



355 - ANÁLISIS DE FACTORES DE RIESGO METABÓLICO Y CORRELACIÓN CON LA COMPOSICIÓN CORPORAL EN POBLACIÓN ESCOLAR DE GRAN CANARIA

S. Quintana Arroyo¹, R. Sánchez Medina², Y. García Delgado¹, N. Pérez Martín¹, R.M. Sánchez Hernández^{1,3}, P. Azcoitia Manrique¹, C.A. Rodríguez Pérez¹, M. Barreiro Bautista³, Y. Nóvoa Medina^{3,4} y V. Dávila Batista³

¹Servicio de Endocrinología y Nutrición, Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil, Las Palmas de Gran Canaria. ²Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública, Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil, Las Palmas de Gran Canaria. ³Facultad de Ciencias de la Salud de la ULPGC, Grupo de Diabetes y Endocrinología Aplicada, Instituto Universitario Investigaciones Biomédicas y Sanitarias, Universidad de Las Palmas de Gran Canaria. ⁴Servicio de Pediatría, Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil, Las Palmas de Gran Canaria.

Resumen

Introducción: La obesidad infantil es un problema prioritario, prevalente y conlleva riesgo metabólico. Los estudios al respecto se basan en antropometría, estando poco estudiada la relación entre técnicas de composición corporal (CC) y factores de riesgo metabólico (FRM). Objetivo: Evaluar FRM y su correlación con compartimentos grasos en Ecografía Nutricional (EN).

Métodos: Estudio descriptivo transversal de niños 6-10 años en colegios de Gran Canaria, dentro del Proyecto de Intervención en Obesidad. Mediante EN (L6C, Microcaya) se evaluó Tejido graso Abdominal Sc (TAS) y Tejido graso Preperitoneal (TAP). Se realizó antropometría: IMC Z-score, perímetro cintura (PC), analítica: glucosa, insulina y lípidos y BIA: %masa grasa (MG) (Tanita DC360/S). Se calculó CCT (PC/talla), HOMA-IR, prevalencia FRM (PC, Glucemia, TG, cHDL) y nº FRM presentes estratificados por sexo. Se comparó características entre sexos con HOMA-IR patológico vs. normal. Se calculó r de Pearson entre HOMA-IR vs. CCT y EN y analíticas con EN.

Resultados: Se incluyeron 237 niños (54,9% niñas), objetivándose IMC $17,5 \pm 2,9 \text{ kg/m}^2$ (9,2% sobrepeso, 10,0% obesidad), MG $23,4 \pm 6,1\%$, PC $60,0 \pm 10,0 \text{ cm}$ en niñas e IMC $17,7 \pm 3,3 \text{ kg/m}^2$ (12,1% sobrepeso, 14% obesidad), MG $20,9 \pm 7,3\%$, PC $61,6 \pm 10,2 \text{ cm}$ en niños. El 19,2% niñas y 23,4% niños tenían al menos 1 FRM. Aquellos con HOMA-IR patológico presentaron mayor CCT (0,50 vs. 0,45), MG (27,5 vs. 21,4%), IMC (20,1 vs. $17,2 \text{ kg/m}^2$) y TG (83 vs. 55,8 mg/dL). Las correlaciones: fuerte entre CCT y TAS ($r = 0,74$, $p < 0,001$), moderada entre HOMA-IR y TAS ($r = 0,38$, $p < 0,001$), débil entre CCT y TAP ($r = 0,140$, $p = 0,037$); TAS vs. triglicéridos ($r = 0,291$, $p < 0,001$); TAS vs. cHDL ($r = -0,228$, $p < 0,001$) y ausente para HOMA-IR y TAP.

Conclusiones: Se detectó en la muestra una prevalencia elevada de obesidad, insulinorresistencia y riesgo metabólico. La correlación fuerte entre TAS con CCT y moderada con HOMA-IR trasluce la utilidad de la EN en población pediátrica.

Financiación: beca Mapfre (proyecto OA22/119).