

Prevención y tratamiento de la obesidad infantil en atención primaria*

Elena Alustiza¹
Javier Aranceta²

¹C.S. Zestoa
y Getaria (Guipuzcoa)
²Unidad de Nutrición
Comunitaria
Servicio Municipal
de Salud Pública
Bilbao

Resumen

La obesidad es una enfermedad frecuente, grave, difícil de tratar y que afecta a las sociedades desarrolladas. Es un reto de primer orden para la salud pública y los pediatras debemos tener un papel relevante, tanto en la prevención y tratamiento como en la concienciación a la sociedad, aunando esfuerzos de instituciones, colegios, medios de comunicación etc. para conseguir frenar esta epidemia emergente. Efectuamos una revisión de la literatura sobre los aspectos actuales en la prevención y tratamiento de la obesidad infantil.

Palabras clave: Obesidad infantil. Prevención. Tratamiento. Educación alimentaria. Pediatra Colegio.

Summary

Obesity is a common health problem, severe and difficult for treatment which is spreading in western societies. It is a first order challenge for Public Health and pediatricians should play a relevant role, both in the prevention and treatment of the problem as well as in contributing to raise awareness of the population jointly with institutions, schools, mass media, etc. in order to stop this emerging epidemic. A literature review has been accomplished about current strategies for the prevention and treatment of children obesity.

Key words: Childhood obesity. Prevention. Treatment. Nutrition education. Pediatrician school.

Introducción

La obesidad exógena es una enfermedad nutricional que se define por el exceso de grasa corporal resultante del consumo de una dieta de valor calórico superior a las necesidades del niño.

Desde 1998 la OMS considera la obesidad una epidemia global. En la infancia y adolescencia constituye el trastorno metabólico más prevalente, así como la principal enfermedad no declarable. La prevalen-

cia en los países desarrollados se ha triplicado en los últimos 15 años¹.

La obesidad tiene una etiología multifactorial, donde la libre disponibilidad de alimentos, los cambios en los hábitos alimentarios, el sedentarismo ó los factores psicológicos y sociales tienen una importancia fundamental. No obstante, está claro que hay factores genéticos que predisponen a la obesidad, como ha podido comprobarse en estudios en familias ó gemelos univitelinos y bivitelinos. De todas formas, sólo un pequeño número de obesidades son monogénicas y la gran mayoría tiene una base poligénica².

La determinación del índice de masa corporal (IMC), peso en kg dividido entre el cuadrado de la talla en metros, es un método muy específico para la medición de la grasa corporal y es sencillo de aplicar en nuestras consultas. Hoy en día se considera por consenso: *IMC > percentil 85 de referencia: SOBREPESO; IMC > percentil 95 de referencia: OBESIDAD.*

Prevención

La obesidad es una enfermedad crónica cuyos resultados con tratamiento, tanto dietético como de cambio del patrón de vida activo y/o farmacológico, son muy limitados, por lo que la *PREVENCIÓN ES PRIORITARIA*³, y más, sabiendo que el 30% de los adultos obesos lo eran en la infancia⁴; la obesidad que se inicia en la infancia puede tener peores consecuencias que la obesidad que se inicia en la edad adulta⁴; se puede prever que la morbilidad y mortalidad secundaria a la obesidad pueda exceder a la producida por el tabaco⁵.

Las estrategias de prevención se dividen en: 1. Prevención universal; 2. Detección de la población a riesgo ó prevención selectiva y 3. Tratamiento del niño con sobrepeso ó prevención diana.

*Trabajo realizado con el apoyo del Grupo Colaborativo MBE pediátrica de Guipúzcoa: I. Aseguinolaza, M. Callén, J. Emparanza, I. Ozcoidi, E. Alustiza

Correspondencia:
Elena Alustiza
CS de Guetaria. Osakidetza
Puerto, s/n
20808 Guipúzcoa
E-mail:
ealustiz@apge.osakidetza.net

Cada vez resulta más evidente la importancia de la prevención. No obstante hoy en día, todavía no se ha demostrado la efectividad de estos programas y los datos son limitados⁶.

Las siguientes recomendaciones se basan en el *documento de Consenso de la Asociación Española de Pediatría, Sociedad Española de Nutrición Comunitaria y Sociedad Española para el estudio de la Obesidad*, las cuales se estructuran fundamentalmente en torno a los denominados "periodos críticos de obesidad" (primer año, antes de los 6 años y adolescencia)⁷.

Prevención universal

Promoción de la lactancia materna

Lo ideal sería que alcanzara hasta los 6 meses de vida. Se ha demostrado el efecto protector para la obesidad futura y su duración se asocia inversamente al riesgo de obesidad⁵.

Normas dietéticas

El pediatra debe vigilar periódicamente la dieta y aprovechar las visitas del niño para recordar que debe limitarse el consumo de bollería industrial, dulces, snacks, refrescos azucarados y prohibirse bebidas alcohólicas (en el adolescente).

- Disminución de los alimentos con contenido elevado en grasa. Se recomendará un consumo adecuado de grasa monoinsaturada (aceites de oliva) y poliinsaturada (aceite de soja, pescados entre otros), junto con una reducción del aporte de grasa saturada (embutidos, bollería, helados, etc).
- Evitar el consumo excesivo de proteínas. En la infancia, un exceso de consumo proteico favorecería la diferenciación de preadipocitos a adipocitos por un incremento de la producción de IGF1, con lo que se favorecería asimismo el rebote adiposo de la 1º infancia. Esta hipótesis sin embargo está pendiente de confirmar⁸.
- Favorecer el consumo de hidratos de carbono complejos. Deben limitarse los hidratos de carbono con índice glucémico elevado y absorción rápida, que producen un rápido incremento de los valores de glucemia e insulinemia postprandiales, con la consiguiente hipoglucemia posterior, que provoca sensación de hambre y favorece una nueva comida de alimentos favorecedores de la obesidad en el niño, con lo que se establece un círculo vicioso. Así pues se des-

aconsejan los refrescos azucarados y azúcares de alimentos manufacturados, y se recomiendan los hidratos de carbono complejos (con índice glucémico bajo y absorción lenta) tales como cereales, frutas, verduras y leguminosas.

- Un esquema fácil es el basado en la *pirámide de los alimentos*: En el nivel inferior, están los cereales, las verduras, frutas, legumbres, hortalizas, el queso y el yogur, que deben ser la base de la alimentación y se deben tomar diariamente. En la parte intermedia están las carnes poco grasas, el pescado y los huevos, que se deben tomar pocas veces a la semana. En la parte superior se sitúan las carnes rojas, que deben ingerirse en escasa cantidad (pocas veces al mes). Este tipo de alimentación debe adaptarse a nuestro medio, con las características de la dieta mediterránea (aceite de oliva virgen como aporte principal de grasa en la dieta) y preparación culinaria mediante la cocción y el asado, evitando la adición de salsas.

Para prevenir los hábitos inadecuados nutritivos, la edad a la que hay que educar de manera activa a los niños es desde los 3- 4 años.

Estaremos con estos consejos haciendo también prevención de enfermedades como la aterosclerosis, diabetes, dislipemias, ECV y otras enfermedades degenerativas ó malignas relacionadas con la dieta.

Promoción de una mayor actividad física

El descenso evidente de la actividad física en los niños desde edades tempranas en los últimos 20-30 años se atribuye a múltiples factores: la tecnificación del hogar y de los edificios (*ej. ascensor*); el uso masivo de transporte mecanizado; el peligro que entraña los juegos en las propias urbanizaciones; la proliferación de actividades de ocio sedentario; el mayor tiempo dedicado a tecnologías de la información: TV, videojuegos, telefonía móvil, Internet y el ordenador personal. La TV merece un comentario especial. Es probablemente la actividad a la que nuestros niños más tiempo dedican. Ver la TV reduce la actividad física y promueve además la ingestión excesiva de alimentos promocionados por la propia TV.

Las principales medidas preventivas que el pediatra puede indicar son:

- Recomendar no comer mientras se ve la TV
- Disminuir (consenso) las horas de TV . Evitar la TV en los cuartos de los niños
- La implicación del niño en pequeñas tareas domésticas.

- Intentar realizar actividades físicas estructuradas (natación, bicicleta, correr, bailar, etc.)
- Implicar a la familia en este estilo de vida más activo con fines de semana menos sedentarios.

Detección de la población a riesgo

- Antecedentes familiares: Si uno de los padres es obeso, el riesgo de ser obeso en la edad adulta se triplica, y si ambos son obesos la odds ratio (OR) se incrementa a más de 10. Antes de los 3 años de edad la obesidad de los padres es más predictiva de la obesidad futura que el propio peso⁵.
- Periodos de importancia clínica: Existen 3 periodos críticos de obesidad en la edad pediátrica: el primer año de vida, antes de los 6 años y la adolescencia.

Tras el descenso del IMC que empieza en el segundo año de vida, puede presentarse un rebote adiposo precoz, que si ocurre antes de los 6 años, aumenta el riesgo de obesidad posterior.

Asimismo en la preadolescencia la obesidad predice la persistencia de una posible obesidad futura. Después de los 10 años, la adiposidad de los progenitores es menos importante que la del niño para predecir la obesidad durante la edad adulta. Así, un *adolescente obeso tiene un 80% de riesgo de serlo en la edad adulta* (un niño obeso con 4 años tiene un 20% de riesgo de obesidad futura).

- Los lactantes de madres con diabetes gestacional nacen grandes y aunque disminuyan posteriormente a límites normales, tienen más riesgo de obesidad futura⁵.

Tratamiento del niño con sobrepeso

Un programa multidisciplinario que combine la restricción dietética, el aumento de la actividad física, la educación nutricional y la modificación de conductas constituyen los pilares del tratamiento.

Terapia conductual

Está basada en el aprendizaje del autocontrol, estrategias de control de estímulos en el ámbito familiar, la modificación del estilo de alimentación en relación con una dieta sana equilibrada, la modificación de los patrones de actividad física con motivación especial hacia actividades lúdicas con refuerzo social a través de la familia. Favorecer mensajes posi-

tivos mejorando la autoestima. Los problemas relacionados con los pensamientos ansiosos y obsesivos se abordan con técnicas cognitivas^{4,9}.

En las pautas de tratamiento psicológico se incluye la automonitorización. El paciente debe evaluar su ingesta, no requiriendo conocimientos profundos sino conocer claramente qué está haciendo respecto a lo que come, cómo lo hace y el ejercicio que realiza.

Es muy importante la intervención familiar, ya que los patrones familiares son muy influyentes. El programa se puede ver comprometido si uno de los progenitores es excesivamente rígido ó ansioso, o hay una actitud inconsciente en la disciplina del uso de la comida o en el afecto. *Los padres deben llevar todo el peso del tratamiento en los niños menores de 5 años. Entre 5 y 9 años se les dará alguna responsabilidad a los niños pero la familia estará vigilante y responsable. Por encima de los 9 años se dará mayor grado de responsabilidad al niño, y ya en la adolescencia el papel familiar disminuye notablemente*¹⁰.

Tratamiento dietético

Diferenciando las dietas hipocalóricas de la higiene dietética, la información sobre alimentos temporalmente prohibidos, normas de alimentación aconsejable, pautas de realización de comidas, etc. Tras la bibliografía consultada, remito a los lectores al artículo del grupo de Endocrinología Infantil del Hospital de Cruces (Bizkaia) con explicación exhaustiva y pormenorizada de las normas dietéticas y conductuales¹⁰.

Ejercicio físico

Se buscará aquel que resulte inicialmente más atractivo y con posibilidades reales de efectuarlo. Se buscará un inicio poco brusco y no extenuante para evitar un mayor rechazo. Se recomienda firmemente evitar la compra de instrumentos de gimnasia o similares de uso domiciliario (bicicleta fija p. ej), la norma es el fracaso tras un periodo de aburrimiento.

El ejercicio debe ser de inicio suave, diario, buscando el más idóneo con el paciente y su familia; poca dependencia de numerosas personas; mejor practicado con 2 ó 3 personas con fines parecidos y búsqueda del aspecto lúdico del ejercicio.

Sin embargo, dicho tratamiento es difícil y a menudo frustrante, con la particularidad de que en la edad pediátrica debe conseguirse una pérdida de peso conservando el crecimiento longitudinal. Por ello, interesa conocer qué estrategias dentro del tratamiento multidisciplinario son más eficaces.

Efectuamos una búsqueda de la mejor evidencia con metodología de la medicina basada en la evidencia (MBE) sobre cuál es el mejor tratamiento actual del sobrepeso en la infancia y encontramos que tras efectuar una búsqueda bibliográfica, seleccionar los mejores artículos, en este caso revisiones sistemáticas, hacer una lectura crítica y efectuar un informe de un tema valorado críticamente (TVC), o CAT de acuerdo a la nomenclatura inglesa, llegamos a la conclusión de que faltan pruebas sólidas acerca de la efectividad de aquellas intervenciones en las que basar una estrategia definida. Nuestras conclusiones basadas en revisiones sistemáticas¹¹⁻¹³, así como aquellas a las que llega el CAT de la Universidad de Michigan¹⁴, son las siguientes:

Conclusión

El tratamiento actual del sobrepeso en la infancia, se basa en la modificación de los estilos de vida

El tratamiento del sobrepeso en niños se basa en la prevención del sedentarismo y promoción de la actividad física junto con la implicación de la familia, como apoyo imprescindible para adquirir hábitos alimentarios saludables.

Comentarios de las revisiones sistemáticas:

- No hay evidencia que ningún tratamiento farmacológico sea efectivo en el tratamiento de la obesidad infantil.
- Las dietas hipocalóricas son menos efectivas a medio y largo plazo que la modificación de los estilos de vida.
- La obesidad se puede prevenir haciendo cambios en el estilo de vida, tales como aumentar la actividad física ó disminuir el tiempo dedicado a ver TV.
- Los ensayos controlados muestran resultados similares comparando el incremento de la actividad física con la reducción de la conducta sedentaria.
- El apoyo familiar es necesario para el éxito del tratamiento.
- Cuanto más precoz sea la intervención, mejores resultados.
- Las modificaciones de hábitos con terapia conductual es un componente imprescindible en el tratamiento del niño con sobrepeso.
- Los niños responden mejor que los padres a los cambios de conducta con mejores resultados.

- Parece prudente evitar programas de detección masiva de niños obesos y restringir la oferta de tratamiento a pacientes seleccionados, siempre dentro de un abordaje multidisciplinario y supervisado.

En la actualidad desde el Ministerio de Sanidad y la Agencia de Seguridad Alimentaria.

Se está promoviendo una Estrategia Estatal de Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad (EsNAOS) que contempla un bloque de propuestas orientadas específicamente hacia la prevención de la obesidad infantil y juvenil. Programas de educación nutricional, mejora de la oferta alimentaria en comedores escolares, limitación de venta de productos de alta densidad energética en las máquinas de vending ubicadas en el entorno escolar, promoción de actividades de deporte escolar, control de la publicidad, protocolos para Atención Primaria, son entre otros aspectos, temas motivo de estudio por parte de los expertos implicados en el mencionado proyecto.

Bibliografía

1. Aranceta J, Serra LI. *Obesidad infantil y juvenil*. Estudio enkid. Ed. Masson 2001.
2. Peñalva A, Dieguez C. Obesidad. Mediadores. Tratamientos futuros. *An Pediatr Contn* 2003;1(2):86-9.
3. Dalmau J, Vitoria I. Prevención de la obesidad infantil: hábitos saludables. *An Pediatr Contin* 2004;2(4):250-4.
4. Dennis M, Styne. Obesidad durante la infancia y la adolescencia. *Clin.Ped.NA* 2001;4:867-96.
5. Committee on Nutrition. AAP. Prevention of Pediatric Overweight and Obesity. *Pediatrics* 2003;112:424.
6. Campbell K, Waters E, O`Meara S. Interventions for preventing obesity in children (Cochrane Review). *Cochrane Database Sys Rev* 2002;2.
7. Serra I, Aranceta J, Pérez C, et al. Criterios para la prevención de la obesidad infantil y juvenil: documento de consenso AEP. AEP-SENC-SEEDO, editores.
8. Hoppe C, Molgaard C, Thomsen BL. Protein intake at 9 months of age is associated with body size but not with body fat in 10-y-old Danish children. *Am J Clin Nutr* 2004;79:494-501.
9. Bustos Lozano G, Moreno Martin F, Calderín Marrero MA. Estudio comparativo entre el consejo médico y la terapia grupal cognitivo conductual en el tratamiento de la obesidad infantojuvenil. *An Esp Pediatr* 1997;47:135.

10. Martul P, Rica I, Vela A. Tratamiento de la obesidad infanto-juvenil. *An Esp Pediatr* 2002;56:17.
11. Summerbell CD, Ashton V, Campbell KJ. Interventions for treating obesity in children (Cochrane review). *Cochrane Database Sys Rev* 2003;3.
12. Leonard H, Epstein, Michelle D. Myers. Treatment of Pediatric Obesity. *Pediatrics* 1998;101:No.3 supplement:554.
13. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. *Management of obesity in children and young people*. 2003. www.sign.ac.uk.
14. Mc Nally P. *Diet and/or exercise programs as treatments for childhood obesity*. CAT University of Michigan. Department of Pediatrics. www.med.umich.edu/pediatrics/ebm/CATS.

