

Efectos de la edad y de la formación académica en la comprensión de la información escrita que entregamos habitualmente a nuestros pacientes[☆]



Effects of age and educational background in understanding the written information normally deliver to our patients

Sr. Director:

La información al paciente resulta crucial para involucrarle en las decisiones sobre su salud, un uso más seguro de la medicación, mayor cumplimiento terapéutico y su satisfacción. No obstante, se olvida una parte importante de la información verbal^{1,2}, por lo que se acompaña con información escrita³.

Garner et al.⁴ propusieron analizar 3 características de la información escrita: legibilidad (centrada en el texto), efectividad de la comunicación (centrada en el receptor) y comprensión (centrada en el receptor). Esta última ha sido menos evaluada, aunque es una medida directa de la utilidad de esta información. Este estudio tuvo como objetivo analizar en función de la edad y la formación académica el grado de comprensión de la información escrita que se entrega habitualmente a los pacientes.

Se realiza un estudio observacional en el que una muestra de conveniencia leyeron 10 textos extraídos aleatoriamente de documentos y folletos de información sanitaria de 5 centros, para responder después a 5 preguntas en formato dicotómico (verdadero o falso). Para cada sujeto se sumó el número de aciertos como medida del grado de comprensión. La muestra se compuso por mayores de 30 años con distintos niveles académicos, con profesión no sanitaria, y por estudiantes de disciplinas no sanitarias.

Para controlar el efecto del modo de presentación todos los textos se presentaron en un mismo formato con alta calidad de impresión. A la hora de responder podían tener el texto a su disposición, simulando las circunstancias habituales en el uso de esta documentación escrita.

Se aplicó un modelo lineal general univariante, factorial completo, con control de todas las interacciones de las variables independientes: edad, sexo y estudios. Como variable dependiente se consideró el número de aciertos (escala de 0 a 10).

Respondieron 510 sujetos (261 [51,2%] mujeres; 230 [45,1%] entre 18 y 29 años). La media de aciertos fue de 8,4 (DE: 1,9; IC 95%: 8,3-8,6). La edad no influyó en el número de aciertos ($p=0,062$). El número de aciertos se relacionó con el nivel académico o estar estudiando ($p=0,001$), y fue mayor entre las mujeres en todos los segmentos de edad ($p=0,018$). No se observó efecto de la interacción entre niveles de análisis (tabla 1).

El número de aciertos no se asoció a la edad, sino al nivel de los estudios concluidos (o al hecho de estar estudiando). Este resultado es particularmente relevante ya que parece que la comprensión se asocia más al entrenamiento cognitivo que supone la formación académica que a la edad. La creencia de que las personas mayores tendrán mayores dificultades que los jóvenes para interpretar correctamente la información sanitaria se descarta según estos resultados, siempre y cuando el tamaño de la letra y la visibilidad del texto permitan su lectura.

El dato de que las mujeres, en todos los grupos de edad (jóvenes, mediana edad y mayores), comprenden mejor la información que los varones no se había comprobado con respecto a la información sanitaria escrita.

A nivel metodológico este estudio confirma la sugerencia de sumar a los estudios de legibilidad y de efectividad de la comunicación^{5,6}, el análisis del grado de comprensión de la información escrita⁴. A nivel práctico las instituciones sanitarias deben considerar que en este caso no se entregaron a los sujetos participantes los documentos de información obtenidos en los centros sanitarios, sino

Tabla 1 Resultados en el número de aciertos. Modelo lineal general univariante

VARIABLES INDEPENDIENTES	N.º	Media (DE)	Valor de p	
<i>Sexo</i>	Varón	249	8,1 (2,0)	0,018
	Mujer	261	8,7 (1,7)	
<i>Edad</i>	Hasta 29 años	230	8,2 (1,9)	0,062
	Entre 30 y 49 años	95	8,7 (2,0)	
	50 o más años	185	8,5 (1,9)	
<i>Nivel de estudios</i>	Sin estudios	52	8,1 (2,3)	0,001
	Bachiller/FP	170	8,1 (1,9)	
	Superiores	288	8,7 (1,8)	
<i>Efectos de la interacción</i>				
Edad y sexo				0,658
Edad y nivel de estudios				0,140
Sexo y nivel de estudios				0,342
Edad, sexo y nivel de estudios				0,936

Variable dependiente: número de aciertos (escala de 0 a 10).
FP: formación profesional.

[☆] Este estudio ha sido financiado por el Fondo de Investigaciones Sanitarias y por Fondos FEDER, referencia PI10/01344.

que se homogeneizó su presentación, cuidando el tamaño de la letra y la calidad de la impresión. Dado el nivel de aciertos logrado parece aconsejable cuidar el formato de presentación de la información escrita.

Limitaciones: Este estudio no ha tenido en cuenta el rendimiento académico de los participantes. Tampoco se ha controlado la afición a la lectura de los participantes o si leían habitualmente la prensa. Los documentos presentados no necesariamente representan al conjunto de instrucciones escritas para los pacientes. Se controló exclusivamente que quienes respondieran no tuvieran experiencia personal o directa por algún familiar cercano del proceso de enfermedad con el que se relacionaba la información escrita.

Bibliografía

1. Entwistle VA, Watts IS. Disseminating information about health care effectiveness: A survey of consumer health information services. *Qual Health Care.* 1998;7:124-9.
2. Kenny T, Wilson RG, Purves IN, Clark J, Newton LD, Moseley DV. A PIL for every ill? Patient information leaflets (PILs): A review of past, present and future use. *Fam Pract.* 1998;15:471-9.
3. Moulton B, Franck L, Brady H. Ensuring quality information for patients: Development and preliminary validation of a new instrument to improve the quality of written health care information. *Health Expect.* 2004;7:165-75.

4. Garner M, Ning Z, Francis J. A framework for the evaluation of patient information leaflets. *Health Expect.* 2008;15:283-94.
5. Barrio-Cantalejo IM, Simón P. ¿Pueden leer los pacientes lo que pretendemos que lean? Un análisis de la legibilidad de materiales escritos de educación para la salud. *Aten Primaria.* 2003;31:409-14.
6. Mira JJ, Lorenzo S, Pérez-Jóver V, Navarro I, Martín de Rosales A, Lara C. Assessment of the quality of medication information for patients in Spain. *Expert Opin Drug Saf.* 2013;12:9-18.

José Joaquín Mira^{a,b,c,*}, Irene Carrillo^b,
Isabel María Navarro^b, Domingo Orozco^d,
Vicente Gil^d y Mercedes Guilabert^b

^a *Departamento de Salud, Consellería Sanitat, Sant Joan-Alacant, Alicante, España*

^b *Departamento de Psicología de la Salud, Universidad Miguel Hernández, Elche, España*

^c *RETIC REDISSEC, España*

^d *Departamento de Medicina, Universidad Miguel Hernández, Sant Joan, Alicante, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jose.mira@umh.es (J.J. Mira).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2014.04.010>

Prevención de la obesidad infantil. Papel del dentista de Atención Primaria



Prevention of childhood obesity. Role of Primary Care dentist

Sr. Director:

La obesidad infantil es muy prevalente y conlleva al padecimiento de graves comorbilidades en la edad adulta; por ello, las autoridades y las organizaciones sanitarias han desarrollado numerosas campañas divulgativas y preventivas, solicitando el compromiso y colaboración de diversos profesionales sanitarios, como pediatras, endocrinólogos o enfermeras¹, sin tener en cuenta el potencial papel preventivo de estomatólogos y odontólogos de atención primaria.

La etiopatogenia de la obesidad es multifactorial, intervinendo numerosos factores de riesgo, algunos con una implicación bien esclarecida, otros con un papel más controvertido, como es la posible capacidad obesígena de la microbiota oral (infectoobesidad), donde se argumentan 3 posibles mecanismos. El primero se basa en su capacidad de incrementar la eficacia metabólica del tracto gastrointestinal; así, pequeños incrementos en la ingesta (100 calorías/día), sin cambios en la dieta y en el ejercicio, incrementarían la grasa corporal (4,5 kg/año). El segundo mecanismo infectoobesígeno sería la promoción de un incremento del apetito y de la ingesta debido a su capacidad de modificar el equilibrio entre la leptina (disminuyéndola) y la grelina (aumentándola). El tercer mecanismo sería su

capacidad de alterar algunas vías metabólicas energéticas, facilitando la resistencia tisular a la insulina, mediante el incremento de los niveles del factor de necrosis tumoral y, por otro, reduciendo el nivel de adiponectina; ambas favorecerían la acumulación de grasa corporal en el huésped².

Dado que el nivel cuantitativo de la placa dental es factible medirlo de forma sencilla y objetiva mediante índices de placa dental³, se planteó el estudio con el objetivo de evaluar la asociación del sobrepeso y la obesidad con los niveles de placa dental y lingual detectados, en una población de niños de 6 años de edad.

El estudio, de tipo observacional, transversal, de base comunitaria, fue autorizado por el Comité Ético de Investigación Clínica Regional del Principado de Asturias, se realizó entre enero del 2012 y febrero del 2014, en la Unidad de Salud Bucodental del Centro de Salud Vallobin (Oviedo).

Las variables evaluadas fueron: género; historial de caries, índice CAOD (normativa OMS), índice de placa dental (IPD), índice de placa lingual (IPL), peso y edad gestacional al nacer, tipo de lactancia, índice de masa corporal (IMC) actual percentilado según las especificaciones de la OMS⁴.

La muestra incluyó a 575 niños de 6 años de edad (62,1% de la población protegida), 51,9% varones y 48,1% niñas. De ellos, el 7,2% (IC del 95%, 4,94-9,32) y el 5,6% (IC del 95%, 3,6-7,52) cumplían respectivamente criterios de sobrepeso y obesidad.

Un IPD alto se observó en el 7,1% (IC del 95%, 4,9-9,32) y medio en el 20,5% (IC del 95%, 17,13-23,91), resultando presentar un nivel alto de placa dental un factor de riesgo para un IMC percentilado de sobrepeso ($p=0,002$; OR = 3,92; IC del 95%, 1,55-9,91). La detección de un nivel medio y alto de placa dental se relacionó con un IMC percentilado de