

---

# Supervisión de la alimentación en la población infantil y juvenil

JM. Moreno Villares<sup>a</sup>, MJ. Galiano Segovia<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Pediatra. Unidad de Nutrición Clínica. Hospital 12 de Octubre. Madrid.

<sup>b</sup>CS Montessori. Leganés, Madrid.

---

*Rev Pediatr Aten Primaria. 2008;10:549-52*

*José Manuel Moreno Villares, [jmoreno.hdoc@salud.madrid.org](mailto:jmoreno.hdoc@salud.madrid.org)*

Sr. Director:

Es muy acertada la revisión que realiza la Dra. Martínez Rubio y el Grupo PrevInfad sobre la supervisión de la alimentación en la población infantil y juvenil<sup>1</sup>. Como bien se señala en el trabajo, en las consultas pediátricas, la supervisión de la alimentación infantil constituye una práctica habitual. Sin embargo, en realidad se centra, generalmente, en la alimentación de los 2 primeros años de la vida. Existen excelentes documentos que sirven como orientación y guía para ese periodo<sup>2,3</sup>. Es norma habitual considerar que a partir de esa edad el consejo dietético sea común con el del resto de edades o, lo que sería lo mismo, similar al del resto de miembros de la familia. En este hecho se fundamentan, por ejemplo, las normas para una alimentación

saludable de la Asociación Americana para el Corazón<sup>4</sup>.

No obstante, a la luz de la magnitud del problema del exceso de peso y del sedentarismo que encontramos en sociedades occidentales y basándonos en que los hábitos dietéticos todavía se pueden modificar en esas edades tempranas, tiene sentido que las sociedades científicas den orientaciones al respecto que pueden servir, sobre todo, para la reflexión común<sup>5</sup>.

Tras una lectura detallada del documento quisiera hacerles algunas consideraciones: las más llamativas son, en primer lugar, la ausencia de alguna referencia en el texto a la estrategia NAOS que, promovida por el Ministerio de Sanidad y Consumo, articula diversas iniciativas encaminadas a promover una nutrición saludable y la práctica de ejercicio físico como claves

para la prevención de la obesidad<sup>6</sup>. Los hábitos dietéticos se inician a los 3 ó 4 años y se establecen a partir de los 11, con una tendencia a consolidarse a lo largo de toda la vida. "La infancia es, por ello, un periodo crucial para actuar sobre la conducta alimentaria, ya que las costumbres adquiridas en esta etapa van a ser determinantes del estado de salud del futuro adulto" recoge el texto de presentación de la Estrategia NAOS (Estrategia para la nutrición, actividad física y prevención de la obesidad) en España<sup>7</sup>. La pirámide nutricional de NAOS plasma fielmente los objetivos del proyecto. En segundo lugar, aunque no es el objetivo específico de la revisión, se hace solo una breve recomendación sobre la actividad física (página 124). La adecuación entre la ingesta y el nivel de actividad forman parte del planteamiento global de recomendaciones sobre un estilo de vida saludable, también en niños y adolescentes<sup>8</sup>.

La influencia que las comidas fuera del hogar tienen en el seguimiento de una dieta saludable es manifiesta y adquiere mayor protagonismo en la adolescencia. Por el contrario, los investigadores han demostrado que la comida en familia se asocia a un consumo mayor de frutas, verduras, cereal y productos ricos en calcio, y a un menor consumo de alimentos fritos y de refrescos. Además contribu-

yen al desarrollo de los hábitos alimentarios, a la mejora del lenguaje y de las habilidades de comunicación. Pero es que, además, se ha visto una disminución de los hábitos de riesgo como el fumar, beber alcohol o consumir drogas en los chicos de familias en las que se comparte la mesa con más frecuencia; así como un mejor rendimiento escolar<sup>9,10</sup>.

Esta influencia positiva se manifiesta también como una mejoría en la frecuencia y en la calidad de los desayunos<sup>11</sup>. Entre sus ventajas están una mejoría del rendimiento escolar<sup>12</sup> y una influencia favorable sobre el índice de masa corporal<sup>13</sup>. La tendencia, sin embargo, es que un porcentaje entre el 10 y el 30%, se saltan el desayuno. El porcentaje es mayor en población adolescente, sobre todo femenina y de bajo nivel socioeconómico. Varios estudios han encontrado una asociación entre un menor número de días en los que se desayuna y un aumento en el IMC en la edad adulta<sup>14</sup>. Desayunar en casa de forma habitual implica tener más fácilmente hábitos saludables y mejor elección en los alimentos que no hacerlo<sup>15</sup>. Como parece existir una asociación fuerte entre el desayuno de los padres y el patrón de desayuno en adolescentes<sup>16</sup>, la implicación del desayuno familiar en la consecución de há-

bitos de vida saludable parece manifiesta<sup>17</sup>.

En el apartado de recomendaciones de PrevInfad, se hace una referencia a la leche humana que puede dar lugar a interpretaciones erróneas. Se menciona que es una fuente adecuada de nutrientes para menores, no solo durante el primer año de vida, sino también en edades posteriores. Entiendo que esta afirmación se entiende en el contexto de una alimentación diversificada adecuada. La leche humana como alimento exclusivo puede ser insuficiente en diversos micronutrientes ya en el segundo semestre de vida. En la tabla VII sobre recomendaciones específicas sobre el consumo de grasas la suma de niveles máximos recomendados solo alcanza el 30%, cuando parece oportuno que el porcentaje esté entre el 30-35% distribuidos entre < 10% de saturados, no más del 10% de polinsaturados y el resto (10-15% como monoinsaturados). Las ingestas recomendadas por el *Food and Nutrition Board del Intitute of Medicine* norteamericana-

no<sup>18</sup> (RDI, 2002) no hacen ninguna mención específica en cuanto la cuantía o distribución del tipo de grasas por encima de los 12 meses de edad y solo señalan la cantidad de ácido linoleico y  $\alpha$ -linolénico.

Unos 550.000 niños españoles con edades comprendidas entre los 6 y los 12 años comen todos los días en el colegio<sup>19</sup>. La Comunidad de Madrid, el País Vasco y Cataluña son las comunidades donde mayor número de niños comen en el comedor escolar. Se hace difícil elaborar recomendaciones de supervisión de la alimentación del niño y adolescente sin hacer mención a los comedores escolares. La Asociación Española de Pediatría en colaboración con la Sociedad Española de Dietética y Ciencias de la Alimentación ha elaborado recientemente un *Libro Blanco de la Alimentación Escolar*<sup>20</sup>.

Nuevamente mi más sincera enhorabuena por la iniciativa de actualizar recomendaciones sobre aspectos pediátricos básicos en la *Revista Pediatría de Atención Primaria*.

---

## Bibliografía

1. Martínez Rubio A, Grupo PrevInfad. Supervisión de la alimentación en la población infantil y juvenil. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2008;10:99-133.

2. WHO. Breastfeeding [en línea] [consultado el 30/04/2008]. Disponible en [www.who.int/topics/breastfeeding/en/](http://www.who.int/topics/breastfeeding/en/)

3. ESPGHAN. Committee on Nutrition. Complementary feeding: a commentary by the ESPG-

HAN Committee on Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2008;46:99-110.

4. Lichtenstein AH, Appel LJ, Brands M. Diet and lifestyle recommendations revision 2006: A scientific statement from the American Heart Association Nutrition Committee. *Circulation.* 2006; 114:82-96.

5. Requejo AM, Ortega RM. *Nutrición en la adolescencia y juventud.* Madrid: Editorial Complutense; 2002.

6. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia NAOS [en línea] [consultado el 30/04/2008]. Disponible en [www.naos.aesan.msc.es](http://www.naos.aesan.msc.es)

7. Estrategia NAOS. Invertir la tendencia de la obesidad. Madrid: Agencia Española de Seguridad Alimentaria; 2005.

8. González Gros M, Gómez Lorente JJ, Valtueña J, Ortiz JC, Meléndez A. The healthy lifestyle guide pyramid for children and adolescents. *Nutr Hosp.* 2008;23:159-68.

9. Moreno Villares JM, Galiano Segovia MJ. La comida en familia: algo más que comer juntos. *Acta Pediatr Esp.* 2006;64:554-8.

10. Moreno Villares JM, Galiano Segovia MJ. La importancia de la comida en familia. *Acta Pediatr Esp.* 2008;66:93-4.

11. Nicklas TA, Bao W, Webber LS, Berenson GS. Breakfast consumption affects adequacy of total daily intake. *J Am Diet Assoc.* 1993;93:886-91.

12. Kleinman RE, May S, Green H. Diet, breakfast, and academic performance in children. *Ann Nutr Metab.* 2002;46 Suppl 1:S24-S30.

13. Affenito SG, Thompson DR, Barton BA. Breakfast consumption by African-American and white adolescent girls correlates positively with calcium and fiber intake and negatively with body mass index. *J Am Diet Assoc.* 2005;105: 938-45.

14. Berkey CS, Rockett HRH, Gillman MW, Field AE, Colditz GA. Longitudinal study of skipping breakfast and weight change in adolescents. *Int J Obes Relat Metab Disord.* 2003;27: 1258-66.

15. Utter J, Scragg R, Ni Mhurchu C, Schaaf D. At home breakfast consumption among New Zealand children: associations with body mass index and related nutrition behaviors. *J Am Diet Assoc.* 2007;107:570-6.

16. Keski-Rahkonen A, Kaprio J, Rissanen A, Virkkunen M, Rose RJ. Breakfast skipping and health-compromising behaviors in adolescents and adults. *Eur J Clin Nutr.* 2003;57:842-53.

17. Affenito SG. Breakfast: a missed opportunity. *J Am Diet Assoc.* 2007;107:565-9.

18. Trumbo P, Schlicker S, Yates A, Poos M. Dietary Reference intakes for energy, carbohydrate, fiber, fat, fatty acids, cholesterol, protein and amino acids. *J Am Diet Assoc.* 2002;102: 1261-30.

19. Ministerio de Educación, Cultura y Deporte [en línea] [consultado el 30/04/2008]. Disponible en [www.mec.es/estadistica](http://www.mec.es/estadistica)

20. Martínez Álvarez JR, Polanco Allúe I. *El libro blanco de la alimentación escolar.* Madrid: Mc Graw Hill-Interamericana de España; 2007.

