
¿Se pueden conseguir hábitos saludables en la población infantil desde Atención Primaria?

B. Juanes de Toledo^a, J. Ruiz-Canela Cáceres^b

^aCS El Espinillo. Servicio Madrileño de Salud, Área 11. Madrid (España).

^bDistrito Sanitario Sevilla (España).

Rev Pediatr Aten Primaria. 2007;9 Supl 1:S133-6

Blanca Juanes de Toledo, blancajuan@telefonica.net

Referencia bibliográfica: Patrick K, Calfas KJ, Norman GJ, Zabinski MF, Sallis JF, Rupp J, et al. Randomized controlled trial of a primary care and home-based intervention for physical activity and nutrition behaviors: PACE+ for adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2006;160:128-36.

Términos clave en inglés: food habits; health behavior; primary health care.

Términos clave en español: hábitos alimenticios; conductas saludables; Atención Primaria de salud.

Fecha de recepción: 13 de mayo de 2006

Fecha de aceptación: 22 de mayo de 2006

Cómo citar este artículo: Juanes de Toledo B, Ruiz-Canela Cáceres J. ¿Se pueden conseguir hábitos saludables en la población infantil desde Atención Primaria? *Evid Pediatr.* 2006;2:29.

Dirección electrónica del artículo:

www.aepap.org/EvidPediatr/numeros/vol2/2006_numero_2/2006_vol2_numero2.15.htm

Resumen estructurado

Objetivo: verificar la efectividad de una intervención multimodal en adolescentes para propiciar cambios de conducta en la actividad física (AF) y en los hábitos alimenticios (HA).

Diseño: ensayo clínico aleatorizado y controlado (ECA).

Emplazamiento: seis centros de Atención Primaria privados de California (Estados Unidos) y domicilio de los participantes.

Población de estudio: compuesta por 878 niños entre 11 y 15 años de edad. Cincuenta y nueve no comenzaron la intervención. A lo largo del seguimiento (1 año), se perdieron 68 niños en el grupo de intervención (GI) y a 74 en el grupo control (GC) (16% del total).

Intervención:

En el centro de salud: el adolescente usó un programa de ordenador que evaluaba sus HA (ingesta de grasas, frutas y verduras), AF y conducta sedentaria (CS).

El mismo programa guiaba al adolescente a seguir un plan de mejora. Después, un instructor adiestrado revisó y animó al seguimiento del plan. Se entregó un manual de cambios de conducta al adolescente y a sus padres.

En el domicilio: se contactó telefónicamente y por correo de forma mensual.

El GC recibió una intervención similar, pero relacionada con la protección solar, basada en el uso de material impreso, recordatorios telefónicos y gratificaciones económicas por su participación.

Medición del resultado: número de minutos diarios de AF. En 330 participantes (37,5%) se utilizó además un acelerómetro para medir la AF, considerándose un resultado secundario al no englobar la totalidad de la muestra. La ingesta se valoró mediante encuesta de 24 horas y de hábitos utilizando un *software* específico. En la misma se midió número de porciones diarias de frutas y verduras, gramos diarios de fibra y porcentaje de calorías sobre el total de grasas. Se realizaron dos encuestas: la primera presencial y la segunda por teléfono. La CS se midió mediante una encuesta que es una modificación de otra validada por Robinson¹. Se realizó en un día escolar y en otro vacacional, valorándose el tiempo consumido sentado (viendo televisión, juegos de or-

denador, hablando por teléfono y escuchando música) por autovaloración de los participantes mediante una escala de ocho puntos. Todas las variables principales se estimaron al inicio, 6 y 12 meses. Otro resultado valorado fue el índice de masa corporal (IMC) medido a partir de la talla y el peso con un estadiómetro de pared y báscula digital. El IMC se calculó dividiendo el peso en kilos entre el cuadrado de la altura en metros.

Resultados principales: al final del período de seguimiento, sólo existieron diferencias significativas ($p < 0,001$) entre ambos grupos en la reducción del sedentarismo en una hora al día. Comparado con el GC, en el GI se redujo el sedentarismo en niños (de 4,3 a 3,4 horas/día frente al GC, de 4,2, a 4,4 horas/día, $p < 0,001$). En las niñas del GI, esta reducción es de 4,2 a 3,2 horas/día (GC de 4,2 a 4,3 horas/día). Los niños del GI fueron más activos físicamente (4,1 a 4,4 días de AF/semana) que los del GC (3,8 a 3,1 días de AF/semana). En niñas el consumo recomendado de grasas saturadas mejoró en el GI del 23,4% al 41%, frente al GC que pasó del 18,5% al 31%. No hubo diferencias en el IMC.

Conclusión: una intervención que integra el uso de un programa de ordenador, consejo sanitario, y contacto telefónico y

por correo durante un año puede modificar favorablemente la conducta de los adolescentes respecto a la AF, dieta y sedentarismo.

Conflicto de intereses: los Drs. Patrick, Calfas y Sallis son copropietarios y reciben ingresos del Center for Health Interventions, LLC (San Diego, California).

Fuente de financiación: beca del National Institute of Health (National Cancer Institute, Bethesda).

Comentario crítico

Justificación: en la actualidad la obesidad es uno de los problemas más importantes de salud. Un 15% de los niños y adolescentes tienen sobrepeso, aumentando el riesgo de diabetes, hiperlipemia, hipertensión arterial y sus secuelas^{2,3}.

La prevención de la obesidad es una prioridad de la salud pública internacional, pues su prevalencia está en aumento en las poblaciones infantiles en todo el mundo, con implicaciones para la salud a corto y a largo plazo. El IMC es la medida más razonable para identificar a la población infanto-juvenil con sobrepeso o en riesgo de estarlo. Complementariamente, la CS, particularmente ver la televisión, es el factor predictivo más consistente de obesidad en adolescentes⁴, de manera que la disminución del número de horas

de televisión conlleva una reducción del IMC. A pesar de no existir evidencia de la efectividad de la intervención a nivel de Atención Primaria para conseguir conductas saludables en niños con sobrepeso, las estrategias de prevención y actuación sobre la obesidad infantil constituyen una prioridad de investigación y justifican la evaluación de este artículo⁵.

Validez o rigor científico: es un estudio que realiza una intervención compleja, con varios componentes, muchos de los cuales se basan en autoevaluaciones de los participantes. Es muy posible que los pacientes "captados" no sean representativos de la población y se muestren más predispuestos a la intervención, lo que podría sobrestimar la magnitud de su efecto. En este estudio no se ha descrito el procedimiento de aleatorización; es un ensayo abierto a pacientes y sanitarios, donde la motivación de los participantes es crucial. De hecho, se constató un porcentaje mayor de adolescentes con un IMC < P-85 entre los que finalizaron la intervención frente a los que no la completaron ($p < 0,01$). El seguimiento de ambos grupos no fue igual: el GC tenía incentivos económicos y sólo recibió dos llamadas telefónicas.

Interés o pertinencia clínica: la mayor parte de los resultados obtenidos son modestos e incluso nulos. En todo el

grupo se consigue disminuir el sedentarismo en una hora diaria sin modificar el IMC. En niñas se disminuyó en un 30% el consumo de grasas saturadas y el 47% de los niños incrementó su actividad física. En otra revisión sistemática⁴ estos resultados se interpretan como intermedios. Además, la medición de la dieta y de la AF por autoevaluación es poco fiable y constituye un punto débil en estos estudios. Como dato positivo, consigue una intervención de acción larga (un año).

Aplicabilidad en la práctica clínica: este estudio constituye un buen punto de partida. Sugiere que una intervención promovida desde Atención Primaria puede producir, en un contexto propicio, un cambio hacia la adopción de conductas saludables en la actividad física, la vida sedentaria y la elección de alimentos. Un segundo aspecto es la factibilidad de la intervención a nivel de Atención Primaria, ya que es posible contar con muchos aliados potenciales: escuelas, comedores, familias, etc.

Bibliografía

1. Robinson TN. Reducing children's television viewing to prevent obesity: a randomized control trial. *JAMA*. 1999;282:1561-7.

2. U.S. Preventive Services Task Force. Screening and interventions for overweight in children and adolescents: recommendation statement. *Am Fam Physician*. 2006;73:115-9.

3. Albañil MR, Sánchez M, de la Torre M, Olivas A, Sánchez MYS. Prevalencia de obesidad a los 14 años en cuatro consultas de Atención Primaria.

Evolución desde los dos años. *An Pediatr (Barc)*. 2005;63:39-44.

4. Summerbell CD, Waters E, Edmunds LD, Kelly S, Brown T, Campbell KJ. Intervenciones para prevenir la obesidad infantil (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2006 Número 1. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: www.update-software.com. (Traducida de The Cochrane Library, 2006 Issue 1. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.)

5. Robinson TN. Obesity prevention in primary care. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2006;160:217-8.

