

de consumo de alimentos del cual puede desprenderse el aporte de zinc de los alimentos consumidos en los hogares encuestados.

Recomendación de ingesta de zinc: 2-3 mg en niños pequeños; 5-9mg en niños mayores; 9-11mg en varones y 8mg en mujeres.

Objetivo

Conocer el aporte de zinc de los alimentos mas consumidos en los hogares encuestados por la ENCOFA.

Materiales y métodos

Se realizó un estudio descriptivo transversal, desarrollado en el año 2006, se utilizó la encuesta del ENCOFA 2006.

Universo en estudio: 1925 hogares.

Se realizó un muestreo por conglomerados en 5 ámbitos geográficos, aplicando la metodología de selección de hogares por muestreo sistemático.

Se evaluó el consumo de alimentos por método de pesada directa de alimentos durante un día, utilizando balanzas dietética de 5 kg de capacidad y 100 g de precisión.

El contenido de zinc en 100 g se obtuvo de la Tabla de Composición de Alimentos del ANDREA (Análisis Nutricional de la Dieta según Requerimiento y Adecuación).

Resultados

En los 1925 hogares evaluados, los alimentos consumidos por más del 50% de los hogares tales como arroz, cebolla, ajos, zanahoria aportan menos de 1 mg de zinc, a excepción de la papa que aporta 4,2 mg de zinc y el agua con 6,7 mg de zinc. La lenteja, consumida por

7% de los hogares, aporta un contenido de 18 mg de zinc.

Conclusiones

- La papa es el alimento de mayor consumo por los hogares encuestados, (más de 50%) y con mayor aporte de zinc (4,2 mg).
- Las lentejas aportaron el mayor contenido de zinc, sin embargo, es consumido sólo por 7% de los hogares encuestados.

SOBREPESO Y OBESIDAD EN ESCOLARES

José Sánchez R.¹¹

El grupo etáreo escolar en una sociedad es de sumo interés en la salud y nutrición pública de un país y más si se tiene en cuenta que en esta edad se forman hábitos y costumbres que proyectarán una vida saludable o un problema de salud pública.

El sobrepeso y la obesidad es una afección compleja con componentes genéticos, ambientales (1,2), caracterizado por un desbalance energético positivo entre la cantidad de calorías ingeridas y las utilizadas. La persistencia de este estado en el crecimiento y desarrollo del escolar puede llevar a efectos sobre su morbilidad y mortalidad (3) en la edad adulta. Además de los efectos mencionados, la obesidad está asociada con problemas de depresión, pérdida de autoestima y alteración de la imagen corporal.

El ingreso del niño a la pubertad conlleva a diferentes cambios hormonales representados por un cambio acelerado en el crecimiento y la variación en la forma corporal. Se ha encontrado una mayor prevalencia de hipertensión arterial (HTA) y diabetes mellitus tipo 2 en adolescentes obesos (4). De persistir los signos y síntomas de esta patología podrían desarrollarse, graves

¹¹ Centro Nacional de Alimentación y Nutrición/INS

enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) como hipertensión arterial, diabetes tipo 2, enfermedades cardiovasculares y cerebro vasculares que, actualmente son las principales causas de enfermedad y muerte en el mundo (5).

Se ha observado que el sobrepeso y la obesidad en escolares oscila entre 5 a 25% de prevalencia (6). Actualmente, hay el doble de niños con sobrepeso en los E.U.A. que hace veinte años. En el mismo país, en niños y adolescentes de entre 6 y 17 años, se ha registrado diferencias según su origen (7), los hispanos/mexicanos tienen más obesidad (17%) que los negros (12%) y estos más que los blancos (10%).

En México, uno de cada cuatro niños de edades comprendidas entre 4 y 10 años tiene sobrepeso (8). En el Ecuador, 14 de cada 100 escolares de 8 años tuvo exceso de peso en el 2001 (8).

En Sudamérica, datos de Chile indican que el porcentaje de varones escolares con obesidad creció de 6,5% en 1987 a 13,1% en 1996 y que en las mujeres se incrementó de 7,7% a 14,7% (9). Recientes reportes en Chile indican que la prevalencia, para el 2007, alcanzó prácticamente el 20%.

En el Perú, mediante el estudio de Monitoreo Nacional de Indicadores Nutricionales 2004 (10), se observó que 11,2% de los adolescentes a nivel nacional, presentó sobrepeso; mientras que a nivel departamental Lima (17,24%) y Tacna (18,34%) mostraron las mayores prevalencias de sobrepeso. Cabe resaltar que en las prevalencias de sobrepeso en adolescentes se aprecia una diferencia a favor del área urbana, siendo esta aproximadamente de seis puntos porcentuales. Al explorar en los departamentos, vemos que las mayores prevalencias de sobrepeso para el área urbana se presentan en los departamentos de Lima (22,32%) y Moquegua (21,08%), para el área rural se aprecia que los departamentos que

tienen las mayores prevalencias son dos: Madre de Dios con 14,97% y Tacna con 19,07%.

Ante esta situación preocupante, los expertos y educadores debemos asumir la responsabilidad de prevenir esta situación del sobrepeso y obesidad en escolares, la cual debe controlarse mediante actividades de promoción y prevención que favorezcan la creación de hábitos de alimentación saludable, tal como fomentar la actividad física oportuna, más aun si los escolares pueden ser los mejores interlocutores de generar una corriente social de prevención del sobrepeso y obesidad en su comunidad.

Referencias Bibliográficas

1. Rey J, Bresson JL, Abadie V: La nutrition, un modele d'intraccion entre les facteurs génétiques et les facteurs d'environnement. Arch Pediatr 1994; 1: 5-10
2. Gortmaker SL, Must A, Sobol A, Pterson Kdoetz W: Television view as a cause of increasing obesity among children in the United States, 1986-1990. Arc Pediatr Adolesc Med 1996; 150: 356-62.
3. Nieto FG, Szclo M, Comstock GW: Childhood weight and growth rate as predictors of adult mortality. Am J Epidemiol 1992; 136: 201-13
4. Choudhury P. Adolescent onset of adult metabolic diseases. J Indian Med Assoc. 2005 Nov; 103 (11):630-1,637
5. Organización Mundial de la Salud [Página en internet]. The overall goal of the strategy is to promote and protect health through healthy eating and physical activity. Geneva: WHO; Organización Mundial de la Salud; 2004 [citado octubre 2009]. Global strategy: overall goal, [Aproximadamente 2 pantallas]. Disponible en: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/goals/en/index.html>
6. Styme DM: Childhood and adolescent obesity. Prevalence and significance. Pediatr Clin North Am 2001; 48: 823-54

7. Bowman B, Russell R. Conocimientos actuales sobre nutrición. Washington DC: OPS, Publicación Científica. 2003; N°. 592
8. Organización Panamericana de la Salud. Régimen alimentario, nutrición y actividad física. Washington DC: OPS. 2003
9. Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos. Obesidad desde la infancia. INTA [serial on the Internet]. 2005
10. Ministerio de Salud, Instituto Nacional de Salud, Comportamiento de Indicadores de Nutrición en el Perú, Monitoreo Nacional de Indicadores Nutricionales 2002-2004, Lima 2007

CASOS DE LEPRAS EN LIMA

Dr. Zuño Burstein Alva¹²

El Laboratorio Nacional Referencial de Lepra INS/MINSA a solicitud de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis Componente Lepra – MINSA confirmó el día 29 de septiembre del presente año, por examen clínico, estudios baciloscópicos e histopatológicos, dos casos nuevos de Lepra multibacilar florida, diagnosticados en el Servicio de Dermatología del Hospital Arzobispo Loayza de Lima, en pacientes procedentes de la Selva peruana y alojados actualmente en forma precaria en pueblos jóvenes de Lima.

Una de las pacientes, (FPZ) adolescente de 17 años procedente de Tanshico, Río Amazonas, Iquitos, presentaba un cuadro que se inicia hace 4 años y desarrolla en forma ostensible al venir a Lima hace más de 1 año, con lesiones progresivas que comprometen toda la superficie cutánea de tipo lepromatoso (LL); esta paciente no fue diagnosticada pese

a reiteradas consultas médicas en Iquitos y en Lima, en este último lugar, ha trabajado como niñera al cuidado de cuatro niños pequeños y, posteriormente como cocinera en una familia con dos niños. Debido a la magnitud de las lesiones cutáneas deja el trabajo y concurre a consulta médica especializada en el Hospital Arzobispo Loayza; actualmente está alojada en una pequeña habitación con otras cuatro personas en condiciones precarias, en San Juan de Lurigancho.

El otro paciente (DNG) adulto mayor de 66 años, con un tiempo de enfermedad aparente de 3 años, viene de Sivia – Huanta Ayacucho (zona no reportada como endémica de Lepra), portando una Lepra dimorfa lepromatosa (DL) con lesiones floridas cutáneas y trastornos tróficos; ha tenido consultas médicas sin llegar al diagnóstico, es traído a consulta por su hijo que lo tiene alojado en una pequeña vivienda del distrito de San Martín de Porres.

A ambos pacientes se les administró de inmediato terapia de la poliquimioterapia (PQT) y por su condición de multibacilares de alta contagiosidad se dispuso su inmediata hospitalización en aislamiento temporal. Al no lograrse este objetivo en el Hospital Arzobispo Loayza, por acuerdo del INS -Ministerio de Salud y el Instituto de Medicina Tropical-Universidad Nacional Mayor de San Marcos participantes de esta decisión y con conocimiento del Ministro de Salud, Dr. Oscar Ugarte, se decidió su hospitalización en el Servicio de Enfermedades Infecciosas del Hospital 2 de Mayo para facilitar su conducción terapéutica y ejecutar en coordinación con la Estrategia Sanitaria de Tuberculosis Componente Lepra del MINSA todas las acciones sanitarias previstas para estos casos en la “**Norma de Eliminación de la Lepra en el Perú del Ministerio de Salud**”, con el registro de familiares y contactos tanto en Lima como en sus lugares de origen.

¹²Jefe de Laboratorio Nacional Referencial de Lepra INS/MINSA