Alvarado”, Barquisimeto, Venezuela
- 4 Fundación para la Investigación Clínica, Salud Pública y Epidemiológica de Venezuela (FIS-PEVEN), Caracas, Venezuela
- 5 Geriatric Research, Education and Clinical Center (GRECC), Miami VA Healthcare System, Miami, FL, USA. South Florida Veterans Affairs Foundation for Research & Education. Miami, USA
- 6 Escuela de Medicina, Universidad de Carabobo, Valencia
- 7 Universidad Central de Venezuela (UCV), Caracas, Venezuela
- 8 Universidad de los Andes (ULA), Mérida, Venezuela