

CARTAS AL DIRECTOR

Promoción de hábitos alimentarios saludables en adolescentes desde la atención primaria



Promoting healthy eating habits for adolescents in primary care

Sr. Director:

Las actividades preventivas y la promoción de estilos de vida saludables son piezas claves en atención primaria. Seguir una dieta equilibrada es fundamental para gozar de buena salud. Se considera que, infancia y adolescencia,

constituyen momentos óptimos para promocionar estas conductas alimentarias saludables entre la población.

Este estudio analiza el impacto de una intervención educativa sobre hábitos alimentarios, realizada en 2014, en la población de alumnos de primero de la ESO de los 3 institutos, que colaboraban con los profesionales de enfermería del programa «Salut i Escola», del área de influencia del CAP Terrassa Sud (grupo Mútua Terrassa), en Barcelona, y la satisfacción con el proceso. Se diseñó un estudio cuasiexperimental. Durante la intervención educativa, se facilitó a los adolescentes información sobre alimentación y nutrición, básicamente centrada sobre la pirámide alimentaria y el decálogo de recomendaciones de la estrategia NAOS¹. Se animó a los presentes a mejorar sus hábitos, a partir del debate y de una reflexión guiada sobre dieta y deporte. Se

Tabla 1 Hábitos alimentarios: percepción de los escolares en primero de la ESO

	Desayuno		Dieta equilibrada		
	Antes n = 228 (%)	Después n = 229 (%)	Frecuencia diaria de ingesta	Antes n = 228 (%)	Después n = 229 (%)
Antes de salir de casa: cada día	155 (68)	173 (76)	- Pan	159 (70)	151 (66)
			- Arroz o pasta	42 (18)	46 (20)
			- Patatas hervidas	22 (10)	32 (14)
			- Legumbres	23 (10)	24 (10)
			- Carne roja	43 (19)	38 (17)
			- Carne blanca	41 (18)	33 (14)
			- Pescado	35 (15)	26 (11)
			- Huevos	40 (18)	39 (17)
			- Ensaladas	59 (26)	67 (29)
			- Verduras	35 (15)	36 (16)
A media mañana (recreo): cada día	161 (71)	174 (76)	- Fruta	120 (52)	114 (50)
			- Zumos naturales	60 (26)	67 (29)
			- Frutos secos	38 (17)	31 (14)
			- Lácteos	136 (60)	140 (61)
Calidad antes de salir de casa incompleto:			Frecuencia diaria de ingesta de alimentos ricos en azúcares simples:		
- Un producto	66 (29)	39 (17)	- Refrescos	58 (25)	59 (26)
- 2 productos	142 (62)	152 (66)	- Chuches	37 (16)	28 (12)
Completo:			- Bollería	48 (21)	40 (17)
- 3 productos lácteo, fruta y cereales	0 (0)	24 (10)	- Patatas <i>chip</i>	43 (19)	38 (16)

analizó la percepción de los adolescentes sobre sus hábitos, principalmente alimentarios, y se recogieron como datos objetivos: peso y talla. Como instrumento se utilizó el apartado de nutrición del cuestionario FRESC de la Agencia de Salud Pública de Barcelona², que fue respondido en 2 ocasiones: al inicio del curso y 4 meses después de la intervención. Además se diseñó un cuestionario propio sobre satisfacción, aplicando una escala de 1 a 10 puntos. Se calculó el índice de masa corporal (IMC) ajustado según edad y sexo. Se definió el sobrepeso como IMC superior al percentil 85 de la población de igual edad y sexo, aunque inferior al percentil 97, y se consideró obesidad cuando se superaba el percentil 97. El bajo peso se definió utilizando los percentiles del 3 al 10³. Se consideró desayuno completo cuando este incluía lácteo, fruta y cereales o pan o galletas antes de salir de casa. Para el análisis de los datos, se utilizó estadística descriptiva uni y bivariada, realizada con el paquete estadístico SPSS v.17.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, EE.UU.).

La participación fue del 100% (n=229) entre los niños que asistieron a clase los días en que se distribuyeron los cuestionarios. Los resultados antes y después de la intervención se muestran en la [tabla 1](#). Se detectaron deficiencias en el desayuno. Destacó que el 32% de los adolescentes no desayunaban en casa a diario. Y el 2% de los adolescentes declararon no desayunar, ni en casa ni el patio. Además, el 10% no tomaban fruta ni siquiera una vez a la semana. Se observó una prevalencia del 12% de sobrepeso y del 7% de obesidad. La dieta mostró diferencias estadísticamente significativas según el sexo. Las chicas consumían más vegetales, legumbres y pescado, y menos refrescos y patatas *chip*. A los 4 meses postintervención la dieta experimentó ligeras mejorías, que no llegaron a alcanzar significación estadística. Tras la intervención aumentó el porcentaje de adolescentes que desayunaban antes de salir de casa y la calidad de la dieta. Ningún adolescente tenía el hábito de tomar un desayuno completo en la preintervención y el 10% lo adquirió después. Tras desaconsejar algunos alimentos populares entre escolares con valor nutricional mínimo (golosinas, determinados refrescos y otros productos), su consumo disminuyó.

En cuanto a la satisfacción con la intervención, los adolescentes puntuaron, de media, con 8,5 puntos el interés creado, 8,2 puntos la información y 7,2 puntos los

conocimientos adquiridos. El 85% consideraron positiva la participación de profesionales sanitarios en la actividad del instituto y el 82% consideró que la intervención les permitió reflexionar sobre sus opiniones y creencias. El 70% se mostró de acuerdo en realizar cambios en su alimentación. Aún así, la principal limitación del estudio es que la variable principal, el cuestionario sobre datos alimentarios, se basa en las opiniones y percepciones de los adolescentes.

En conclusión, consideramos valiosa la colaboración multidisciplinar entre profesores y sanitarios, para modificar los hábitos de los adolescentes. En este estudio los estudiantes manifestaron su percepción sobre las pautas alimentarias que seguían, junto con una buena predisposición al cambio y una tendencia a mejorar sus hábitos, además de satisfacción con todo el proceso.

Bibliografía

1. Estrategia NAOS [consultado 2 Jul 2015]. Disponible en: http://www.naos.aesan.mssi.gob.es/naos/estrategia/que_es/
2. Cuestionario FRESC para alumnos de segundo ESO [consultado 2 Jul 2015]. Disponible en: <http://www.aspb.cat/quefem/documents/enquestes.htm>.
3. Hernández M, Castellet J, Narvaiza JL, Rincón JM, Ruiz I, Sánchez E, et al. *Curvas y tablas de crecimiento Instituto sobre Crecimiento y Desarrollo Fundación F. Orbeagozo*. Madrid: Editorial Garsi; 1988.

J.A. Sabio^a, A. Correas Bodas^a y N. Giménez^{b,c,*}

^a CAP Terrassa Sud, Mútua Terrassa, Fundació para la investigació Mútua Terrassa, Universitat de Barcelona, Barcelona, España

^b Unidad de Investigación, Fundació para la investigació Mútua Terrassa, Universitat de Barcelona, Barcelona, España

^c Laboratorio de Toxicología, Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: nuria.gimenez@uab.cat (N. Giménez).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2015.08.002>

Enfermedades infecciosas tropicales e importadas. Un reto para atención primaria



Tropical and imported infectious diseases. A challenge for primary care

Sr. Director:

Cada vez es más frecuente atender en la consulta a pacientes que viajan a países tropicales o a inmigrantes que proceden de ellos y que pueden presentar síntomas que corresponden a enfermedades infecciosas importadas que,

en general, estamos poco habituados a manejar. El mantener un alto nivel de sospecha en estos casos puede ser determinante para un pronto diagnóstico y adecuado tratamiento¹.

El dengue es una enfermedad frecuente en zonas tropicales. Aunque es una enfermedad, la mayoría de las veces benigna, y que solo tiene tratamiento sintomático y medidas de sostén, existen casos donde puede complicarse con dengue hemorrágico y ser una enfermedad potencialmente mortal². Los estudios seroepidemiológicos demuestran una tasa de incidencia entre viajeros de 6,7 por 1.000 personas/mes³. El número de casos importados va en aumento, coincidiendo con el incremento de casos en los países endémicos⁴. Esto nos obliga a pensar en esta entidad en casos de fiebre, diarreas, cefaleas, artralgias, malestar