

la familia como agente de salud



DOCUMENTACIÓN • Nº 106

La Obesidad Infantil y Juvenil (I)

Junio de 2019

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

Introducción

El artículo incluye una serie de recomendaciones de cara a la prevención de la obesidad. Para los niños, se recomienda el aumento del consumo de frutas, hortalizas, legumbres, cereales integrales y frutos secos; la reducción de la ingesta total de grasas y la sustitución de las saturadas por las insaturadas; aminorar la ingesta de azúcares; mantener la actividad física -un mínimo de 60 minutos diarios- y hasta los 10 años, dormir 10 horas diarias. Respecto a los padres, se aconseja realizar las principales comidas, al menos una, con sus hijos; comer todo lo mismo, que los niños vean como sus padres se sirven la comida y comen de todo sin dejar nada en el plato; dar al desayuno el valor que tiene: la comida más importante del día; evitar premiar utilizando para ello unos u otros productos alimenticios, no comer viendo la televisión, promover juegos familiares que requieran actividad física así como fomentar hábitos deportivos que disminuyan el tiempo de ocio sedentario -videoconsolas, ordenadores, móviles- que además de influir en el sobrepeso alteran el sueño infantil. La mejor estrategia para reducir la incidencia global de la obesidad es la prevención en las edades tempranas de la vida, antes incluso del nacimiento.

La obesidad se define como el exceso de la masa grasa, que generalmente se traduce en un mayor peso corporal. Sin embargo, no todo aumento de peso es obesidad ya que se puede aumentar de peso por exceso de líquido -edemas- o de masa muscular.

Para el diagnóstico habitual de la obesidad se usa el Índice de Masa Corporal (IMC) que es un indicador simple de relación entre el peso y la talla. Se calcula dividiendo el peso de la persona en kilos (kg) entre la talla en metros (m) elevado al cuadrado (kg/m^2).

La OMS define el sobrepeso y la obesidad como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. Un IMC igual o superior a 25 determina sobrepeso y un IMC igual o superior a 30 determina obesidad. Cuanto mayor sea el grado de obesidad peor será para la salud, porque hay un aumento de riesgo de mortalidad. El riesgo es moderado para la obesidad de clase I, (IMC entre 30 y 34,9); alto para la clase II (IMC entre 35 y 39,9) y muy alto para la clase III -obesidad mórbida- ($\text{IMC} \geq 40$). El exceso de grasa puede localizarse a nivel visceral (obesidad central), caracterizado por el aumento del tamaño del abdomen, o en el tejido subcutáneo (obesidad periférica) (1). Esta diferencia es importante porque la obesidad central se relaciona con una mayor probabilidad de desarrollar complicaciones metabólicas y cardiovasculares; mientras que la periférica es más benigna.

La obesidad puede ser secundaria a enfermedades hormonales, o a la toma de ciertos medicamentos, pero lo más frecuente es que sea primaria cuyas causas son múltiples y no del todo bien conocidas. En primer lugar, tenemos el denominado desequilibrio energético: consumimos más energía que la que gastamos. Cada vez comemos más alimentos hipercalóricos, ricos en grasa, sal y azúcares, pero pobres en vitaminas, minerales y otros micronutrientes; y por otro lado hay menos actividad física, como resultado de la naturaleza cada vez más sedentaria de muchas formas de trabajo, de nuevos modos de desplazamiento y de una creciente urbanización (2).

La obesidad se considera hoy como una enfermedad crónica, compleja y de causa multifactorial. Sobre una base genética heredada se precisa ese denominado ambiente “obesógeno” (mayor consumo calórico y menor actividad física) para ponerla en marcha y perpetuarla. Además, se van implicando otros factores como alteraciones del sueño, cambios en los biorritmos y alteraciones de la flora intestinal (microbiota intestinal) (3) y (4).

En nuestro país la Sociedad Española para el estudio de la obesidad (SEEDO) defiende la necesidad de declararla como enfermedad, esto ayudará a modificar la praxis clínica, a incrementar el nivel de compromiso de los médicos con esta afección y a potenciar la inversión económica y científica para mejorar su prevención y tratamiento.

La obesidad ha alcanzado proporciones epidémicas a nivel mundial por lo que la OMS habla de “epidemia del siglo XXI” y de “globesity” (globesidad). Desde 1980, la obesidad se ha más que doblado en todo el mundo. En 2008, 1.400 millones de adultos, de más de 20 años, tenían sobrepeso.

La obesidad constituye un problema de salud muy importante ya que incrementa el riesgo de padecer enfermedades crónicas: diabetes, hipertensión, ictus, osteoartritis, enfermedad coronaria, apnea del sueño y algunos tipos de cáncer (endometrio, mama y colon). El sobrepeso y la obesidad son el quinto factor principal de riesgo de defunción en el mundo: unas 2,8 millones de muertes al año.

El tratamiento no es fácil, no existe ninguna dieta milagrosa que solucione el problema de la obesidad. Sobre todo, hay que evitar esas dietas maravillosas que limitan drásticamente la ingesta de calorías o la variedad de alimentos que se pueden consumir, ya que normalmente conllevan una falta de importantes nutrientes, y/o son difíciles de mantener durante periodos prolongados. Además, no enseñan unos hábitos alimenticios correctos y pueden convertirse en lo que se conoce como dieta yo-yo (adelgazar y engordar bruscamente, como consecuencia de hacer dietas y después comer en exceso).

Por eso lo más aconsejable es la prevención: hay que evitar ganar peso y, si se ha ganado procurar que no aumente. Otra cosa muy importante es que la obesidad suele empezar en la infancia y la adolescencia, por lo que la prevención de la obesidad debe comenzar en las primeras etapas del desarrollo humano, incluso antes del nacimiento, como luego lo veremos (5).

Dado el problema que supone la epidemia de la obesidad para la salud, tanto individual como colectiva, se han puesto en marcha, por parte de los gobiernos de muchos países, programas dirigidos a sensibilizar a la población en general y sobre todo a los niños y jóvenes, para que adopten hábitos de vida saludables a través de una alimentación sana y de una práctica regular de actividad física. En España se puso en marcha en el año 2005 la estrategia NAOS (Nutrición, Actividad física y prevención de la obesidad) (6).

Los campos de actuación e influencia de la Estrategia NAOS son:

- a) El familiar y comunitario. Pretende divulgar conocimientos sobre alimentación y nutrición saludables y fomentar la actividad física a lo largo de la vida.
- b) El entorno escolar. Como lugar más eficaz para influir en el estilo de vida de la población infantil y juvenil (ver programa PERSEO y Documento de Consenso sobre la ali-

mentación en centros educativos)

- c) El mundo empresarial. La estrategia NAOS se dirige a las empresas de la industria alimentaria, bebidas y hostelería, ya que intervienen de manera notable en la disponibilidad de productos que contribuyen a una alimentación sana.
- d) El sistema sanitario. Implica sobre todo a los profesionales de la Atención Primaria para promover campañas de detección precoz del sobrepeso y obesidad leve así como la prevención de la obesidad en grupos de riesgo.

La obesidad como problema de salud pública

La obesidad infantil es uno de los problemas de salud pública más graves del siglo XXI. Además, es la enfermedad crónica más prevalente en la infancia y adolescencia en los países occidentales. El problema es mundial y está afectando progresivamente a muchos países de ingresos bajos y medianos, sobre todo en los medios urbanos. Los niños obesos y con sobrepeso tienden a seguir siendo obesos en la edad adulta y tienen más probabilidades de padecer a edades más tempranas enfermedades no transmisibles como la diabetes o problemas cardiovasculares. Por consiguiente, hay que dar una mayor prioridad a la prevención de la obesidad infantil. Hoy se está avanzando mucho en los conocimientos fisiopatológicos de la obesidad infantil y se sabe que el tejido adiposo no es un órgano pasivo, antes al contrario, es un órgano endocrino productor de múltiples “adipoquinas” (leptina, adiponectina...), con receptores específicos en el hipotálamo para regular el apetito y la saciedad.

Ya hemos visto que el IMC es la herramienta más utilizada y más útil para determinar el sobrepeso y la obesidad en los adultos (a partir de los 18 años) porque no hay diferencia de sexo o edad. Sin embargo, los valores de referencia del IMC no sirven, sin más, para aplicarlos a la población infantil y juvenil. En los niños y jóvenes la cantidad de grasa corporal cambia con la edad y además los niños y las niñas tienen cantidades diferentes de grasa.

Para diagnosticar que un niño es obeso es preciso establecer previamente las mediciones en las que nos basamos y para esto es necesario seleccionar:

- a. El indicador antropométrico más adecuado (IMC).
- b. Las tablas de referencia que sirvan de comparación.
- c. Los puntos de corte que identifiquen a los niños de riesgo.

Prevalencia

En España partimos de los datos del Estudio ENKID (1998-2000) - en población infantil y juvenil de 2 a 24 años- con obesidad de 13,9% y sobrepeso de 12,4% (obesidad + sobrepeso= 26,3%). La obesidad es mayor en varones (15,6%) que en mujeres (12%), y también el sobrepeso. Por edades, los jóvenes de 6 a 13 años presentan valores más elevados de obesidad. Las tablas usadas son las de Hernández, de la Fundación Orbegozo.

La obesidad es mayor en niveles socioeconómicos y de estudios más bajos, y entre aquellas personas que no desayunan o desayunan mal. A la vista de estos resultados concluyen que España tiene, en relación con otros países, una prevalencia intermedia de obesidad. Las tenden-

cias indican un incremento de la prevalencia de sobrepeso y obesidad infantil y juvenil en las últimas décadas, más marcado en varones y en edades prepuberales (7).

Los estudios realizados a partir de 2010 son:

1. Encuesta Nacional de Salud, publicada en marzo de 2013, con datos de 2011-2012. La prevalencia de obesidad infantil (niños y niñas entre 2 y 17 años) se mantiene relativamente estable desde 1987, con altibajos. Un 27,8% de esta población, padece obesidad o sobrepeso. Uno de cada 10 niños tiene obesidad y dos sobrepeso, similares en ambos sexos.
2. Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN), dentro de la estrategia NAOS, llamado ALADINO (alimentación, actividad física, desarrollo infantil y obesidad). Realizado en 7.659 niños y niñas de 6 a 9 años, de todas las CC AA de España, a lo largo del curso escolar 2010-11. Sus resultados son los siguientes (8):
 - a. Según criterios de la OMS: Sobrepeso: 26,2 % (niñas 25,7%; niños 26,7%) Obesidad:18,3% (niñas15,5, niños 20'9%);
 - b. Según criterios de la International Obesity Taskforce (IOTF): Sobrepeso:24,2% Obesidad:11%.
 - c. Según criterios de la Fundación Orbegozo: Sobrepeso:14% Obesidad:16,8 % (comparando con el estudio enKid, aumenta el sobrepeso, pero se mantiene la obesidad).
3. Programa Thao (<http://thaoweb.com/>) Este programa sigue la metodología EPODE, (Ensemble Prévenons l'Obésité Des Enfants - Juntos prevenimos la obesidad infantil), iniciada en Francia en 2004. Actualmente, la iniciativa EPODE se extiende a 293 ciudades europeas: 226 en Francia (programa EPODE), 38 en España (programa THAO), 16 en Bélgica (programa VIA-SANO), 13 en Grecia (programa PAIDEIATROFI). En total abarca a más de 4 millones de habitantes.

En el último informe, presentado en mayo de 2013 (curso 2011-2012) el exceso de peso en la población infantil sigue siendo un tema preocupante. En este estudio realizado en 20.588 niños de distintos municipios españoles, el 21,2% sufre sobrepeso y el 7,1%, obesidad. En los más pequeños, aquellos que tienen entre tres y cinco años, más de uno de cada cinco tiene exceso de peso (el 5,7%, con obesidad y el 16,2%, con sobrepeso). Aunque los responsables del programa Thao han presentado los resultados de un informe longitudinal (de 2009 a 2012) que demuestra, en base a la evolución y seguimiento de la misma muestra poblacional, que tras cuatro años de control, sobre una muestra de casi 7.000 niños de 10 municipios, el incremento del sobrepeso y la obesidad ha sido sólo de algunas décimas porcentuales. Opinan, por tanto, que la epidemia está en vías de estabilización.

4. Estudio de prevalencia de JJ Sánchez Cruz y cols (9). Realizado en 2012 en una muestra de 978 niños entre los 8 y los 17 años, representativos de toda la población española, se calcularon las prevalencias de sobrepeso y obesidad siguiendo los criterios de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la World Obesity / Policy & Prevention (IOTF) y el estudio español enKid promovido por la Asociación Multisectorial de Empresas de Alimentación y Bebidas (AME). En todos los grupos, la prevalencia de sobrepeso es del

26% y la de obesidad del 12,6% (es decir que 4 de cada 10 jóvenes sufren exceso de peso). En el grupo comprendido entre los 8 y los 13 años, el exceso de peso supera el 45%, mientras que, para el grupo de 14 a 17 años, el exceso de peso es del 25,5%. Este exceso de peso aparece asociado a las clases sociales más desfavorecidas y con menos estudios.

A la vista de estos datos parece que las cifras de niños con exceso de peso son altas, pero es difícil valorarlas. Es necesario que se apliquen criterios diagnósticos consensuados que de una vez por todas faciliten el contraste regional e internacional de las cifras de sobrepeso + obesidad en la infancia. De otro modo no será posible conocer realmente cual es la magnitud y la evolución del problema (10).

Referencias

1. 'Dieta, nutrición y prevención de enfermedades crónicas'. Informe de una consulta mixta de expertos OMS/FAO. OMS. (Ginebra, 2003).
2. 'Obesidad y sobrepeso'. OMS. Centro de prensa. Nota descriptiva nº: 31 (1 Mayo de 2012).
3. S. Monereo Megías et al.' Nuevos retos en la prevención de la obesidad. Tratamientos y calidad de vida'. (2012). Fundación BBVA.
4. Lluís Serra-Majem & Inmaculada Bautista-Castaño. 'Etiology of obesity: two "key issues" and other emerging factors'. *Nutrición Hospitalaria* (2013; 28 (Supl. 5):32-43).
5. Gregorio Varela- Moreiras. 'Documento de consenso y conclusiones. Obesidad y sedentarismo en el siglo XXI: ¿qué se puede y se debe hacer?' *Nutrición Hospitalaria* (2013; 28 (Supl. 5):1-12).
6. WEB de NAOS: <http://www.naos.aesan.msssi.gob.es/>
7. Lluís Serra Majem et al. 'Obesidad infantil y juvenil en España. Resultados del Estudio enKid' (1998- 2000). *Medicina Clínica* (2003;121(19):725-32).
8. Napoleón Pérez-Farinós et al. 'The ALADINO Study: A National Study of Prevalence of Overweight and Obesity in Spanish Children in 2011'. *Biom Res Int* 2013;(2013:163687. doi: 10.1155/2013/163687).
9. Sánchez-Cruz J.J. et al. 'Prevalencia de obesidad infantil y juvenil en España en 2012'. *Revista Española de Cardiología*. (2013; 66(5):371-376).
10. Martínez Álvarez, J. R.; Villarino Marín, A.; García Alcón, R. M.; Calle Purón, M. E.; Marrodán Serrano, M. D. 'Obesidad infantil en España: hasta qué punto es un problema de salud pública o sobre la fiabilidad de las encuestas'. *Nutr. clín. diet. hosp.* (2013; 33(2):80-88 DOI: 10.12873/332obesidadspain).