



UNIVERSIDAD POMPEU FABRA
Unidad Docente Mateu Orfila

Diferencias del Índice de Masa Corporal en Trabajadores Sanitarios

Autor: Dr. Fernando Pommier Somerstein

Directora: Dra. Susana González Marcos

Tutor: Dr. Jordi Delclòs Clanchet

Resumen

INTRODUCCIÓN: El estado físico es el resultado de un estilo de vida ya que nuestras actividades influyen en él, puede existir una relación de este con la actividad laboral. **OBJETIVOS:** Comparar el Índice de Masa Corporal (IMC) en relación a otras variables como: sexo, categoría, centros de trabajo, actividad física y edad en trabajadores sanitarios del grupo Mutua Terrassa. **MATERIAL Y MÉTODOS:** Se realizó un estudio observacional, transversal y descriptivo comparando el IMC tanto como variable continua y categórica en función de las otras variables, se obtuvieron los siguientes **RESULTADOS:** La muestra fue de 821 personas, se encontró sobrepeso en el 28,5% y obesidad en el 13%, los hombres tienen una media de IMC >25 ; las auxiliares geriátricas y las residencias geriátricas tienen la media más alta de IMC con 26,3 y 25,71 y los grupos de edades a partir de 35 años superan el IMC 25. La prevalencia de sobrepeso y obesidad es superior en hombres, auxiliares de geriatría, residencias geriátricas, ninguna actividad física y edades >55 años. La odds de prevalencia muestra como factores de riesgo estadísticamente significativos a los grupos de hombres, médicos y auxiliares de geriatría, residencias geriátricas y edades >35 años. **CONCLUSIONES:** El IMC está influenciado sobre todo por el sexo y la edad, el resultado concuerda con los descritos en la literatura. Es recomendable dirigir acciones que apunten a la pérdida de peso sobre todo en grupos de mayor edad y continuar realizando estudios que contemplen el exceso de peso como un factor que afecta a la salud.

Introducción

El estado físico es el resultado de un estilo de vida que implica a cada una de las actividades que realizamos ya que todas ellas determinan la cantidad de calorías que gastamos y en el caso de la alimentación, la cantidad de calorías que se ingieren con la dieta.

Ya que todas nuestras actividades afectan directamente al estado físico, no es de extrañar que pueda existir una relación entre la actividad laboral y el mismo, dado que una gran parte del tiempo la dedicamos al trabajo y en algunos casos es donde más energías se gastan. **No podemos dejar de lado en estas consideraciones, además los profundos cambios sobre los hábitos que se están extendiendo en la sociedad actualmente, influenciados por los ritmos de trabajo que se imponen y los nuevos métodos cada vez más automatizados. De igual forma en la vida particular se presentan nuevas y tentadoras facilidades que empujan al sedentarismo, hacen difícil, aunque no imposible, el poder seguir pautas de alimentación y de actividad física adecuadas.**

En el caso de los adultos, el Índice de Masa Corporal (IMC), se ha utilizado de acuerdo con los valores propuestos por la OMS como uno de los recursos para evaluar su estado nutricional (1), y éste se puede relacionar a su vez con el estado de salud de una persona. Esta es una medida de asociación entre el peso y la talla de un individuo; se calcula obteniendo el cociente entre el peso expresado en kilos y la talla expresada en metros al cuadrado; por debajo de 18,5 se considera Bajopeso, entre 18,5 y <25 es normal, resultados ≥ 25 y <30 corresponden al sobrepeso y ≥ 30 es obesidad.

Se han observado diferencias en el IMC y la prevalencia de sobrepeso y obesidad entre ocupaciones y sectores (2) así como complicaciones asociadas, por ejemplo síndrome metabólico, el cual se ha presentado en el 34% en trabajadores hospitalarios siendo las mujeres de entre 35-54 años las más afectadas por obesidad y síndrome metabólico (3). En otro estudio se observó que un porcentaje significativamente mayor de trabajadores con sobrepeso y obesos sufre de hipertensión, enfermedades hepáticas, diabetes, enfermedad coronaria así como una tendencia hacia el aumento de radiculitis y en la prevalencia de enfermedades en el sistema músculo esquelético a medida que incrementaba el IMC (4).

Un IMC elevado puede tener repercusiones negativas sobre el desarrollo de las tareas laborales ya que se ha observado que trabajadores moderadamente ó con mayor grado de obesidad tienen las mayores limitaciones laborales relacionadas con salud, específicamente en el tiempo

necesario para realizar las tareas, suponiendo una baja de productividad relacionada con la salud del 4,2% (5). Un estudio publicado en el año 2005 estimó que la pérdida de tiempo productivo en trabajadores obesos en EEUU tuvo un coste \$ 11,7 billones, mayor al de trabajadores de peso normal (6).

Otro estudio realizado en México describió la frecuencia de sobrepeso y obesidad en una población de trabajadores en salud. Según describen los autores, el grupo de hombres, estaban más afectados en un 54% en comparación con la media de la población; los mayores de 50 años (57%) y los trabajadores de laboratorio (64%) fueron los más afectados dentro de sus variables de edad y categoría (7).

No obstante, las diferencias de estas mediciones no aparentan ser siempre en el sentido que cabría esperar, es decir, que aquellos trabajadores que desempeñan funciones con más carga física gastan más energía y son los que tienen un mejor estado físico, sino que puede suceder lo contrario y si queremos obtener conclusiones sobre este tema, debemos investigar la existencia de diferencias y observar, si las hubiera, en qué sentido son.

Es por ello que nos planteamos el presente estudio en los trabajadores sanitarios del grupo Mutua Terrassa y sus distintos centros de trabajo, los mismos que podríamos definir como: Médicos **Adjuntos**, **Médicos Residentes**, Enfermeras, Auxiliares de Enfermería, Auxiliares de Geriátrica, Fisioterapeutas, Técnicos Radiólogos y Camilleros de **los centros de trabajo** del Hospital Mutua Terrassa, las Residencias Geriátricas, las Residencias de Disminuidos Psíquicos, Centros de Sociosanitarios y **Centros de Atención Primaria (CAP)** pertenecientes al grupo.

Objetivos

El objetivo principal es comparar el Índice de Masa Corporal por: Sexo, Categoría, Centros de trabajo, cantidad de Actividad Física que realiza a la semana y Edad para ver si hay diferencias significativas.

Material y métodos

Tipo de estudio: Se trata de un estudio observacional, transversal y descriptivo ya que estudia las características de una población en un periodo determinado el cual será el año 2008.

Población de referencia: La población de referencia es el personal sanitario de Mutua Terrassa.

Sujetos de estudio y periodo de referencia: Es el personal sanitario del grupo Mutua Terrassa al que se le haya realizado un reconocimiento médico durante el año 2008.

Fuente y recogida de los datos: Reconocimientos Médicos (RM) realizados durante el año 2008 por el servicio de prevención propio mancomunado de Mutua Terrassa, los cuales se encuentran en la base de datos del mismo servicio. Se extrajeron los siguientes datos: edad, sexo, ocupación, centro de trabajo, talla, peso e IMC, existencia y cantidad de actividad física extra laboral, nombre y número de expediente. Los datos fueron recogidos y luego se excluyeron aquellos incompletos, repetidos, mal categorizados o que presentaban datos no compatibles; se realizó un seguimiento individual con el personal a cargo para contrastar aquellos con datos dudosos, **entre otros, aquellos datos que no guardaban relación entre un peso/talla determinado o que por ser que extremos resultaban poco creíbles y que debían ser investigados para descartar errores en las mediciones**; una vez revisados y depurados les fue asignado un número de identificación secuencial para mantenerlos como anónimos desechando los datos de nombres y números de expedientes. Posteriormente se hizo una revisión y un nuevo cálculo del IMC con 5 decimales. Para el análisis de los datos se empleó este resultado aunque solo con 2 decimales.

Análisis de las variables: *Variable dependiente:* Índice de Masa Corporal; la información fue extraída de los RM y también calculada nuevamente. Se analizó, en relación con las otras variables elegidas, tanto continua como categórica, categorizándola según la **clasificación de la OMS:**

<18,5= Bajopeso.

18,5 – <25= Normopeso.

≥25 – <30= Sobrepeso.

≥30= Obesidad.

También se hizo un análisis de los resultados de IMC en dos grupos, uno hasta <25 y el otro de ≥25.

Variables independientes: **También se estratificaron en grupos y son las siguientes:**

Sexo: *Mujeres y Hombres.*

Categoría: **Se consideraron los siguientes grupos:** *Médicos Adjuntos, Médicos Residentes, Auxiliares de Geriatría, Auxiliares de*

Enfermería, Enfermeras, Técnicos Radiólogos, Fisioterapeutas y Camilleros, en función de su profesión y/o puesto de trabajo, partiendo del supuesto que cada uno tiene diferente grado intrínseco de actividad física.

Centros de trabajo: **Las Residencias Geriátricas, Residencias de Disminuidos Psíquicos, Sociosanitarios, Hospital y Centros de Asistencia Primaria (CAP). Son los principales centros donde se distribuye la población estudiada y la distribución de las categorías varía de uno a otro en la mayoría de los casos. De igual manera hay categorías que coinciden en diferentes centros de trabajo, pero que tienen actividad física diferente en función del centro en el que trabajen.**

Actividad física **extralaboral** que realiza en horas a la semana: *Ninguna, Poca (<3 hrs.), Moderada (3 – 5 hrs.) y Mucha (>5 hrs.)*
Respondiendo a la interrogante: ¿Hace usted algún ejercicio físico de manera regular? y ¿durante cuantas horas a la semana?

Edad: **Los grupos se formaron en rangos de 10 años considerando los menores de 25 y mayores de 55 como grupos extremos con un valor menor y mayor según el caso menor y mayor de la muestra, siendo así: <25 años, 25 – 34 años, 35 – 44 años, 45 – 54 años y > 55 años.**

Se valoró la distribución del IMC (de las tres formas) en cada grupo.

El análisis se realizó mediante la obtención y comparación de medias, desviación estándar y valores mínimos y máximos de los grupos de las variables independientes, es decir de sexo, categoría, centros de trabajo, cantidad de actividad física que realiza a la semana y edad. **Se** obtuvo para cada grupo la prevalencia de bajopeso, normopeso, sobrepeso y obesidad y se verificó si la distribución era distinta con la obtención del valor p mediante la prueba de Ji – cuadrado. **Se** calculó una odds de prevalencias de los que tenían sobrepeso más obesidad sobre los que tenían normopeso más bajopeso, buscando los grupos que tuvieran mayor o menor probabilidad de tener un IMC ≥ 25 en comparación con un grupo referente. **Finalmente en función de los resultados observados se hizo un ajuste por edades y por sexo en la categoría de Auxiliares de Geriátrica y en los distintos centros de trabajo para investigar una asociación entre los resultados y la edad o el sexo.**

Para el cálculo de las razones de prevalencias, se emplearon como grupos de referencia aquellos que expresaban el menor valor en el caso de variables continuas (Ninguna actividad física extralaboral y edad <25 años). Para el resto de variables se tomó como referencia el primero de la lista.

Para el análisis estadístico se utilizaron los programas SPSS 15.0 y Epidat 3.1.

Resultados

Se obtuvieron 1059 RM entre el personal sanitario, **se excluyeron aquellos incompletos, repetidos, mal categorizados o que presentaban datos no compatibles** quedando 821 RM. En la tabla 1 se observa la distribución de la muestra según los diferentes grupos de cada variable, así como la distribución del IMC categorizado en el total de la muestra.

El IMC se distribuye de la siguiente manera: comparando las medidas de tendencia central encontramos que en lo que respecta al sexo el grupo de los Hombres resulta con una media mayor a 25 frente a la de las Mujeres que no la sobrepasa. La variación, y por lo tanto la desviación típica, son menores en el grupo de Hombres que en el de Mujeres.

Entre las categorías la media varía entre la de los Camilleros como la menor y la de las Auxiliares de Geriátrica como la más alta, siendo éstas además de los Técnicos de Radiología y los Médicos **Adjuntos** quienes **igualan o** sobrepasan el IMC de 25. Si consideramos la desviación típica, la mayor es la de Auxiliares de Geriátrica. En el caso de medidas de dispersión, la medición más alta se alcanza en esta misma categoría.

Analizando las medias de los centros de trabajo, las Residencias Geriátricas y los Sociosanitarios se encuentran sobre el límite. **Cabe destacar que en las Residencias de Disminuidos se obtuvo un resultado exacto de 24,9972.** Tanto la desviación típica más alta como el valor máximo están en el grupo de Residencias Geriátricas.

En cuanto a la Actividad Física, en ninguno de los grupos se obtiene una media de IMC **igual o** superior a los 25. La media más baja obtenida corresponde al grupo de Actividad Física Moderada y la más alta al de Ninguna Actividad Física. La desviación típica es similar en 3 de los grupos, pero es notoriamente menor en el grupo de Mucha Actividad Física.

Las edades por otro lado, muestran unos resultados **que se correlacionan con lo expuesto en otros estudios**, ya que la media de IMC se incrementa de manera directamente proporcional a los grupos de edad: a mayor edad, mayor IMC. Se obtuvieron además medias **iguales o** superiores a 25 en los grupos de 35-44 años, 45-54 años y >55 años. La desviación típica se incrementa del mismo modo, es decir, esta es mayor en grupos de mayor edad.

Los valores **mencionados** para cada grupo de expresan en la Tabla 1.

Cuando calculamos las prevalencias y valores p para cada variable se obtuvieron los siguientes resultados:

En los grupos por sexo, los Hombres tienen una mayor prevalencia de Sobrepeso y Obesidad frente a la de las Mujeres. El valor p indica que la distribución es diferente en ambos grupos.

Las categorías muestran nuevamente a las Auxiliares de Geriátrica como el grupo con mayor Sobrepeso y Obesidad. El grupo con menor prevalencia es el de **Médicos Residentes** y el valor p muestra que las frecuencias se reparten de manera distinta entre los grupos de esta variable.

Observando a los centros de trabajo la mayor prevalencia de Sobrepeso y Obesidad se encuentra en las Residencias Geriátricas y los CAP tienen la menor prevalencia. La distribución de los centros en los 4 grupos de IMC es diferente.

En cuanto a la actividad física se pueden apreciar la siguiente: una prevalencia de Sobrepeso y Obesidad decreciente desde los que no practican Ninguna actividad física; Poca y Moderada para aumentar nuevamente en los que practican Mucha. Aunque el valor p $>0,05$ muestra que las frecuencias son similares para estos grupos.

La prevalencia en los grupos de edades tiene también una relación directa, y va en aumento desde el grupo de <25 años hasta el grupo de >55 años; en esta variable el valor p adquiere el menor valor observado e indica una distribución distinta en los grupos.

La totalidad de los valores de frecuencias, prevalencias y valores p se expresan en la Tabla 2. **Los valores de bajopeso y normopeso se han unificado ya que los casos en el grupo de bajopeso eran escasos.**

Las odds de prevalencias muestran al grupo Hombres con una mayor proporción **de sobrepeso** siendo este resultado estadísticamente significativo. Las categorías que aumentan el riesgo de manera significativa estadísticamente son la de Médicos **Adjuntos** y la de Auxiliares de Geriátrica. Por centro de trabajo el único valor significativo es el que se obtiene en Residencias Geriátricas. Por actividad física no se obtienen valores estadísticamente significativos. Por edades, el resultado aumenta conforme pasa de un grupo de menor edad a otro de mayor edad, siendo significativo a partir del grupo de 35 – 44 años. El resto de grupos no reflejan tener un valor estadísticamente significativo (tabla 3).

El ajuste por edad y sexo confirmó un aumento del riesgo relativo para los rangos de mayor edad en las mujeres de la categoría de Auxiliares de

Geriatría y en las Residencias Geriátricas frente a otros centros, en la tabla 4.

Discusión

En este estudio se obtuvo una prevalencia de Sobrepeso de 28,5% la cual es menor que en la población general que es del 39% (8). Así mismo se obtuvo una prevalencia de Obesidad del 13% frente a un 14,5 (9) ó 15,0 (10) en la población general, **probablemente debido a la muestra o al universo de donde se la extrajo, estos porcentajes difieren del conjunto de la población.**

Los resultados muestran una mayor prevalencia de sobrepeso y obesidad en Hombres, Auxiliares de Geriatría, Residencias Geriátricas, Ninguna actividad física y >55 años.

En cuanto a la diferencia entre Hombres y Mujeres se puede mencionar que aunque los hombres tienen un metabolismo basal mayor y cabría esperar un IMC más bajo, también es cierto que la masa muscular es superior lo cual desplazaría la curva a la derecha. **Estos factores confluyen con otros seguramente muy determinantes, como los hábitos alimenticios, para expresar los resultados observados. De cualquier forma, este resultado guarda relación con lo demostrado en otro estudio de la población de Estados Unidos, donde vemos una mayor prevalencia de sobrepeso y obesidad en ambos sexos 65,1% pero son los hombres quienes tienen mayor proporción con 68,8% sobre las mujeres con el 61,6% (11).**

En lo que respecta a las categorías y centros de trabajo, la de Auxiliares de Geriatría, **que son de las que más carga física tienen en el trabajo** ya que trabajan directamente con pacientes que necesitan ayuda para casi todas sus actividades y las Residencias Geriátricas, **cuyos reconocimientos médicos son en su mayoría de Auxiliares de Geriatría**, tienen la mayor prevalencia de sobrepeso y obesidad.

Respecto a lo comentado anteriormente y como hemos visto en los resultados, la edad es un factor muy ligado al aumento de peso. Al ajustar por edad y sexo la categoría de Auxiliares de Geriatría muestra un aumento del riesgo con la edad y el sexo femenino. Sobre los centros, las mujeres de las Residencias Geriátricas son las únicas que demuestran una clara tendencia de aumento del riesgo con la edad probablemente influenciado por el gran número de Auxiliares de Geriatría dentro de los reconocimientos de las Residencias Geriátricas (56%). Por esta razón en la tabla 4 se encuentran los ajustes por edad de las Auxiliares de Geriatría además de los diferentes centros de trabajo.

Como comentábamos, la variable Edad es la que presenta los resultados que más se correlacionan con el hecho de que con los años es más probable ganar **peso** por la disminución del metabolismo, el ritmo de vida, los problemas físicos, **los** compromisos sociales y familiares, lo que dificulta el poder realizar actividades que impliquen un mayor gasto energético.

Con los resultados de la actividad física extra laboral comprobamos que a mayor actividad hay menos prevalencia de Sobrepeso y Obesidad, con la salvedad mencionada del grupo que realiza Mucha actividad física. La causa probable para este resultado sería que en este grupo se encuentran muchas personas que realizan gimnasia. **El aumento en el IMC puede deberse más bien a un aumento en el peso a expensas de masa muscular y no de tejido adiposo, ya que el IMC solo considera el peso total y no así el porcentaje de grasa, de hecho, en este grupo hay 19 casos con un IMC >25, 11 de los cuales están entre 25,01 - 25,83 y 17 son sobrepesos; solo hay 2 casos de obesidad.**

Para la categorización de la Actividad Física extralaboral se consideró el tiempo pero no la intensidad ni el tipo de ejercicio, esto puede introducir una variación en el impacto de la misma sobre el IMC.

Relacionando con otro estudio que valoró el IMC en personal sanitario (7), se ve que también obtuvieron mayor prevalencia de sobrepeso y obesidad en hombres y un mayor IMC conforme aumenta la edad, datos con los cuales, coinciden ambos estudios. **Sobre las distintas categorías, no es posible hacer una buena comparación ya que no coinciden con las investigadas en el presente trabajo.**

En este estudio los datos se obtienen de RM voluntarios lo cual podría significar un sesgo de selección disminuyendo la validez del mismo; no obstante hemos visto que los resultados, al menos a grandes rasgos, se asemejan a otros estudios por lo tanto la precisión no parece estar lejos del punto de la población diana del estudio. Por otra parte la recogida de información y el análisis se realizaron de la forma más sistemática posible lo cual iría a favor de una mayor validez interna.

Una muestra un poco mayor en número y más similar a la población base del estudio hubiera ayudado a que los resultados **tuvieran mayor precisión y validez.**

El presente trabajo, pese a tener algunas deficiencias sobre todo en el sentido de la selección de muestras, ya que provienen de un proceso voluntario, presenta resultados que responden a los objetivos marcados,

al demostrar que, efectivamente, hay variables que influyen en el IMC. Estos resultados además, concuerdan con la bibliografía investigada.

Recomendaciones

Se deben dirigir acciones que apunten a la pérdida de peso sobre todo en grupos de mayor edad. Tanto edades mayores como sobrepeso y obesidad se asocian a muchas patologías, pero el peso es un factor modificable con lo cual se deben orientar los esfuerzos en ese sentido. **En** el caso de las empresas de Mutua Terrassa la prioridad estaría además en los grupos con mayor prevalencia, es decir: Hombres, Auxiliares de Geriátría, Residencias Geriátricas, Ninguna actividad física y >55 años.

Sería conveniente recoger medidas de pliegues, porcentaje de grasa corporal e índice cintura/cadera en los reconocimientos, para que nos ayuden a discriminar realmente algunos IMC elevados de una mayor masa muscular que sería en todo caso beneficiosa.

También se podría estudiar la relación entre sobrepeso y/o obesidad e Incapacidad Temporal dentro del grupo Mutua Terrassa, tanto por accidente como por enfermedad común ya que hay evidencia de su influencia en el estado de salud (3) (4).

Hay que realizar más estudios que contemplen el exceso de peso como un factor importante que afecta a la salud, para distinguir la evolución de este problema en los distintos grupos, ya que **en** los últimos años la prevalencia **del sobrepeso** se encuentra en aumento; así como también para evaluar las intervenciones que se realicen.

Bibliografía

1. J. Sabán Ruiz. Control global del riesgo cardiometabólico. España. Ediciones Diaz de Santos S.A. 2009.
2. Proper KI, Hildebrandt VH. Overweight and obesity among Dutch workers: differences between occupational groups and sectors. *Int Arch Occup Environ Health*. 2010;83(1):61-8. Epub 2009 Jun 9.
3. Garrido RA, Semeraro MB, Temesgen SM, Simi MR. Metabolic syndrome and obesity among workers at Kanye Seventh-Day Adventist Hospital, Botswana. *S Afr Med J*. 2009;99(5):331-4.
4. Koleva M. Nutrition, nutritional habits, obesity, and prevalence of chronic diseases in workers. *Rev Environ Health*. 1999;14(1):21-9.
5. Gates DM, Succop P, Brehm BJ, Gillespie GL, Sommers BD. Obesity and presenteeism: the impact of body mass index on workplace productivity. *J Occup Environ Med*. 2008;50(1):39-45.
6. Ricci JA, Chee E. Lost productive time associated with excess weight in the U.S. workforce. *J Occup Environ Med*. 2005;47(12):1227-34.
7. Palacios-Rodríguez RG, Munguía-Miranda C, Avila-Leyva A. Overweight and obesity in health team of a family medicine unit. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2006;44(5):449-53.
8. Jordi March Nogué. Obesidad: Introducción [<http://calcobes.sourceforge.net>]. España: Jordi March Nogué; 01 de mayo de 2006 [18 de abril de 2008; 26 de junio de 2010]. <http://calcobes.sourceforge.net/ObesSPA/Introduccion>.
9. Javier Aranceta, Carmen Pérez Rodrigo, Lluís Serra Majem, Lourdes Ribas Barba, Joan Quiles Izquierdo, Jesús Vioque et al. Prevalencia de la obesidad en España: resultados del estudio SEEDO 2000 [<http://www.seedo.es>]. España; 30 de abril de 2003 [13 de febrero de 2007; 26 de junio de 2010]. http://www.seedo.es/portals/seedo/consenso/Prevalencia_obesidad_SESEE_2000%28Med_Clin_2003%29.pdf.
10. Ministerio de Sanidad y Política Social. Indicadores de Salud [<http://www.msps.es>]. España; [30 de agosto de 2010]. <http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/indicadoresSalud2009.htm#habitos>.
11. Youfa Wang and May A. Beydoun. The obesity epidemic in the United States—gender, age, socioeconomic, racial/ethnic, and geographic

characteristics: a systematic review and meta-regression análisis.
Epidemiologic Reviews. 2007;(29):6–28

Anexos

Tablas

Tabla 1 Frecuencias y porcentajes obtenidos en la muestra

	n	%	Media	Desv. Típica	Mínimo	Máximo
SEXO						
Mujeres	703	85,6	24,67	4,64	15,24	48,91
Hombres	118	14,4	25,75	3,69	17,61	35,39
CATEGORÍA						
Médicos Adjuntos	217	26,6	25,08	4,17	17,51	39,56
Médicos Residentes	50	6,1	23,91	3,51	18,29	34,72
Auxiliares Geriátricos	172	20,9	26,30	5,49	17,80	48,91
Auxiliares Enfermería	168	20,5	24,39	4,52	15,24	38,37
Enfermeras	153	18,6	23,71	3,84	17,91	40,46
Técnicos Radiólogos	27	3,3	25,21	4,16	19,86	35,21
Fisioterapeutas	15	1,8	24,35	3,85	18,25	33,74
Camilleros	19	2,3	23,61	3,96	17,61	31,88
CENTRO						
Residencias Geriátricas	274	33,4	25,71	5,07	17,51	48,91
Residencias Disminuidos	94	11,4	25,00	4,92	15,92	38,37
Socio Sanitarios	73	8,9	25,22	4,63	17,81	38,52
Hospital	308	37,5	24,06	3,85	15,24	40,46
CAP	72	8,8	24,06	3,75	19,01	36,06
ACTIVIDAD FÍSICA						
Ninguna	448	54,5	24,99	4,67	15,24	46,39
Poca	168	20,5	24,86	4,65	17,51	48,91
Moderada	160	19,5	24,40	4,36	17,51	40,46
Mucha	45	5,5	24,54	2,95	18,25	35,32
EDAD						
<25 años	98	11,9	22,73	3,60	16,73	38,52
25-34 años	265	32,3	23,47	3,86	15,24	40,46
35-44 años	206	25,1	25,48	4,49	17,51	46,39
45-54 años	183	22,3	26,26	4,72	17,80	48,90
>55 años	69	8,4	27,23	4,92	19,00	45,91
IMC						
Bajopeso	20	2,4	-	-	-	-
Normopeso	460	56	-	-	-	-
Sobrepeso	234	28,5	-	-	-	-
Obesidad	107	13	-	-	-	-

Tabla 2 Frecuencia y porcentaje del estado del peso en relación a los grupos de cada variable con valor p

	Bajo y Normopeso		Sobrepeso		Obesidad		Valor p	
	n	%	n	%	n	%		
SEXO								
Mujeres	428	60,9	183	26	92	13,1	0,0015	
Hombres	52	44,1	51	43,2	15	12,7		
CATEGORÍA								
Médicos Adjuntos	118	54,4	67	30,9	32	14,7	0,0206	
Médicos Residentes	36	72	12	24	2	4		
Auxiliares Geriátrica	81	47	58	33,7	33	19,2		
Auxiliares Enfermería	100	59,6	47	28	21	12,5		
Enfermeras	108	70,6	32	20,9	13	8,5		
Técnicos Radiólogos	15	55,6	9	33,3	3	11,1		
Fisioterapeutas	10	66,7	4	26,7	1	6,7		
Camilleros	12	63,1	5	26,3	2	10,5		
CENTRO								
Residencias Geriátricas	143	52,2	84	30,7	47	17,2		0,0078
Residencias Disminuidos	52	55,3	27	28,7	15	16		
Socio Sanitarios	40	54,8	20	27,4	13	17,8		
Hospital	197	64	86	27,9	25	8,1		
CAP	48	66,7	17	23,6	7	9,7		
ACTIVIDAD FÍSICA								
Ninguna	252	56,3	129	28,8	67	15	0,5078	
Poca	101	60,1	45	26,8	22	13,1		
Moderada	101	63,1	43	26,9	16	10		
Mucha	26	57,8	17	37,8	2	4,4		
EDAD								
<25 años	75	76,5	20	20,4	3	3,1	<0,0001	
25-34 años	189	71,3	58	21,9	18	6,8		
35-44 años	109	52,9	64	31,1	33	16		
45-54 años	84	45,9	61	33,3	38	20,8		
>55 años	23	33,3	31	44,9	15	21,7		

Tabla 3 Prevalencias y Odds de Prevalencias de Sobrepeso mas Obesidad

	IMC ≥25		IMC <25		Odds de	IC - 95%	
	n	%	n	%	Prevalencia		
SEXO							
Mujeres	428	60,9	275	39,1	1	-	-
Hombres	52	44,1	66	55,9	1,5397	1,2785	1,8541
CATEGORÍA							
Médicos Residentes	36	72	14	28	1	-	-
Médicos Adjuntos	118	54,4	99	45,6	1,6294	1,0208	2,6008
Auxiliares Geriátricos	81	47	91	52,9	1,8895	1,1853	3,0121
Auxiliares Enfermería	100	59,6	68	40,5	1,4456	0,8938	2,3381
Enfermeras	108	70,6	45	29,4	1,0504	0,6322	1,7453
Técnicos Radiólogos	15	55,6	12	44,4	1,5873	0,8601	2,9292
Fisioterapeutas	10	66,7	5	33,4	1,1905	0,5127	2,7644
Camilleros	12	63,1	7	36,8	1,3158	0,6292	2,7514
CENTRO							
CAP	48	66,7	24	33,3	1	-	-
Residencias Geriátricas	143	52,2	131	47,9	1,4343	1,0114	2,0340
Residencias Disminuidos	52	55,3	42	44,7	1,3404	0,9016	1,9929
Socio Sanitarios	40	54,8	33	45,2	1,3562	0,8974	2,0494
Hospital	197	64	111	36	1,0812	0,7551	1,5480
ACTIVIDAD FÍSICA							
Ninguna	252	56,3	196	43,8	1	-	-
Poca	101	60,1	67	39,9	0,9116	0,7365	1,1283
Moderada	101	63,1	59	36,9	0,8429	0,6708	1,0590
Mucha	26	57,8	19	42,2	0,9651	0,6750	1,3799
EDAD							
<25 años	75	76,5	23	23,5	1	-	-
25-34 años	189	71,3	76	28,7	1,2220	0,8152	1,8318
35-44 años	109	52,9	97	47,1	2,0063	1,3642	2,9506
45-54 años	84	45,9	99	54,1	2,3051	1,5738	3,3761
>55 años	23	33,3	46	66,6	2,8406	1,9145	4,2146

Tabla 4 Ajuste por edad y sexo en Auxiliares de Geriatría y Centros de trabajo

		< 25 años	25 a 34 años	35 a 44 años	45 a 54 años	≥ 55 años
MUJERES						
Auxiliares Geriátricos	OR	0,27	0,37	1,36	2,33	1,95
	IC 95%	0,12 - 0,59	0,24 - 0,57	0,93 - 1,98	1,60 - 3,38	1,14 - 3,35
CENTRO						
Residencias Geriátricas	OR	0,24	0,51	1,29	1,69	3,81
	IC 95%	0,13 - 0,46	0,36 - 0,72	0,91 - 1,82	1,18 - 2,42	2,17 - 6,69
Residencias Disminuidos	OR	2,94	0,76	0,7	0,91	0,8
	IC 95%	1,68 - 5,14	0,45 - 1,27	0,40 - 1,24	0,52 - 1,59	0,33 - 1,93
Socio Sanitarios	OR	0,98	0,59	1,44	1,47	0,46
	IC 95%	0,45 - 2,13	0,32 - 1,08	0,84 - 2,47	0,84 - 2,56	0,14 - 1,53
Hospital	OR	2	0,91	0,58	0,56	0,55
	IC 95%	1,26 - 3,17	0,66 - 1,25	0,39 - 0,85	0,37 - 0,84	0,25 - 1,19
CAP	OR	0,46	1,36	1,72	0,6	0,5
	IC 95%	0,16 - 1,31	0,80 - 2,32	1,00 - 2,95	0,30 - 1,21	0,15 - 1,65
HOMBRES						
Auxiliares Geriátricos	OR	1,85	0,52	4,52	0	0
	IC 95%	0,20 - 16,74	0,05 - 4,69	0,75 - 27,29		
CENTRO						
Residencias Geriátricas	OR	4,22	0,43	1,06	0,72	1,01
	IC 95%	1,09 - 16,22	0,11 - 1,66	0,27 - 4,21	0,14 - 3,53	0,11 - 8,79
Residencias Disminuidos	OR	3,77	0,64	0,87	1,03	0
	IC 95%	0,85 - 16,75	0,15 - 2,64	0,17 - 4,39	0,20 - 5,23	
Socio Sanitarios	OR	1,92	0	2,47	1,03	3,28
	IC 95%	0,19 - 18,54		0,39 - 15,64	0,11 - 9,71	0,32 - 32,93
Hospital	OR	0,27	3,02	0,78	1	0,51
	IC 95%	0,08 - 0,86	1,23 - 7,41	0,31 - 1,97	0,37 - 2,70	0,13 - 2,06
CAP	OR	0	0,5	1,19	1,41	4,9
	IC 95%		0,09 - 2,59	0,22 - 6,30	0,26 - 7,50	0,83 - 28,91

Se tomó como referencia para cada cálculo, el conjunto de los demás casos del total de la muestra.