

la familia como agente de salud



DOCUMENTACIÓN • Nº 107

La Obesidad Infantil y Juvenil (II)

Julio de 2019

Artículo elaborado por el Dr. José Antonio Serrano, Director del Área de Salud de The Family Watch. Publicado en *Quaderns de Politiques Familiars*. Revista de L'Institut d'Estudis Superiors de la Família. UIC.

Tipos de obesidad

Una de las complejidades y de las dificultades más importantes para el adecuado entendimiento de la obesidad infantil es que, bajo el denominador común de una acumulación excesiva de grasa corporal, subyacen etiologías y, por lo tanto, entidades patológicas radicalmente diferentes. Actualmente se acepta, tanto en foros científicos como de divulgación, que el gran incremento de prevalencia de la obesidad infantil es debido al desequilibrio entre la ingesta y el gasto energético propio del estilo de vida occidental. Sin embargo, existe un porcentaje de casos derivados de la existencia de alteraciones genéticas, endocrinológicas o sindrómicas subyacentes que, si bien es cuantitativamente limitado, crece de forma continuada al tiempo que lo hacen nuestros conocimientos fisiopatológicos de la obesidad infantil (11). De hecho, estos mismos autores tienen un artículo, publicado en 2011, con el título de “Obesidades pediátricas: de la lactancia a la adolescencia”, donde resaltan que es preciso un cambio de la mentalidad de los pediatras en el abordaje de estos pacientes, haciéndose necesaria la consideración de distintas “obesidades” o enfermedades diferentes que convergen en un mismo rasgo fenotípico: el aumento del peso corporal (12).

Podríamos, por lo tanto, considerar los siguientes *tipos de obesidad infantojuvenil*:

1. *Obesidad común* en la que confluyen factores exógenos y endógenos. El fundamental es ese entorno obesógeno en el que coinciden una nutrición hipercalórica con unos niveles bajos de actividad física. Pero no todos los sujetos expuestos a ese entorno desarrollan obesidad, ello se debe a que esos factores exógenos actúan sobre una base endógena, que es la información genética propia de cada individuo.

Durante la gestación, de todos los factores medioambientales conocidos, probablemente es la nutrición el que influye de una manera más clara en el desarrollo corporal del feto. La ingesta materna durante el embarazo y la lactancia es la única fuente de nutrientes para el feto, por lo que su crecimiento y desarrollo dependen de ello. Todo esto puede influir sobre la salud para el resto de la vida. A esta capacidad de influencia se la llama “programación fetal” (hipótesis de Barker- 2007), que asociaba el pequeño tamaño del recién nacido, porque habían nacido en épocas de hambre y malnutrición, con una mayor propensión del individuo adulto a padecer ciertas enfermedades, como accidente vascular, diabetes tipo 2 o dislipidemias; y lo relaciona con el ambiente intrauterino durante el desarrollo. Sin embargo, las circunstancias han cambiado, ya que ahora no es por carencia si no por exceso de alimentos, sobre todo ricos en grasas y azúcares. Por tanto, durante la vida intrauterina, ya sea el defecto o el exceso de nutrientes, a través de mecanismos epigenéticos que condicionan cambios estructurales, tienden a converger en la producción de un fenotipo común caracterizado por hiperfagia y obesidad (13).

De todo ello se deduce la importancia de la nutrición, tanto de nutrientes energéticos o macronutrientes, como de micronutrientes (vitaminas y minerales) durante el embarazo y la lactancia; así como tener en cuenta todas las circunstancias maternas como obesidad o desnutrición, enfermedades como la diabetes, hábitos como el tabaquismo, lactancia natural o artificial, etc.

2. *Obesidades secundarias.* Independientemente del sustrato genético individual y del balance entre ingesta y gasto energético, la presencia de obesidad en el niño puede ser consecuencia de distintas enfermedades, entre las que destacan las patologías endocrinológicas, los procesos patológicos o procedimientos terapéuticos que afectan al área hipotálamo-hipofisaria y los tratamientos farmacológicos, especialmente por medicamentos psicoactivo.
3. *Obesidades monogénicas.* Son el resultado de una alteración en un único gen y representa una etiología minoritaria en el conjunto de los casos de obesidad infanto-juvenil.

Conviene tener en cuenta otros aspectos epidemiológicos, como los obtenidos del Estudio Aladino - 2010-2011 entre 7.659 niños (6-9 años) de 19 comunidades autónomas, que ponen de relieve un mayor padecimiento de sobrepeso y obesidad en varones, con incremento notable del problema a partir de los 7 años. También se constata que el exceso de peso es más evidente en descendientes de padres con escaso nivel de estudios y/o bajos ingresos, entre niños que no desayunan, o que no hacen deporte debido a que las instalaciones deportivas están lejos del domicilio, o si el niño dispone de ordenador personal, videoconsola o TV en su habitación, duerme menos de 8 h/día o los padres son fumadores (especialmente si fuman ambos). Todas estas influencias, por si mismas o por condicionar los hábitos alimentarios y/o pautas de actividad del individuo, se asocian con un mayor riesgo de presentar exceso de peso, por lo que deben ser vigiladas y modificadas en una dirección más favorable dentro de las políticas sanitarias de cada país, como parte de las estrategias encaminadas a frenar el incremento del padecimiento de la obesidad en la población.

Consecuencias sobre la salud

La OMS, en una de sus notas sobre la Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud, explica que la actual epidemia de sobrepeso y obesidad en niños y adolescentes es preocupante porque se asocia a una mayor probabilidad de muerte y discapacidad prematuras en la edad adulta. Los niños con sobrepeso y obesidad tienen mayores probabilidades de seguir siendo obesos en la edad adulta y de padecer, a edades más tempranas, enfermedades no transmisibles como la diabetes, enfermedades cardiovasculares, artrosis y ciertos tipos de cáncer. El riesgo de la mayoría de estas enfermedades depende en parte de la edad de inicio y de la duración de la obesidad. La obesidad en la infancia y la adolescencia tienen consecuencias para la salud tanto a corto como a largo plazo.

En cuanto a las *consecuencias de la obesidad*, a corto plazo, siendo aún niños o adolescentes son:

- a. Enfermedad cardiovascular: hipertensión arterial, hipertrofia de ventrículo izquierdo, arteriosclerosis.
- b. Nivel metabólico: resistencia a la insulina, dislipemia, síndrome metabólico y diabetes tipo 2.
- c. Alteraciones gastrointestinales: hígado graso y reflujo gastroesofágico.
- d. Enfermedades respiratorias: apnea del sueño y asma.

- e. Problemas ortopédicos.
- f. Alteraciones psicosociales: discriminación y baja autoestima.

Tratamiento

El tratamiento de la obesidad sigue siendo uno de los problemas más difíciles de la práctica clínica. La modificación de la conducta alimentaria, el estímulo de la actividad física y el soporte emocional son los pilares sobre los que sigue descansando el tratamiento de la obesidad, tanto en el adulto, como en el niño y en el adolescente. Además, durante la infancia se añade un factor más: el ambiente familiar. Los hábitos alimentarios y la actividad física son tempranamente influenciados por los hábitos familiares: los niños aprenden de sus padres cómo alimentarse y ser activos o inactivos. Estos hábitos, que se establecen en la infancia, tienden a persistir en la edad adulta.

El tratamiento ha de estar dirigido no solo hacia el niño, sino también, y de una forma conjunta, hacia el medio en el cual desarrolla su actividad: la familia y el colegio. Debe contemplar 3 aspectos: reeducación nutricional del niño y de su familia, soporte psicológico e incremento de la actividad física. Los objetivos del tratamiento son lograr una pérdida ponderal con un crecimiento normal y crear las condiciones adecuadas a través de las modificaciones de los hábitos nutricionales y estilos de vida que impiden la recuperación ponderal posterior (14).

En resumen, se trata de promover:

1. *Intervenciones en el estilo de vida.* Se han evaluado distintas intervenciones en el estilo de vida para el control del peso en niños y niñas y adolescentes, como por ejemplo: consejos sobre nutrición y actividad física, tratamientos conductuales, disminución de las actividades sedentarias y apoyo social o psicológico. Hasta la fecha las intervenciones combinadas (dieta, ejercicio y modificación conductual) son las que se han mostrado más efectivas, especialmente si los padres y las madres están involucrados en el tratamiento (15).

- a. *Sobre la dieta.* En la población infantil y adolescente con sobrepeso u obesidad, se recomienda realizar una dieta sana y equilibrada siguiendo la pirámide de la alimentación saludable.
- b. *Sobre la actividad física.* En la población infantil y adolescente con sobrepeso u obesidad, se recomienda aumentar la actividad física espontánea más de una hora al día para la pérdida de peso y la salud cardiovascular (jugar al aire libre, participar en las tareas domésticas, ir al colegio o instituto caminando, subir y bajar escaleras en lugar de utilizar el ascensor, etc.).
- c. *Disminuir el sedentarismo.* En la población infantil y adolescente con sobrepeso u obesidad, se aconseja limitar las horas de televisión o videojuegos a un máximo de 1,5h al día con el objetivo de reducir el sedentarismo.
- d. *Tratamiento psicológico.* Se recomienda el tratamiento de apoyo psicológico (con terapia conductual o cognitivo-conductual) para el sobrepeso y la obesidad en menores y adolescentes.
- e. *Intervenciones combinadas.* Se recomienda llevar a cabo intervenciones

combinadas con dieta, ejercicio físico y modificación conductual para la pérdida de peso en niños y niñas y adolescentes de 6 a 16 años con sobrepeso u obesidad, con la implicación de la familia.

2. *Tratamiento farmacológico.* La información disponible sobre los tratamientos con fármacos anti- obesidad en la adolescencia es muy limitada y no se dispone de datos en niños y niñas. Actualmente, disponemos de dos opciones farmacológicas aprobadas para su empleo en la obesidad infantil: el orlistat para niños mayores de 12 años de edad y la metformina en adolescentes con intolerancia a la glucosa.
3. *Tratamientos quirúrgicos.* El tratamiento quirúrgico de la obesidad mórbida en el adolescente es aceptado y realizado en la mayoría de los hospitales americanos y europeos, y es el único método que mantiene el descenso de peso a largo plazo, mejorando las enfermedades asociadas, la calidad de vida y la autoestima del paciente. Su empleo es muy reciente y su experiencia muy limitada, por lo que es motivo de intenso debate y de posicionamiento por diversas sociedades médicas.

Para la Guía de Práctica Clínica del SNS, la cirugía de la obesidad solamente debe considerarse en los adolescentes en circunstancias excepcionales, como es la obesidad grave con morbilidades importantes y el fracaso de todas las medidas terapéuticas anteriormente evaluadas.

También hay que mencionar, aunque no requiere operación, el Balón intragástrico. Consiste en una esfera de silicona que se coloca en el estómago mediante control endoscópico y se rellena posteriormente con 600 ml de suero fisiológico. Al ocupar parcialmente el estómago, produce una disminución de la sensación de hambre y una mayor saciedad al comer. La colocación del balón debe acompañarse de una dieta específica para perder peso y al cabo de seis meses se retira.

La Cirugía que se hace a nivel de aparato digestivo con el fin de perder peso se llama bariátrica. Los procedimientos son diversos y muchos pueden realizarse por laparoscopia. Además, deben acompañarse de cambios en el estilo de vida para que produzcan la pérdida de peso adecuada.

La cirugía bariátrica solamente debería utilizarse en adolescentes con obesidad grave ($IMC \geq 40 \text{ kg/m}^2$) y con morbilidad grave o con obesidad extrema ($IMC \geq 50 \text{ kg/m}^2$), cuando se haya constatado el fracaso en el control del peso mediante actuaciones intensivas para la modificación del estilo de vida, asociadas o no con tratamiento farmacológico, durante un período mínimo de seis meses.

Los candidatos a cirugía bariátrica tienen que ser seleccionados tras una evaluación cuidadosa por un equipo multidisciplinar con pericia médica, quirúrgica, psiquiátrica y nutricional en este tipo de intervenciones. La cirugía bariátrica solamente debería llevarse a cabo en adolescentes con madurez física y psicológica, conscientes de los riesgos y beneficios de la cirugía y que tengan el apoyo de la familia.

Prevención

1. Recomendaciones para las madres:

Es importante mantener una dieta adecuada para controlar el peso durante el embarazo y si aparece diabetes gestacional controlarla debidamente. Siempre evitar el tabaco.

2. Recomendaciones generales para los niños:

La OMS recomienda estos puntos:

- Aumentar el consumo de frutas, hortalizas, legumbres, cereales integrales y frutos secos.
- Reducir la ingesta total de grasas y sustituir las saturadas por las insaturadas.
- Reducir la ingesta de azúcares.
- Mantener la actividad física: un mínimo de 60 minutos diarios de actividad física de intensidad moderada o vigorosa que sea adecuada para la fase de desarrollo del niño y contenga diversas actividades.
- Para los niños menores de 10 años se recomienda que duerman 10 horas. Recomendaciones dirigidas a la familia que conviene destacar:
- Procurar realizar las principales comidas juntos, (al menos una), y comer todos lo mismo.
- El desayuno es la comida más importante del día.
- Hay que evitar tanto el premiar o el castigar mediante los alimentos. Evitar también comer viendo la televisión.
- Participar todos juntos en juegos que requieran actividad física y fomentarles hábitos deportivos.
- Disminuir el tiempo de ocio sedentario: videoconsolas, ordenador, etc.
- Es importante establecer un horario para irse a la cama que permita regular el sueño. Es recomendable, por lo tanto, que los niños no tengan en su habitación televisores, consolas de videojuegos u ordenadores.

Conclusiones

Desde 1980 la prevalencia de la obesidad se ha duplicado en todo el mundo y es considerada por la OMS como la epidemia del siglo XXI.

La obesidad es la enfermedad crónica más prevalente en la infancia y adolescencia en los países occidentales y el quinto factor de riesgo de mortalidad en el mundo.

La incidencia de la obesidad infantil sigue siendo “peligrosamente” elevada en España y nos sitúa a niveles muy próximos a los de Estados Unidos.

Es necesario que se apliquen criterios diagnósticos consensuados que de una vez por todas faciliten el contraste regional, internacional y secular de las cifras de sobrecarga ponderal en la infancia.

La obesidad infantil aumenta el riesgo de obesidad y complicaciones cardiovasculares en la edad adulta.

Con frecuencia los padres no perciben el exceso de peso de los hijos, por lo que el papel del pediatra de atención primaria es fundamental en el diagnóstico y prevención del sobrepeso y de la obesidad.

De las diferentes “obesidades infantiles” la más frecuente es la llamada obesidad común, que tiene una base poligénica.

La mejor estrategia para reducir la incidencia global de la obesidad es la prevención en las edades tempranas de la vida, incluso antes del nacimiento.

El papel de la familia es clave en la prevención de la obesidad infantil, ya que es donde aprenden los hábitos de vida saludables.

Referencias

11. Martos-Moreno & G.A., Argente, J. ‘Avances en el conocimiento de la obesidad infantil: De la consulta al laboratorio’. *Boletín Pediátrico* (2013; 53: 213-218).
12. G.A. Martos-Moreno & J. Argente. ‘Obesidades pediátricas: de la lactancia a la adolescencia’. *Anales de Pediatría: Publicación Oficial de la Asociación Española de Pediatría* (2011; 75(1):63.e1—63.e23).
13. Robinson Ramírez-Vélez. ‘Fetal programming of adult arterial hypertension: cellular and molecular mechanisms’. *Revista Colombiana de Cardiología* vol.20 no.1 Bogota (Jan. /Feb. 2013).
14. D. Yeste y A. Carrascosa. ‘El manejo de la obesidad en la infancia y adolescencia: de la dieta a la cirugía’. *Anales de Pediatría: Publicación Oficial de la Asociación Española de Pediatría* (2012; 77(2):71-74).
15. ‘Guía de práctica clínica sobre la prevención y el tratamiento de la obesidad infantojuvenil’. *Guías de Práctica Clínica en el SNS. Ministerio de Sanidad y Política Social. Ed. Ministerio de Ciencia e Innovación.* (2009).