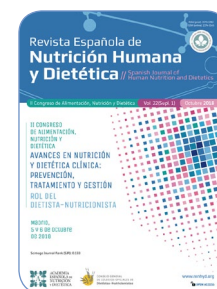


II CONGRESO DE ALIMENTACIÓN, NUTRICIÓN Y DIETÉTICA

AVANCES EN NUTRICIÓN Y DIETÉTICA CLÍNICA: PREVENCIÓN, TRATAMIENTO Y GESTIÓN ROL DEL DIETISTA-NUTRICIONISTA



www.renhyd.org



INVESTIGANDO EN EPIDEMIOLOGÍA,
NUTRICIÓN COMUNITARIA
Y SALUD PÚBLICA

O-025: Evaluación de la vulnerabilidad en la estructura familiar en la efectividad de un programa preventivo de obesidad infantil: Estudio IDEFICS

Alelí M Ayala-Marín^{1,2,*}, Pilar De Miguel-Etayo^{1,2,4}, Javier Santabárbara^{5,6}, Isabel Iguacel^{1,2,4}, Luis A Moreno^{1,2,3,4}

¹Grupo de investigación Crecimiento, Ejercicio, Nutrición y Desarrollo (GENUD), Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Zaragoza, Zaragoza, España. ²Instituto de Investigación Sanitaria Aragón, Zaragoza, España. ³Departamento de Fisiología y Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Zaragoza, Zaragoza, España. ⁴Instituto Universitario de Investigación Mixto Agroalimentario de Aragón (IA2), Universidad de Zaragoza, Zaragoza, España. ⁵Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM), Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España. ⁶Departamento de Microbiología, Medicina Preventiva y Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Zaragoza, Zaragoza, España.

*751405@celes.unizar.es

Introducción: La obesidad es uno de los grandes retos de salud pública para el siglo XXI. IDEFICS fue una intervención conductual cuyo objetivo fue prevenir la obesidad en niños de 2,0–9,9 años de 8 países europeos. Nuestro objetivo fue evaluar si la efectividad de la intervención en el puntaje-Z del índice de masa corporal (IMC) fue diferente dado al patrón de vulnerabilidad en la estructura familiar. **Métodos:** El análisis incluyó los datos de 11.041 niños. El patrón de vulnerabilidad en la estructura familiar se definió como la evolución de la vulnerabilidad desde el inicio (T0) hasta el seguimiento (T1). Se consideraba a un niño vulnerable si no vivía con ambos padres biológicos. Realizamos la prueba t-student para comparar la diferencia en medias (T1-T0) del puntaje-Z del IMC entre el grupo intervención y control para cada patrón de vulnerabilidad. **Resultados:** La diferencia en medias del puntaje-Z del IMC para las niñas que eran vulnerables en T0 y T1 difirió significativamente entre el grupo intervención y control (0,04±0,62 versus 0,13±0,59, respectivamente; p=0,048). Entre las niñas del grupo intervención y control con un patrón de vulnerable en T0 a no-vulnerable en T1, se observó un efecto pequeño en la diferencia en medias del puntaje-Z del IMC (0,09±0,61 versus 0,23±0,66, respectivamente; d-Cohen=0,22). En los patrones de vulnerabilidad antes mencionados, y en el patrón de no-vulnerable en T0 y T1 (0,06±0,63 versus 0,10±0,54; p=0,041), las niñas del grupo intervención obtuvieron un mejor resultado que las niñas del grupo de control. Sin embargo, en los niños, la diferencia en medias del puntaje-Z del IMC para todos los patrones de vulnerabilidad no difirió entre los grupos

intervención y control. **Conclusiones:** Futuros programas de prevención en obesidad deben considerar esta vulnerabilidad en el diseño de intervenciones. Es posible que las familias vulnerables necesiten diferentes estrategias para ayudar a los niños a reducir su IMC.

CONFLICTO DE INTERESES: Los autores expresan que no hay conflictos de interés al redactar el manuscrito.

O-039: Actitudes alimentarias de población adulta en el manejo de la hipertensión arterial: Revisión de estudios cualitativos

Gerardo Martínez Martínez^{1,*}, Ana Lucía Noreña Peña¹, Rocío Ortiz Moncada^{1,2}

¹Grupo de investigación en Alimentación y Nutrición (ALINUT), Departamento de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Alicante, San Vicente del Raspeig, España. ²Departamento de Enfermería Comunitaria, Medicina Preventiva y Salud Pública e Historia de la Ciencia, Universidad de Alicante, San Vicente del Raspeig, España.

*gm.dietistanutricionista@gmail.com

Introducción: La hipertensión arterial (HTA) es causa principal de morbimortalidad en el mundo; siendo su prevalencia 35% en países desarrollados, causa 45% de muertes por cardiopatía y 51% por accidente cerebrovascular. En España, 33% de adultos presentan HTA, sólo la mitad de diagnosticados están controlados. Se han reportado actitudes alimentarias (prácticas/creencias) relacionadas con elevado consumo de fritos y refrescos, y bajo consumo de fruta. El objetivo fue explorar las actitudes alimentarias en adultos hipertensos a través de la revisión de evidencia disponible entre 2000-2018 con enfoque cualitativo. **Métodos:** Revisión bibliográfica en Web of Science, PubMed, SciELO, LILACS entre 2000-2018 y rastreo manual de estudios originales cualitativos sobre actitudes alimentarias respecto HTA en inglés/español/portugués, libre acceso y población adulta. Palabras clave: comportamiento alimentario, actitud, creencia, hipertensión, investigación cualitativa. Variables estudio: (i) año publicación/objetivo; (ii) metodología (diseño/muestra/recolección/análisis); (iii) resultados: tipo alimento (alimentos/elementos/productos); actitud alimentaria (creencia/práctica alimentaria); caracterización alimento (consideración si alimento debería 1-aumentarse, 2-reducirse, 3-no específica), y si se relaciona con 1-causa, 2-prevención, 3-tratamiento de HTA. Se realizó un análisis descriptivo. **Resultados:** 16 estudios cumplieron criterios inclusión de entre 248 recuperados. Un total de 22 alimentos fueron citados. El consumo sal/sodio fue el más mencionado (n=13), seguido de alcohol (n=9), grasa/fritos (n=8), azúcar-dulces (n=5), frutas-verduras (n=4), café/cafeína (n=3), otros (n=5): cerdo, alubias, pan, comida rápida picante. Se abordaron creencias (n=11) y/o prácticas (n=7) relacionadas con consumo de alimentos orientadas al tratamiento (n=11), causa (n=8) y prevención (n=3) de HTA. Entre las creencias alimentarias sobre causa HTA está consumo elevado: fritos, cerdo, comida rápida, alcohol, cafeína, y alimentos grasos azucarados (n=5). Consideraron reducir: comida rápida y tamaño ración (n=2); evitar: sal, azúcar-dulces y alimentos grasos (n=1) como medidas preventivas. Reducir: sal (<5g/día), café/cafeína, alcohol, grasa (n=8); y aumentar frutas-verduras (n=3) como tratamiento. Entre prácticas alimentarias para tratamiento: reducir sal, fritos, azúcares, pan y alubias (n=5), evitar alcohol, sal, plátano (n=2); aumentar sustitutos sal y frutas-verduras (n=3). **Conclusiones:** Los estudios cualitativos que exploran actitudes alimentarias sobre HTA resultan escasos. Ciertas creencias alimentarias son erróneas como ingesta de café y grasa (sin especificar) causa HTA; bajo consumo de alcohol y menor ingesta de azúcares para prevención. Estas creencias pueden conllevar a menor ingesta de fruta y consumo moderado de bebidas alcohólicas. Existe ausencia de estudios sobre actitudes alimentarias respecto alimentos beneficiosos (legumbres/frutos secos/granos enteros) y perjudiciales (alimentos ultraprocesados) que influyen en HTA.

CONFLICTO DE INTERESES: Los autores expresan que no hay conflictos de interés al redactar el manuscrito.

O-053: Valoración de la actividad física durante la menopausia mediante un cuestionario validado

Ignacio Lillo Monforte^{1,*}, Marta Lamarca Ballestero², Patricia Rubio Cuesta²,
Laura Baquedano Mainar², Yasmina José Gutiérrez², Iva Marques-Lopes¹

¹Facultad de Ciencias de la Salud y del Deporte, Universidad de Zaragoza, Huesca, España.

²Servicio de Ginecología, Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España.

*ignaciolillomonforte@gmail.com

Introducción: La literatura científica disponible muestra que la realización de ejercicio físico durante la menopausia aumenta la fuerza muscular y mejora la agilidad y el equilibrio, además de mejorar otros indicadores de salud y calidad de vida. La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda la realización de 150 minutos semanales de actividad física moderada-vigorosa. El objetivo de este estudio fue valorar la actividad física realizada por las pacientes menopaúsicas y su adecuación a las recomendaciones. **Métodos:** Estudio analítico, longitudinal y prospectivo realizado en pacientes menopaúsicas menores de 69 años atendidas en el Hospital Universitario Miguel Servet. La actividad física se valoró mediante el cuestionario validado internacional de actividad física (IPAQ). En función de las unidades de medida del test (MET) obtenidas en una semana, se clasificó en sedentarismo (<600MET/semana), actividad física moderada (600–3.000MET/semana) o actividad vigorosa (>3.000MET/semana). **Resultados:** La edad media de las pacientes atendidas fue de 60,7±5,4 años. La media de actividad física realizada por las pacientes fue de 1.688,6±1.910MET/semana. La mayoría de las pacientes realizaron una actividad física moderada (51,1%), seguido del grupo de pacientes sedentarias (29,8%) y del grupo de actividad física vigorosa (19,1%). La media de minutos semanales de actividad moderada-vigorosa (133,7±215 minutos) se encontró por debajo de los valores recomendados por la OMS (150minutos/semana) pero sin alcanzar la significación estadística (p=0,607). Las pacientes obesas realizaron menor actividad física (865,8±776MET/semana vs. 1.857,4±2.033MET/semana, p=0,027). **Conclusiones:** Las mujeres menopaúsicas en nuestro medio no alcanzan el nivel de actividad física recomendado por la OMS, siendo peor el cumplimiento en las pacientes con mayor IMC, contrariamente a lo que sería aconsejable. Se debe insistir desde nuestras consultas en los beneficios de la realización de ejercicio físico en esta etapa de la vida, y especialmente en las mujeres que padecen obesidad.

CONFLICTO DE INTERESES: Los autores expresan que no hay conflictos de interés al redactar el manuscrito.

O-057: Consumo de bebidas edulcoradas en escolares urbanos mexicanos: Caracterización y asociación con adiposidad e indicadores metabólicos

Marcos Galván García^{1,*}, Alberto Ortega Garrido¹, Marco González Unzaga¹, Guadalupe López Rodríguez¹,
Jhazmín Hernández Cabrera¹, Paula López Rivera¹, Hugo Amigo Cartagena²

¹Instituto de Ciencias de la Salud, Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, Pachuca de Soto, México.

²Departamento de Nutrición, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile.

*mgalvan73@hotmail.com

Introducción: De acuerdo con Euromonitor los países de América del Norte y América Latina tienen un consumo de 150 y 110kcal/día/per cápita de bebidas edulcoradas (BE), respectivamente; y existe evidencia de que su consumo incrementa el riesgo de sobrepeso u obesidad y favorece la resistencia a insulina. El objetivo de esta investigación fue caracterizar el consumo de bebidas edulcoradas y su asociación con adiposidad e indicadores metabólicos en escolares urbanos mexicanos. **Métodos:** Se realizó estudio transversal analítico en una muestra de escolares de escuelas primarias públicas de Pachuca, Hidalgo, México. Se evaluó el consumo de bebidas de una semana mediante un diario, se midió peso, talla, porcentaje de grasa, glucosa y triglicéridos; y se aplicó cuestionario de nivel socioeconómico (NSE). Se describen frecuencias, cantidades de consumo y aportes de calóricos de BE con proporciones, medias e IC95%, y se estimó asociación utilizando modelos de

regresión lineal mixtos (MRLM) controlando variables de confusión e interacción. **Resultados:** Se reporta información de 262 escolares, siendo 45% del sexo masculino con 9,3 años de edad (IC95%:9,1–9,4). El 1,9% de los escolares presentó bajo peso, el 53,9% peso normal y el 44% sobrepeso u obesidad. Las bebidas más consumidas fueron lácteos, refrescos y bebidas saborizadas (487mL/día, 146mL/día y 35mL/día, respectivamente). El 85,9% fueron bebidas con edulcorantes calóricos, el 12,6% con mixtos y el 1,4% con no calóricos. La ingestión calórica a partir de las bebidas edulcoradas fue de 357kcal/día. En MRLM ajustados por sexo, NSE y edad, el consumo de bebidas con edulcorantes calóricos incrementó en 0,52 el zIMC (IC95%:0,02–1,01) y aumentó en 5,63mg/dL la glucosa (IC95%:0,27–10,99). **Conclusiones:** Considerando el alto consumo de bebidas edulcoradas en escolares mexicanos y el riesgo de incremento de IMC y glucosa, deben tomarse medidas que disminuyan su consumo.

CONFLICTO DE INTERESES: Los autores expresan que no hay conflictos de interés al redactar el manuscrito.

O-058: Adherencia a la Dieta Mediterránea en la *Comunitat Valenciana*

Nadia San Onofre Bernat^{1,*}, Eva M^a Trescastro-López¹, Joan Quiles i Izquierdo²

¹Departamento de Enfermería Comunitaria, Medicina Preventiva y Salud Pública e Historia de la Ciencia, Universidad de Alicante, San Vicente del Raspeig, España. ²Dirección General de Salud Pública, Servicio de promoción de la salud y prevención en las etapas de la vida, Consellería de Sanitat Universal i Salut Pública, Generalitat Valenciana, Valencia, España.

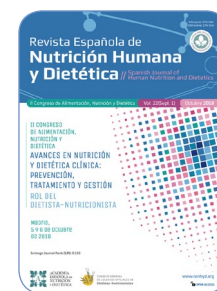
*sanonofre.nadia@gmail.com

Introducción: La Dieta Mediterránea es uno de los patrones dietéticos con mayor evidencia en cuanto a sus beneficios en salud, se le ha demostrado un papel preventivo en las enfermedades cardiovasculares, degenerativas y crónicas. La finalidad del estudio ha sido evaluar la calidad de la dieta de la población adulta de la *Comunitat Valenciana* referida al patrón tradicional de Dieta Mediterránea. **Métodos:** Estudio transversal de una muestra de 2.728 personas de 16 y más años participantes en la Encuesta de Nutrición de la *Comunitat Valenciana* 2010-2011. Las variables alimentarias se han recogido mediante un Cuestionario de Frecuencia de Consumo de Alimentos, contemplando para el análisis las variables de sexo y edad. Como índice de calidad de dieta se ha utilizado la puntuación modificada de Dieta Mediterránea. **Resultados:** Las medianas obtenidas para cada grupo de alimento analizado han sido de: 3,06 raciones al día de verduras; 0,46 de legumbres; 1,95 entre frutas y frutos secos; 2,86 de lácteos; 0,94 de carne; 0,85 de pescado; 293,80 gramos de hidratos de carbono complejos, 1,52 gramos de etanol y una relación de ácidos grasos monoinsaturados y saturados igual a 1. Un 26,21% se clasificó en el rango más bajo de calidad (entre 0 y 4 puntos). El 42,34% de la población ha obtenido una puntuación entre 4 y 5 y un 31,45% de la población fue clasificada en el rango más alto de la escala (entre 6 y 9 puntos). **Conclusiones:** Según el patrón modificado de Dieta Mediterránea se puede estimar poblacionalmente el cumplimiento del patrón dietético. Uno de cada cuatro adultos de la *Comunitat Valenciana* es susceptible de estrategias de promoción para una alimentación más saludable.

CONFLICTO DE INTERESES: Los autores expresan que no hay conflictos de interés al redactar el manuscrito.

II CONGRESO DE ALIMENTACIÓN, NUTRICIÓN Y DIETÉTICA

AVANCES EN NUTRICIÓN Y DIETÉTICA CLÍNICA: PREVENCIÓN, TRATAMIENTO Y GESTIÓN ROL DEL DIETISTA-NUTRICIONISTA



www.renhyd.org



NUTRICIÓN Y ALIMENTACIÓN EN LAS
DIFERENTES ETAPAS DE LA VIDA:
PEDIATRÍA, EMBARAZO, LACTANCIA,
GERIATRÍA Y/O DEPORTE

O-019: La suplementación con probióticos mejora marcadores de inflamación y riesgo cardiovascular en niños con obesidad y resistencia insulínica en un ensayo de intervención doble ciego, aleatorizado y controlado con placebo

Jesús Sanchis Chordà^{1,*}, Lucía Redondo Cuevas², Joaquín Carrasco Luna^{1,2}, Pilar Codoñer Franch^{1,3}

¹Departamento de Pediatría, Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina y Odontología, Universidad de Valencia, Valencia, España. ²Departamento de Ciencias Experimentales y Matemáticas, Facultad de Veterinaria y Ciencias Experimentales, Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir, Valencia, España.

³Servicio de Pediatría, Hospital Universitario Doctor Peset, Valencia, España.

*jschorda@gmail.com

Introducción: La microbiota intestinal es una novedosa y prometedora diana terapéutica para el tratamiento de la obesidad y enfermedades asociadas. *Bifidobacterium pseudocatenulatum* CECT 7765 mejora alteraciones metabólicas e inmunológicas y restaura el daño vascular en modelos animales de obesidad. Según nuestra hipótesis, estos resultados podrían ser reproducibles en humanos. El presente ensayo clínico tiene como objetivo evaluar los efectos de la administración oral de este potencial probiótico en niños con obesidad y resistencia insulínica. **Métodos:** Estudio clínico de intervención doble ciego, aleatorizado y controlado durante 13 semanas. 48 niños/as (7-16 años) con obesidad ($z\text{-IMC} \geq 2$) y resistencia insulínica (índice HOMA-IR $> 3,16$), se distribuyeron en un grupo probiótico (tomaron una dosis diaria de $1 \times 10^9\text{-}10$ UCF) y un grupo placebo. Todos recibieron idénticas pautas de alimentación basadas en la reducción de ultraprocesados y la promoción de frutas, hortalizas y tubérculos. Al inicio y al final de la intervención se tomaron medidas antropométricas y bioquímicas a los participantes, y se analizó la ingesta dietética con un recordatorio de ingesta de alimentos de tres días. **Resultados:** Se observó una disminución significativa en los niveles de PCR-us ($P=0,026$) y MCP1 ($P=0,032$), así como un aumento de c-HDL ($P=0,035$) y omentina-1 ($P=0,023$) en el grupo probiótico en comparación con el placebo. Ambos grupos experimentaron una disminución significativa del $z\text{-IMC}$ después de la intervención, lo que sugiere que los cambios de peso están relacionados con el asesoramiento dietético. No existieron diferencias en la ingesta calórica y nutricional entre grupos. **Conclusiones:** La ingesta diaria

de 1x10⁹-10 UCF de *B. pseudocatenulatum* CECT 7765 mejora marcadores del estado inflamatorio y del riesgo cardiovascular en niños con obesidad y resistencia insulínica. Unas pautas de alimentación basadas en la reducción de ultraprocesados y la promoción de frutas, hortalizas y tubérculos, son efectivas para hacer frente a la obesidad infantil.

CONFLICTO DE INTERESES: Los autores expresan que no hay conflictos de interés al redactar el manuscrito.

O-024: Determinación de somatotipo en jugadoras élite de la Primera División española de fútbol sala

Mónica Castillo Martínez^{1,*}, José Miguel Martínez Sanz¹, Aurora Norte¹, Isabel Sospedra¹

¹Departamento de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Alicante, San Vicente del Raspeig, España.

*moncasmar@gmail.com

Introducción: Para cualquier deporte es vital identificar variables capaces de influenciar positivamente en los resultados deportivos. El fútbol sala es un deporte de equipo intermitente de alta intensidad que requiere de los jugadores demandas físicas, técnicas y tácticas, se pasa del 50% del tiempo a intensidades superiores al 90% de su frecuencia cardíaca máxima. No existen recomendaciones ni somatotipo específico para este deporte. El objetivo de este estudio es describir el perfil antropométrico de jugadoras de élite de fútbol sala españolas. **Métodos:** Se evaluó a 66 jugadoras de élite adultas (23±4,78 años) de la 1ª División Femenina de la Liga Española de Fútbol Sala. Un antropometrista acreditado de nivel 1 tomó las medidas según el protocolo antropométrico de la *Society for the Advancement of Kinanthropometry* (ISAK), con material homologado según la metodología de Marfell-Jones *et al.* Se calculó la composición corporal según el consenso de cineantropometría y el somatotipo según Heath-Carter. **Resultados:** Los resultados muestran una composición corporal distribuida de la siguiente manera: 13,63% ±2,56 peso graso, (8,26±2,28kg); 46,38±4,15% peso muscular (27,57±2,11kg); 15,82±1,26% peso óseo (9,59±1,12kg) y un somatotipo con los componentes endomorfo 4,11±0,94; mesomorfo 3,30±1,10; ectomorfo 2,16±0,74, presentando una media de somatotipo endomorfo-mesomorfo. **Conclusiones:** Esta determinación del somatotipo en jugadoras de fútbol sala permite establecer un criterio básico en cuanto a composición corporal para la práctica de fútbol sala de alta competición. Se requieren más estudios relacionados con otros factores relacionados con el perfeccionamiento deportivo para poder unir estos resultados con unas recomendaciones dietéticas que demuestren su eficacia en cuanto a rendimiento.

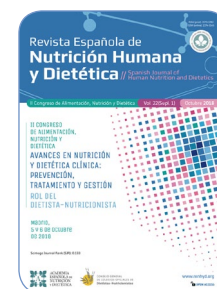
CONFLICTO DE INTERESES: Los autores expresan que no hay conflictos de interés al redactar el manuscrito.

II CONGRESO
DE ALIMENTACIÓN,
NUTRICIÓN Y DIETÉTICA

II CONGRESO DE ALIMENTACIÓN, NUTRICIÓN Y DIETÉTICA

AVANCES EN NUTRICIÓN Y DIETÉTICA CLÍNICA: PREVENCIÓN, TRATAMIENTO Y GESTIÓN

ROL DEL DIETISTA-NUTRICIONISTA



www.renhyd.org



DIETOTERAPIA Y NUTRICIÓN APLICADA: ÁMBITO HOSPITALARIO, atención primaria y consulta privada

O-011: Pérdida de peso previa a cirugía de banda gástrica

Narelia Hoyos Pérez¹, Margarita Diez Muñiz-Alique^{1,*}, Narelia Hoyos Pérez¹,
Iñigo Tejado Elviro¹, M^a Dolores Andreu Gósalvez¹

¹Servicio de Endocrinología Hospital Sierrallana, Torrelavega, España.

*maydiezma@hotmail.com

Introducción: La obesidad mórbida es una enfermedad de gran prevalencia actualmente. La respuesta a medidas higiénico-dietéticas y farmacológicas frecuentemente es escasa, por lo que la cirugía bariátrica se plantea como una alternativa eficaz. La banda gástrica es una técnica restrictiva, sencilla y reversible que no altera el intestino evitando así las complicaciones de otras técnicas. **Objetivo:** Analizar los datos referentes a la pérdida de peso previa a la cirugía de un grupo de 93 pacientes intervenidos con banda gástrica en nuestro hospital. **Métodos:** Se instauró un protocolo de actuación consistente en una dieta líquida de muy bajo contenido calórico los 15 días previos a la intervención quirúrgica que se mantenía además dos semanas tras la cirugía. Esta dieta de aproximadamente 700kcal se basaba en lácteos desnatados, zumo de fruta natural y dos suplementos orales hiperproteicos hipocalóricos diarios. **Resultados:** La edad media total fue de 48 años (intervalo 20–69 años); 70 mujeres y 23 varones. Se analizó el IMC previo al inicio del protocolo dietético en 81 pacientes (21 varones y 60 mujeres) con un resultado medio de 44; tras 15 días con el tratamiento dietético encontramos un IMC previo a la colocación de banda gástrica de 42,3. En el caso de los varones la media de IMC previo fue de 43,6±4,5 y posterior a la dieta 41,6±3,48; en las mujeres el IMC inicial era 44,12±4,5 y antes de la intervención de 42,5±4,3. No se observaron efectos adversos secundarios durante el tratamiento dietético prequirúrgico. **Conclusiones:** La pérdida de peso previa a la cirugía bariátrica es importante ya que contribuye a la disminución del volumen del hígado y tejido graso que rodea a intestino y pared abdominal, lo que facilita técnicamente la intervención. Una dieta hiperproteica y baja en calorías ayuda a conseguir este objetivo.

CONFLICTO DE INTERESES: Los autores expresan que no hay conflictos de interés al redactar el manuscrito.

O-055: Efecto de la dieta cetogénica en el perfil lipídico en niños con epilepsia refractaria

Marta Tejón Fernández^{1,*}, Rafael Galera Martínez², Melinda Moriczi², Patricia Aguilera López³, Daniela Meneses Moreno⁴, Antonio Bonillo Perales¹

¹Servicio de Pediatría, Hospital Torrecárdenas, Almería, España. ²Unidad de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica, Servicio de Pediatría, Hospital Torrecárdenas, Almería, España. ³Unidad de Neuropediatría, Servicio de Pediatría, Hospital Torrecárdenas, Almería, España. ⁴Nutricia, Madrid, España.

*martatejondn@gmail.com

Introducción: La dieta cetogénica (DC) es una dieta rica en grasas y pobre en carbohidratos y lípidos que se emplea como terapia en la epilepsia infantil refractaria. Sin embargo, y a pesar de su efectividad, existe controversia acerca de sus efectos sobre la salud cardiovascular. El objetivo fundamental fue evaluar el efecto de la DC sobre el perfil lipídico en pediatría.

Métodos: Se realizó un estudio observacional prospectivo en pacientes pediátricos con epilepsia refractaria tratados con DC durante al menos 6 meses. Se recogió información de edad, sexo, antropometría, colesterol total (CT), LDL, HDL, triglicéridos (TG) y calibración de la DC al inicio y a los 6 meses de tratamiento. **Resultados:** Se incluyeron 4 pacientes. Todos eran varones con edad media de 10,75 años y z-score IMC -0,04. En 2 pacientes se observó reducción del número de crisis >90% y en los otros dos >50%. Tras 6 meses de tratamiento con DC hubo un aumento de HDL (60,92 vs. 57,75mg/dL) y disminución de la ratio CT/HDL (3,17 vs. 2,91), aunque sin alcanzar significación estadística. El resto de parámetros se mantuvieron estables. Por separado, en 3 pacientes el CT y fracción LDL disminuyeron tras 6 meses, mientras que en uno se observa una elevación considerable del CT (164 vs. 229mg/dL). En este caso el porcentaje de grasas saturadas de cadena larga de la DC era superior al resto. **Conclusiones:** Tras 6 meses de tratamiento con DC, la mayoría de los sujetos presentaron una reducción del CT, LDL y una mejora en la ratio CT/HDL. Estos resultados son similares a los descritos por Heussinger *et al.* aunque contrarios a otros trabajos que observan empeoramiento del perfil lipídico. La calidad de ácidos grasos de la DC parece ser un factor en la variación del perfil lipídico.

CONFLICTO DE INTERESES: El preparado utilizado para este estudio es suministrado por la empresa Nutricia S.R.L. DMM está contratada y recibe remuneración económica por parte de la empresa Nutricia S.R.L.

O-064: Intervención dietético-nutricional en el paciente con Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA)

Oihana Monasterio Jimenez^{1,*}, Laura Araceli Calles Romero¹, Natalia Covadonga Iglesias Hernández¹, Miren Amaia Larrinaga Landa¹, Alba Zabalegui Eguinoa¹, Luis Varona Franco², Amelia Oleaga Alday¹

¹Unidad de Nutrición, Servicio Endocrinología, Hospital Universitario Basurto, Bilbao, España.

²Servicio Neurología, Hospital Universitario Basurto, Bilbao, España.

*oihanamonasterio@hotmail.com

Introducción: La desnutrición en la ELA es frecuente debida al incremento del gasto energético, ingesta calórica deficiente y disfagia. Además, la pérdida de peso al diagnóstico es factor pronóstico independiente de supervivencia. El objetivo fue detectar los factores que influyen en el estado nutricional para realizar una intervención dietético-nutricional individualizada.

Métodos: Estudio retrospectivo de pacientes en primera consulta de endocrinología-nutrición entre enero 2016 y enero 2018. Se evaluaron datos antropométricos (peso, talla, pliegue tricipital y circunferencia braquial) y presencia de disfagia (test de cribado de disfagia EAT-10 y test de volumen-viscosidad). **Resultados:** Se evaluaron 70 pacientes con una edad media de 66,3 años (50% varones). 30 casos de inicio bulbar, 33 espinal y 7 espinales con síntomas bulbares. El 71,4% de los pacientes con ELA de inicio espinal con síntomas bulbares perdió peso, el 70% de los pacientes con tipo bulbar y el 57,6% de los pacientes con tipo espinal. De los pacientes con tipo bulbar el 40% padecía disfagia, en espinal 6% y en tipo espinal

con síntomas bulbares 43%. El 73,3% de los pacientes con ELA bulbar requirió intervención nutricional; 9 requirieron dieta de textura modificada (DTM), 1 dieta enriquecida (DE), 11 modificación de textura y dieta enriquecida/suplementación oral (DTM+DE/SNO) y 1 requirió colocación de gastrostomía terapéutica. En cuanto a ELA espinal, el 36,7% requirió intervención; 2 DE, 5 suplementación oral (SNO) y 4 DTM+DE/SNO. El 71,4% de los pacientes con ELA espinal con síntomas bulbares requirió intervención; 1 DE, 2 SNO y 3 DTM+DE/SNO. **Conclusiones:** La valoración nutricional al inicio de la enfermedad resulta imprescindible para la intervención individualizada, la figura del dietista-nutricionista dentro del equipo multidisciplinar es esencial para adecuar el aporte calórico-proteico y la textura de la dieta, disminuyendo así el riesgo de atragantamiento, neumonía por aspiración, deshidratación y desnutrición.

CONFLICTO DE INTERESES: Los autores expresan que no hay conflictos de interés al redactar el manuscrito.

O-082: Diseño de un enfoque práctico para el manejo de micronutrientes y otros nutrientes de interés en listas de intercambio de alimentos

Iva Marques-Lopes^{1,*}, Susana Menal Puey¹, Alfredo Martínez², Giuseppe Russolillo³

¹Facultad de Ciencias de la Salud y del Deporte, Universidad de Zaragoza, Huesca, España. ²Departamento de Ciencias de la Alimentación y Fisiología, Facultad de Farmacia, Universidad de Navarra, España.

³Academia Española de Nutrición y Dietética, Pamplona, España.

*imarques@unizar.es

Introducción: Las listas de intercambio de alimentos son útiles para controlar los tres macronutrientes y la energía de los planes dietéticos, pero pueden resultar insuficientes para el manejo de otros nutrientes en diferentes situaciones fisiológicas y patológicas. El objetivo de este trabajo fue diseñar un enfoque práctico para el manejo de nutrientes de interés en unas listas de intercambio de alimentos previamente elaboradas y publicadas por los autores. **Métodos:** Se realizaron 4 fases: I) selección de nutrientes de interés en situaciones fisiopatológicas; II) sobre la base de las cantidades de alimentos previamente publicadas por los autores se calcularon la media, desviación estándar y coeficiente variación de los nutrientes seleccionados en los grupos de alimentos y se clasificaron como ricos en dichos nutrientes teniendo en cuenta el Reglamento Europeo de Declaraciones Nutricionales y el de establecimiento del semáforo nutricional; III) se calculó el valor Z de todos los alimentos y señalando aquellos con $Z > 0$ o $Z < -2$ como alimentos con un contenido muy alto o bajo en los nutrientes seleccionados; IV) se estableció el valor de cada nutriente estudiado para cada grupo por redondeo del valor medio y, cuando el valor medio y el asignado por redondeo superaban un valor Z de 1, se asignó un valor medio diferente hasta conseguir ajustar el valor Z. **Resultados:** Se han obtenido las primeras listas de intercambio de alimentos con la unificación simultánea de los tres macronutrientes y energía con los siguientes nutrientes: ácidos grasos monoinsaturados, poliinsaturados y saturados, colesterol, azúcares añadidos, fibra, sodio, potasio, fósforo, calcio, hierro y vitamina D. **Conclusiones:** La inclusión de otros nutrientes a las listas de intercambio tiene un enorme interés en la práctica clínica para controlar la ingesta de aquellos alimentos en algunas situaciones como la obesidad, diabetes, enfermedad cardiovascular, renal y en estados fisiológicos como embarazo o lactancia.

CONFLICTO DE INTERESES: GR es presidente de la Academia Española de Nutrición y Dietética. El resto de autores expresan que no hay conflictos de interés al redactar el manuscrito.

O-095: Experiencia inicial con el balón intragástrico Elipse

Selena Borrachero Almodóvar^{1,*}, Gabriela Nicola Orejas¹, Alexandra Cruz Ritter¹,
David Del Bosque Gonzalez¹, Alberto Pagán Pomar¹

¹Centro Integral de Nutrición Islas Baleares, Palma, España.

*selena.borrachero@gmail.com

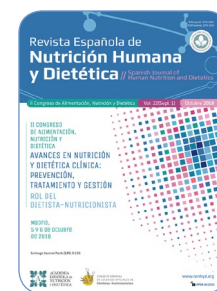
Introducción: El balón intragástrico Elipse es un dispositivo no invasivo, eficaz para la pérdida de peso. El objetivo fue evaluar los cambios de hábitos alimentarios y la pérdida de peso tras la colocación del balón Elipse. **Métodos:** El balón Elipse está integrado en una cápsula que se deglute y que, tras confirmar su correcta ubicación en el estómago, se llena con 500mL de líquido. Permanece en el estómago 4 meses, transcurridos los cuales se elimina espontáneamente y se excreta. Se recogieron los datos de peso y IMC previos y posteriores a la finalización del tratamiento, % de complicaciones, % de sobrepeso perdido, tiempo de seguimiento y grado de adherencia al tratamiento. **Resultados:** La muestra se compone de 14 sujetos con una edad media de 28,5±7,9 años. La gran mayoría (78,57%) son mujeres, frente a los hombres que representan el 21,42%. El peso medio inicial fue de 91,5±7,9 y el IMC medio 28,5±7,9kg/m². Tras su colocación únicamente presentaron náuseas el 9% de la muestra y no aparecieron complicaciones en ningún sujeto. Transcurridos 4 meses se observó una pérdida de peso media de 12,5±3,6kg, con un 41,5±1,2% de sobrepeso perdido y un IMC medio de 22,5±3,9kg/m². **Conclusiones:** El balón Elipse, junto a una adecuada adherencia al tratamiento, obtiene resultados óptimos en pérdida de peso y una baja incidencia de complicaciones.

CONFLICTO DE INTERESES: Los autores expresan que no hay conflictos de interés al redactar el manuscrito.

II CONGRESO DE ALIMENTACIÓN, NUTRICIÓN Y DIETÉTICA

II CONGRESO DE ALIMENTACIÓN, NUTRICIÓN Y DIETÉTICA

AVANCES EN NUTRICIÓN Y DIETÉTICA CLÍNICA: PREVENCIÓN, TRATAMIENTO Y GESTIÓN ROL DEL DIETISTA-NUTRICIONISTA



www.renhyd.org



GASTRONOMÍA, EDUCACIÓN Y CULTURA ALIMENTARIA: EJES DE LA DIFUSIÓN

O-052: Enriquecimiento en compuestos fenólicos derivados del hidroxitirosol en el aceite de oliva virgen extra de la variedad Racimilla mediante la incorporación de hoja de olivo

María Abenoza Giménez^{1,*}, Rosa Oria Almudí^{2,3}, Ana Cristina Sánchez-Gimeno^{2,3}

¹Departamento de Nutrición Humana y Dietética, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Isabel I, Burgos, España. ²Departamento de Tecnología de Alimentos, Facultad de Veterinaria, Universidad de Zaragoza, Zaragoza, España. ³Instituto Universitario de Investigación Mixto Agroalimentario de Aragón (IA2), Universidad de Zaragoza, Zaragoza, España.

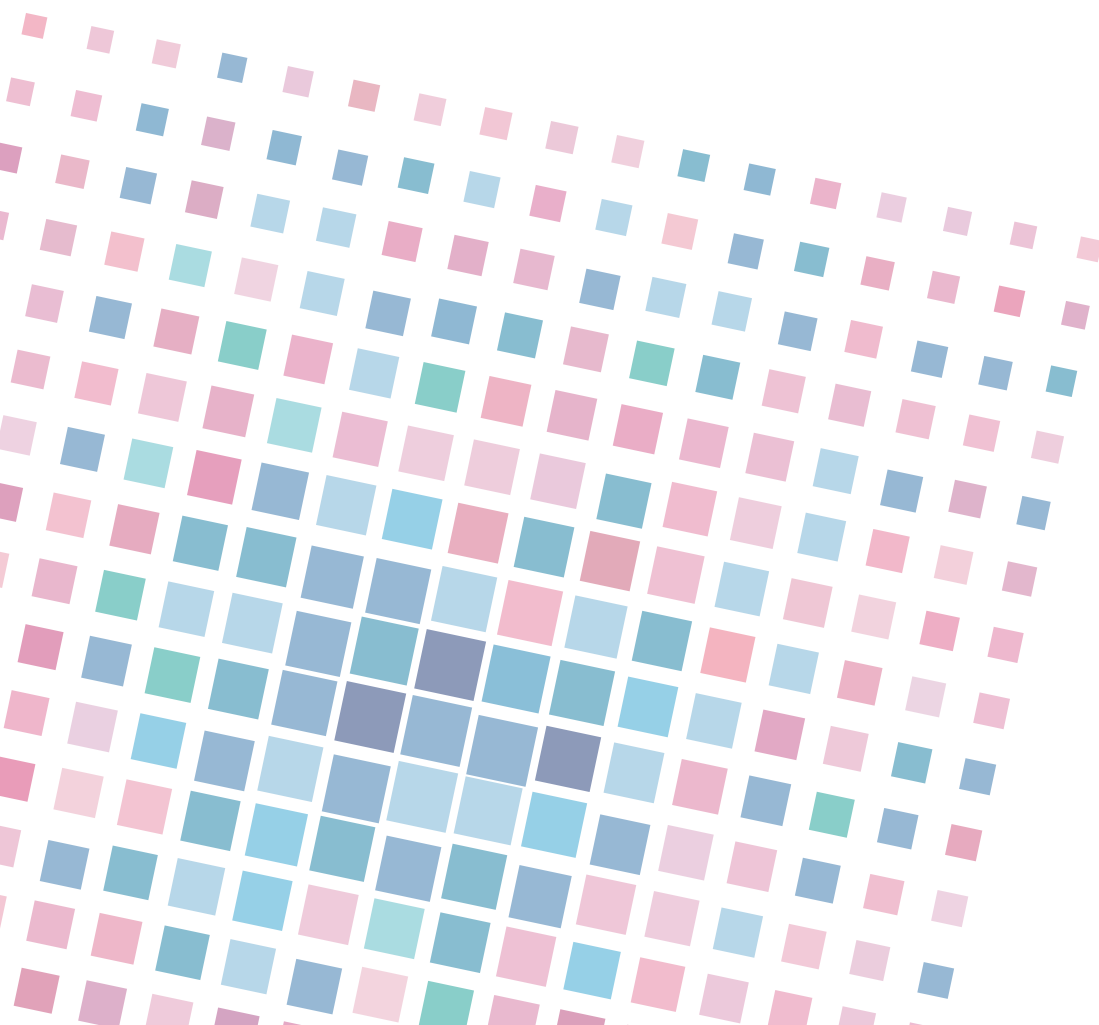
*maria.abenoza@ui1.es

Introducción: El aceite de oliva virgen extra de la variedad Racimilla ha sido escasamente caracterizado. El objetivo de este trabajo fue valorar la influencia de la incorporación de hoja de olivo en la elaboración de aceites de esta variedad, en la calidad y, especialmente, en el perfil de compuestos fenólicos. **Métodos:** Tras la recolección manual de las aceitunas de la variedad Racimilla se procedió a la obtención del aceite utilizando un equipo Abencor. Para ello, se dividieron las aceitunas, que contenían hojas, en dos lotes. Uno de ellos fue procesado incluyendo las hojas, y el otro tras su eliminación. Se obtuvieron dos aceites en los que se analizaron parámetros físico-químicos y sensoriales, como establece la legislación, así como el contenido en vitamina E y se identificaron los compuestos fenólicos individuales mediante HPLC-MS. **Resultados:** Ambos aceites cumplieron con los parámetros físico-químicos y sensoriales de la legislación para su clasificación comercial como aceites de oliva virgen extra. No se apreciaron diferencias entre ellos en el contenido en vitamina E. Sin embargo, la concentración de compuestos fenólicos, además de ser muy elevada, presentó grandes diferencias entre los aceites elaborados con y sin hoja, (2.185,25 y 1.066,41mg/kg respectivamente). El compuesto fenólico 3.4-DHPEA-EDA fue el que presentó las mayores diferencias entre ambos aceites, seguido del hidroxitirosol y la oleuropeína aglicona. Finalmente, el contenido en tirosol fue sólo ligeramente superior en el aceite procesado con las hojas. **Conclusiones:** La elaboración de aceites de la variedad Racimilla con la incorporación de hoja de olivo aporta

una mayor cantidad de compuestos fenólicos derivados del hidroxitirosol. Por otra parte, los aceites de esta variedad podrían incluir en su etiquetado nutricional la alegación de salud relativa a los compuestos fenólicos en el aceite de oliva potenciando el mercado de nuevos consumidores.

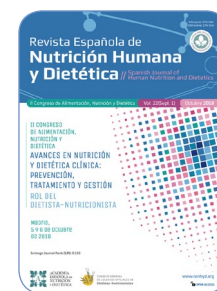
CONFLICTO DE INTERESES: Las autoras expresan que no hay conflictos de interés al redactar el manuscrito.

II CONGRESO DE ALIMENTACIÓN, NUTRICIÓN Y DIETÉTICA



II CONGRESO DE ALIMENTACIÓN, NUTRICIÓN Y DIETÉTICA

AVANCES EN NUTRICIÓN Y DIETÉTICA CLÍNICA: PREVENCIÓN, TRATAMIENTO Y GESTIÓN ROL DEL DIETISTA-NUTRICIONISTA



www.renhyd.org



INTERVENCIONES EN COLECTIVIDADES: PROMOTORES DE LA SALUD EN LA RESTAURACIÓN SOCIAL

O-021: Estudio nutricional en adolescentes con síndrome de Down

Mercedes Sirvent Blasco^{1,*}, Jesús Carrillo Soriano¹, M^a Carmen Méndez Torres¹, Ana Isabel Cascales Sánchez¹

¹Departamento de Tecnología de los Alimentos, Nutrición y Bromatología, Facultad Ciencias Sociosanitarias, Universidad de Murcia, Lorca, España.

*mercedes.sirvent1@um.es

Introducción: La población adolescente con síndrome de Down (SD) presenta patologías con malabsorción de vitaminas, enfermedad celíaca, diabetes tipo II y mayor prevalencia de sobrepeso y obesidad. La intervención nutricional puede compensar el déficit de nutrientes y normalizar el peso. El objetivo fue evaluar el estado nutricional y la ingesta alimentaria de adolescentes con SD para mejorar la calidad nutricional de la dieta y regular el peso. **Métodos:** Estudio nutricional corte transversal, 16 adolescentes SD: 9 chicos, 7 chicas, edad: 14±3,7 años. Evaluación antropométrica: Tablas percentiles Peso/Edad y Talla/Edad Fundación Catalana SD(4) (>p95 Exceso de peso, p10-p95 Normopeso, <p10 Bajo peso). Ingesta alimentaria: R24h 3 días, Cuestionario Frecuencia Consumo. Ingesta energética, nutrientes (RDI población española). **Software:** Dial Diet 1.19, SPSS 19.0. Media ± DE, t-Student, p<0,05. **Resultados:** Valores medios (chicos, chicas): Peso 49,33±21,88; 45±20,99kg; Talla 144,66±18,42; 141,42±19,07cm; Peso/Edad <p3-<p97, >p3-p97; Talla/Edad <p3-<p97, <p3->p97. Ingesta energética 2.096,5±356,8; 2.008,9±578,9kcal/día. Macronutrientes (%VCT): 46±5,9 HC; 14,5±2,4 Proteínas; 37,3±5,3 Grasas; 22,9±5,2 Azúcares; 16,2±4,6 AGM; 4,4±1,4 AGP; 12,8±1,9 AGS; 310,1±110,8mg/día Colesterol; 19,8±5,6g/día Fibra. Ingesta vitaminas B1, B2, B3, B6, B12, C, A, y K P, Se >RDI; vitamina E, Ca, Fe, I, Mg (chicas) <RDI; folato, Zn, Mg (chicos)<2/3RDI; vitamina D<1/3RDI. Dieta deficitaria en lácteos, cereales, verduras, frutas, agua, pescado, frutos secos, legumbres, excesiva en embutidos, hamburguesas, patés, snacks, mantequilla, refrescos. **Conclusiones:** Los adolescentes fueron siete normopeso, cuatro bajo peso, cinco con obesidad. Ingesta energética inferior a la recomendada, baja proporción HC, exceso de grasa saturada, colesterol, azúcares, deficitaria en fibra, riesgo alto ingesta inadecuada de vitamina D, folato, cinc, magnesio (chicos), probabilidad deficiencia vitamina E, yodo, hierro, calcio, magnesio (chicas). Se debe mejorar la calidad nutricional de la dieta, reducir la ingesta de grasa saturada y compensar el déficit de vitaminas y minerales.

CONFLICTO DE INTERESES: Los autores expresan que no hay conflictos de interés al redactar el manuscrito.

O-081: Intervención educativa nutricional sobre consumo de azúcar en escolares de educación primaria de Aspe (Alicante)

Alba Martínez García^{1,*}

¹Departamento de Enfermería Comunitaria, Medicina Preventiva y Salud Pública e Historia de la Ciencia, Universidad de Alicante, España.

*alba.martinez@ua.es

Introducción: El exceso de peso y la diabetes son un problema cada vez más frecuente en niños. En España, más de la mitad de la población infantil está por encima de su peso ideal, y la diabetes sigue una tendencia ascendente. Durante la infancia se establecen la mayoría de hábitos y conductas, por ello la escuela juega un papel básico en el proceso de adquisición y modificación de hábitos alimentarios. El objetivo es dar a conocer la cantidad máxima diaria de azúcar, las enfermedades asociadas a su consumo en exceso y la cantidad presente en alimentos ultraprocesados en escolares de primaria de Aspe (Alicante).

Métodos: La actividad, adaptada a cada nivel y edad, consistió en una explicación sobre el problema del consumo excesivo de azúcar, y se trabajó la cantidad de azúcar presente en alimentos ultraprocesados mediante un juego con la finalidad de conocer de forma visual la composición de azúcar en diferentes alimentos de consumo habitual en niños. Para finalizar, se presentaron en diapositivas otras formas saludables de realizar el desayuno, almuerzo y merienda. Los centros participantes se inscribieron de manera voluntaria durante el curso escolar contactando con la Concejalía de Medio Ambiente del Ayuntamiento. Se realizó una evaluación inicial, mediante un cuestionario *Ad Hoc*, con el objetivo de observar el patrón alimentario y los conocimientos previos de los escolares. La evaluación final se realizará en junio y diciembre de 2018 mediante la misma encuesta. **Resultados:** Las actividades fueron desarrolladas en 6 colegios del municipio y en un centro social, realizando 24 talleres y abarcando un total de 672 niños. Al finalizar la actividad los alumnos identificaban los conocimientos planteados en el objetivo, y eran conscientes sobre el excesivo consumo de azúcar que realizaban. **Conclusiones:** Sería recomendable aumentar el número de sesiones, incluyendo actividades complementarias e implicando en ellas a los padres/tutores.

CONFLICTO DE INTERESES: La autora expresa que no hay conflictos de interés al redactar el manuscrito.

O-085: Estudios de productos alimenticios, potencialmente productores de alergias e intolerancias alimentarias de acuerdo a su composición proteica en España

Miguel Angulo Vela^{1,*}, Rosa María Blanca Herrera¹

¹Departamento de Nutrición y Bromatología, Facultad de Farmacia, Universidad de Granada, Granada, España.

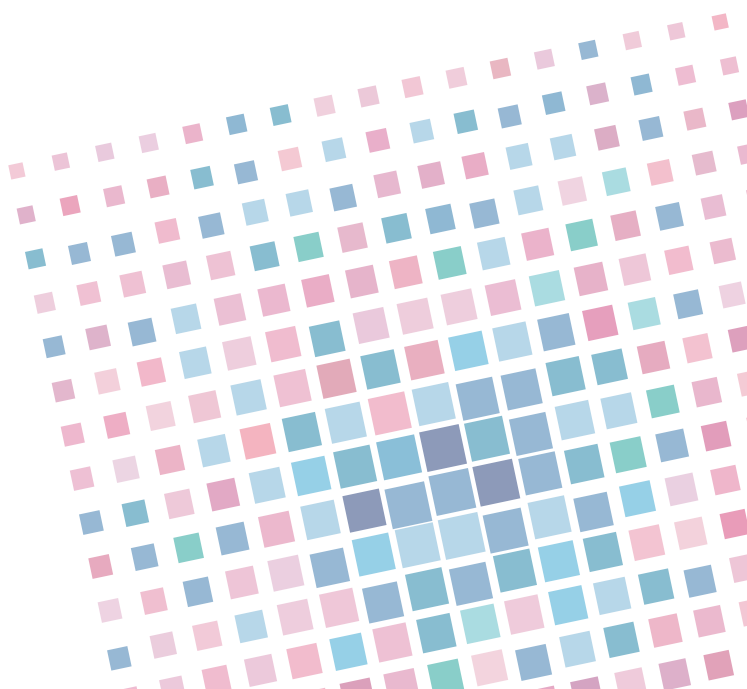
*mianve20@correo.ugr.es

Introducción: Es preciso realizar una distinción clara entre alergias e intolerancias alimentarias. Mientras que en el caso de las intolerancias alimentarias la causa de las mismas se corresponde con cambios en el metabolismo de los nutrientes que pueden desencadenar reacciones adversas en la digestión y absorción de los nutrientes implicados, en el ámbito de las alergias alimentarias se produce una reacción del sistema inmune al contacto con ciertos componentes de un grupo de alimentos o alimento en concreto. **Métodos:** El 25 de octubre de 2011, el Parlamento Europeo y el Consejo adoptaron el Reglamento (UE) nº 1169/2011 sobre la información alimentaria facilitada al consumidor (en lo sucesivo denominado "el Reglamento IAC"). El Reglamento IAC modifica las disposiciones de etiquetado de los alimentos antes vigentes en la Unión para permitir a los consumidores elegir con conocimiento de causa y utilizar los alimentos de forma segura, garantizando al mismo tiempo la libre circulación de los alimentos producidos y comercializados legalmente. El Reglamento IAC entró en vigor el 12 de diciembre de 2011 y será aplicable a partir del 13 de diciembre de 2014, con la excepción de las disposiciones relativas a la información nutricional, que serán aplicables a partir del 13 de diciembre de 2016. Por lo que se modifican los

reglamentos 1924/2006 y 1925/2006, haciendo correcciones de este mismo en el DOUE 13/09/2012. Aplicable en todas las fases de las empresas de origen alimentario. Dado que las reacciones alérgicas comienzan con el reconocimiento del alérgeno (proteína), cualquier proceso que modifique la estructura de una proteína tendrá el potencial de afectar la alergenicidad. La transformación de alimentos induce varios cambios físicos, químicos y bioquímicos de los que se sabe que pueden afectar el potencial alergénico de las proteínas. Ciertos métodos de transformación de alimentos pueden mejorar, reducir o eliminar el potencial alergénico de un alimento, por lo que diversos grupos de investigación vienen estudiando a los probióticos, para mejorar el consumo de alimentos que causen alergias e intolerancias, siendo estos microorganismos vivos cuya ingestión adecuada en cuanto a número y especies reporta beneficios inespecíficos para el huésped. Es decir, la ingestión de probióticos se realiza mediante otros productos que incluyen los microorganismos, obteniendo éstos un caldo de cultivo susceptible de ser fermentado por ellos y obtener de ese modo energía y nutrientes. Principalmente, los géneros bacterianos empleados en la industria alimentaria son principalmente tres: *Lactobacillus*, *Bifidobacterium* y *Streptococcus*. **Resultados:** Los resultados de los estudios localizados muestran una implicación importante entre el consumo de probióticos y la remisión de síntomas asociados a algunas alergias. **Conclusiones:** Como conclusiones podemos decir que el manejo de los alérgenos empieza con nuevos conceptos de producto (de acuerdo al Reglamento (UE) nº 1169/2011), en investigación y desarrollo, prototipos de productos, nuevos ingredientes y nuevas etiquetas. Durante su manufactura y preparación puede alterarse al ser sometidas a procesos con elevadas temperaturas; posteriormente al llegar a la boca sufren acción de la saliva y en el estómago, la de los jugos gástricos. Por ello las moléculas de los alimentos que provocan alergias suelen hallarse en grandes concentraciones en el alimento y ser muy resistentes. En los casos en los que la eliminación signifique una dieta sustitutiva para la supervivencia, como las alergias a las proteínas de vaca, hay que controlar que los lácteos adaptados consigan una nutrición adecuada para las personas, modificando las proteínas para reducir la antigenicidad como los hidrolizados o en el caso de probióticos que ayudan a la cubierta de la flora intestinal. Llevando a la eliminación en la dieta de estos alimentos sustituidos por otros, teniendo que reconsiderarse periódicamente en algunos casos, sobre todo en niños con la intolerancia a la lactosa, porque se pueden conseguir altos grados de tolerancia en los años sucesivos en porcentajes muy altos, teniendo como ejemplo claro a bacterias fermentativas como es en el caso del yogur. También en adultos, en ocasiones, se consigue una pérdida de sensibilidad en los primeros años que luego se traduce en tolerancia.

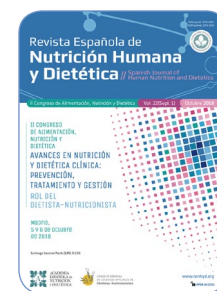
CONFLICTO DE INTERESES: Los autores expresan que no hay conflictos de interés al redactar el manuscrito.

II CONGRESO
DE ALIMENTACIÓN,
NUTRICIÓN Y DIETÉTICA



II CONGRESO DE ALIMENTACIÓN, NUTRICIÓN Y DIETÉTICA

AVANCES EN NUTRICIÓN Y DIETÉTICA CLÍNICA: PREVENCIÓN, TRATAMIENTO Y GESTIÓN ROL DEL DIETISTA-NUTRICIONISTA



www.renhyd.org



TECNOLOGÍA, INNOVACIÓN Y SEGURIDAD ALIMENTARIA: APLICACIONES PRÁCTICAS PARA LA SALUD

O-032: Hábitos dietéticos e ingesta alimentaria de la población adulta obesa en un estudio de intervención en el estilo de vida basado en Dieta Mediterránea a través de la plataforma biomédica PREDIRCAM2

Ascensión Lupiáñez-Barbero^{1,*}, Valeria Alcántara-Aragón¹, Susana Rodrigo-Cano², Susana Tenés Rodrigo^{2,3},
Cintia González Blanco^{1,4,5}, Alberto De Leiva Hidalgo^{1,4,5}

¹Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España. ²Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitari i Politècnic La Fe, Valencia, España. ³Unidad Mixta de Investigación en Endocrinología, Nutrición y Dietética Clínica, Universitat de València-Instituto de Investigación Sanitaria La Fe, Valencia, España.

⁴Centro de Investigación Biomédica en Red en Bioingeniería, Biomateriales y Nanomedicina (CIBER-BBN), Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España. ⁵Grupo de Investigación en Endocrinología y Diabetes, Hospital de Sant Pau-Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona, España.

*alupianez@santpau.cat

Introducción: PREDIRCAM2 es una plataforma biomédica de acceso web para facilitar el tratamiento y seguimiento de personas con obesidad. Incluye módulo dietético con más de 1.700 ingredientes/platos, monitorización de actividad física y descarga de pulsómetro, variables antropométricas, informes médicos y sistemas de retroalimentación. Se está evaluando su eficacia en el tratamiento multidisciplinar e intensificado de la pérdida de peso. El objetivo fue conocer los hábitos dietéticos y la ingesta alimentaria previa a la intervención. **Métodos:** La ingesta se evaluó a partir de registros dietéticos (RD) de al menos 3 días (incluido uno festivo) a través de la plataforma PREDIRCAM2, cuyo módulo nutricional está basado en TCA/BDCA españolas y datos de composición proporcionados por el fabricante. **Resultados:** 183 pacientes (34,91±2,65kg/m², 44,27±10,62 años, 84% mujeres). El 96% tratamientos previos pérdida peso, 68% ansiedad por la comida, 12% alergia alimentaria. Se analizaron 493 RD de 151 participantes. Ingesta energética media 1.730,67±530,49kcal/día; 19,1% proteínas; 38,3% carbohidratos; 42,6% grasas totales; 24% insaturadas; 12,7% saturadas. Grupos de alimentos (g/día o mL/día): Cereales (cereales y derivados, tubérculos, legumbres) 261,52±105,94; Carne (carne, embutido, pescado, marisco, huevos) 232,46±78,29;

Verduras 173,39±104,16; Lácteos 306,95±231,66; Frutas 204,35±173,55; Aceites y frutos secos 34,96±21,46; Otras grasas 5,85±9,52; Bebidas saludables 602,41±566,52; Bebidas no saludables 78,08±147,64; Bebidas alcohólicas 69,47±177,36; Salsas y condimentos 5,95±9,44; Alimentos superfluos 56±39 (179,6±206,31kcal/día). **Conclusiones:** Desequilibrio en la contribución de los macronutrientes a la energía total ingerida (objetivos nutricionales SENC, 2011) similar a los resultados del estudio ENIDE: ingesta elevada de grasa (>30-35%) y grasa saturada (>7-8%) y baja de carbohidratos (<50-55%). Se destaca la baja ingesta de hortalizas (<300g/día), fruta (<400g/día) y elevada de alimentos superfluos (*snacks*, *bollería*, etc.). La plataforma PREDIRCAM2, mediante educación nutricional basada en Dieta Mediterránea, puede ser efectiva en el tratamiento de la obesidad. Limitaciones: algunos participantes no registran picoteo, método culinario, agua o azúcar.

CONFLICTO DE INTERESES: Los autores expresan que no hay conflictos de interés al redactar el manuscrito.

II CONGRESO DE ALIMENTACIÓN, NUTRICIÓN Y DIETÉTICA

