

## Obesidad infantil detección de riesgo e intervención temprana

Mundialmente se reconoce que la epidemia del sobrepeso y la obesidad es un problema de salud pública que requiere de atención inmediata, sobre todo a nivel preventivo, detectando oportunamente los factores de riesgo y estableciendo acciones de prevención, especialmente durante la infancia.

Los profesionales de la salud tienen un papel determinante en la detección e intervención temprana, y particularmente los pediatras, cuya población de estudio presenta una considerable prevalencia de la enfermedad.

Existen 3 periodos críticos de obesidad en la etapa infantil: el primer año, antes de los 6 años y la adolescencia, durante los cuales es indispensable la vigilancia del estado nutricional, hábitos alimentarios y actividad física.

Aquí están los puntos clave más relevantes a evaluar durante la consulta pediátrica, para la detección de riesgo e intervención oportuna:

### Factores de riesgo que predisponen a la población infantil al desarrollo de obesidad y alteración metabólica<sup>1</sup>

#### Factores prenatales

- Ser hijo de madre con Diabetes Mellitus o de madre con Diabetes Gestacional.
- Antecedentes familiares de DM2, HTA.
- Ser hijo de padres con obesidad.

#### Factores al nacimiento y durante el primer año de vida

- Bajo peso al nacer (<2,5 kg) o peso alto (>4 kg) al nacer.
- Recuperación ponderal a un ritmo muy rápido durante los primeros meses de vida.
- Inicio de alimentación complementaria temprana.

#### Factores de alimentación y estilo de vida

- Comer más de 2 veces por semana fuera de casa.
- Acostumbrar consumir bebidas con azúcar.
- Bajo consumo de leche (menos de 2 raciones al día)
- No realizar ejercicio ni actividad física.
- Invertir más de 2 horas diarias en actividades sedentarias (computadora, televisión, videojuegos)

### Estrategias de prevención a partir de los 2 años de edad:

Desde el 2003, la Organización Mundial de la Salud (OMS) desarrolló la Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud (aprobada en 2004) en la que se establecieron medidas de prevención<sup>2</sup> divididas en 3 categorías, según el riesgo de desarrollar obesidad:

- Prevencción universal, dirigida a todas las personas.
- Prevencción selectiva, enfocada a subgrupos de población con mayor riesgo de desarrollar obesidad.
- Prevencción diana, cuyo objetivo son las personas con sobrepeso, para evitar que sean obesos.

El papel del pediatra es de gran importancia para la detección temprana de riesgo, vigilando los siguientes aspectos:

Prevención	Población	Objetivos
Universal	Todos los niños mayores de 2 años. Adolescentes.	Vigilancia periódica de medidas antropométricas: peso, talla, IMC, circunferencia de cintura. Recomendaciones dietéticas y de actividad física.
Selectiva	Menores de 6 años con incrementos rápidos de IMC antes de los 5-6 años (rebote de la adiposidad). <sup>*</sup> Pubertad adelantada. Preadolescentes con percentil de peso mayor a 85.	Disminuir el consumo de alimentos ricos en grasa. Aumentar el consumo de hidratos de carbono complejos. Fomentar actividad física.

<sup>\*</sup> Durante el segundo año de vida, puede presentarse un rebote adiposo precoz (segundo periodo crítico de desarrollo de la obesidad). Si esto ocurre antes de los 6 años de vida, incrementa significativamente el riesgo de obesidad posterior. El IMC y la circunferencia de cintura son 2 medidas sencillas en la práctica clínica que ayudan al diagnóstico del estado de nutrición y de la localización de la grasa corporal.

### Valores de referencia de IMC en población infantil y adolescente<sup>3</sup>

Clasificación	IMC (Kg/m <sup>2</sup> )	Riesgo
Peso bajo	< p 10	Bajo
Normal	< p 10 - 85	Promedio
Sobrepeso	≥ p 85	Moderado
Obesidad	≥ 95	Alto
Obesidad mórbida	≥ 97	Muy alto

Esta clasificación arbitraria permitirá identificar individuos con alto riesgo de desarrollar componentes del síndrome metabólico, así como tomar decisiones para solicitar exámenes de laboratorio y para su manejo. p= percentil.

Adaptado de: Guía ALAD “Diagnóstico, control, prevención y tratamiento del Síndrome Metabólico en Pediatría”. Asociación Latinoamericana de Diabetes, 2009.



## Valores de referencia de circunferencia de cintura en población infantil y adolescente<sup>3</sup>

Valores correspondientes al percentil 90 y 75 de circunferencia de cintura, en centímetros en población Mexicano-americana				
Edad (años)	Percentil 90		Percentil 75	
	NIÑOS	NIÑAS	NIÑOS	NIÑAS
6	67	66	61	60
7	71	69	63	63
8	74	73	66	66
9	78	76	69	68
10	81	79	72	71
11	85	82	74	73
12	88	85	77	76
13	92	88	88	79
14	95	92	83	81
15	98	95	85	84
16	102	98	88	86
17	105	101	91	89
18	109	104	93	92

Modificado de: Fernández JR. J Pediatr 2004; 145, 439-444. los valores fueron llevados al entero más próximo para quitar los decimales.

<sup>\*</sup> Los países latinoamericanos que cuenten con tablas de referencia para circunferencia de cintura, pueden utilizarlas. En caso de no contar con datos nacionales de referencia se sugiere utilizar los valores de referencia propuestos por ALAD.

El nivel óptimo de circunferencia de cintura es por debajo del percentil 75 para todos los rangos de edad.

### Vigilancia de hábitos alimentarios

Diversas investigaciones demuestran los hábitos alimentarios erróneos más frecuentes durante la infancia, y que representan un factor de riesgo para el desarrollo de la obesidad<sup>4</sup>:

HÁBITOS DE ALIMENTACIÓN INCORRECTOS DURANTE LA INFANCIA	
TIPOS DE ALIMENTOS <sup>2</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Exceso de consumo de alimentos ricos en grasas y azúcares.</li> <li>• Consumo frecuente de bebidas y refrescos azucarados.</li> <li>• Escaso consumo de verduras, frutas y leguminosas.</li> </ul>
DISTRIBUCIÓN DE LAS COMIDAS <sup>2</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No desayunar.</li> <li>• Saltarse comidas.</li> <li>• Exceso de consumo de alimentos entre comidas.</li> </ul>
DURANTE EL HORARIO ESCOLAR <sup>3</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los escolares tienen hasta 5 oportunidades de comer en 4 horas y media de escuela. La ingestión durante el horario escolar llega a ser de alrededor de la mitad del requerimiento de todo el día (840-1259 kcal).</li> <li>• Existe una alta disponibilidad de alimentos densamente energéticos.</li> <li>• La mayoría de los niños compra los alimentos en la escuela, en lugar de llevar un refrigerio.</li> <li>• Poco acceso a agua potable.</li> <li>• Poca disponibilidad de frutas y verduras.</li> </ul>



El pediatra puede realizar preguntas dirigidas sobre los hábitos y determinar cuántos de ellos deben ser modificados.

#### Estrategias de intervención temprana para la modificación de hábitos alimentarios en niños<sup>3</sup>

- Desayunar todos los días. No debe omitirse ninguna de las tres comidas principales del día.
- Consumir todos los días al menos 2 raciones de frutas y 3 de verduras.
- Tomar agua y desfavorecer el consumo de bebidas con azúcar añadida.
- Reducir en frecuencia las comidas fuera de casa.
- Evitar comprar alimentos con alto contenido energético para que los niños no tengan acceso a ellos en casa.
- Evitar realizar comidas frente al televisor. Los alimentos deben ser consumidos en el comedor.
- Utilizar cubiertos para cortar en pequeñas porciones los alimentos.
- Masticar cada bocado de 20 a 30 veces antes de deglutirlo.
- Servir en platos pequeños, ya que cuando se utilizan platos grandes, da la impresión de que las raciones de alimentos son muy pequeñas.
- Si el niño se queda con hambre, ofrecer de una a dos raciones extra de verduras. Complementar con ensaladas.

#### Contenido de grasa en la dieta

Se recomienda que la grasa total se encuentre en un intervalo del 25 al 35% del valor energético total de la dieta, controlando el consumo de grasa saturada, a través de las siguientes recomendaciones:

- Elegir carnes magras y quitar toda la grasa visible de los cortes.
- Eliminar la piel del pollo, pavo y otras aves antes de cocinarlas.
- Tomar leche descremada en lugar de leche entera.
- Retirar toda la grasa que se encuentre flotando en caldos, sopas o guisados, antes de calentar.
- Elegir como refrigerio frutas o verduras.

#### Control de azúcares añadidos en la alimentación infantil

Las estadísticas mundiales demuestran que el consumo excesivo de azúcares añadidos es un factor que aumenta considerablemente el contenido energético de la alimentación. Las estimaciones globales indican que el azúcar representa cerca de un 16% del total de la energía de la dieta y que el 47% de esta cifra corresponde a azúcares añadidos en alimentos y bebidas<sup>5,6,7</sup>.

Sin embargo, en Estados Unidos el promedio de consumo de azúcares añadidos en la alimentación de la población adolescente se estima en 21.4% del total de la energía. En el Reino Unido, se observó que en niños en edad escolar el consumo promedio de azúcares añadidos provenía de bebidas y representa

entre el 30 y el 40% del total de lo que consumen al día. En México se considera que la quinta parte de la energía que se consume proviene de bebidas azucaradas o con alto aporte energético<sup>8</sup>.

Tanto para la prevención como para el tratamiento de la obesidad, desde etapas tempranas, es indispensable orientar a la población para moderar el consumo de azúcares añadidos en la dieta. Los estándares internacionales señalan que los azúcares añadidos no deben representar más del 10% del total de la energía de la dieta.

Información cortesía de:



Cuando pienses en azúcar, usa SLENDA®



COME BIEN

#### Bibliografía

1. Dalmaj J, Vitoria I. Prevención de la obesidad infantil: hábitos saludables. An Pediatr Contin 2004; 2(4): 250-4.
2. Consensos ALAD. Guía ALAD "Diagnóstico, control, prevención y tratamiento del Síndrome Metabólico en Pediatría. Asociación Latinoamericana de Diabetes. Vol. XVII – N°1 – Año 2009. pp. 16-31.
3. Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. Disponible en: [http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy\\_spanish\\_web.pdf](http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_spanish_web.pdf)
4. Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria: Estrategia contra el Sobrepeso y la Obesidad. Primera edición, Enero 2010. [http://portal.salud.gob.mx/contenidos/temas\\_interes/salud\\_alimentaria.html](http://portal.salud.gob.mx/contenidos/temas_interes/salud_alimentaria.html)
5. Malik VS, Schulze MB, and Hu FB Intake of sugar-sweetened beverages and weight gain: a systematic review. Am J Clin Nutr. 2006 August; 84(2): 274-288.
6. Jean A. Welsh, Andrea Sharma, Solveig A. Cunningham and Miriam B. Vos. Consumption of Added Sugars and Indicators of Cardiovascular Disease Risk Among US Adolescents Circulation. 2011; 123:249-257.
7. Bates B et al (2010) National Diet and Nutrition Survey: headline results from year 1 of the rolling programme (2008/2009). London: Foods Standards Agency/Department of Health.
8. Juan A Rivera, Onofre Muñoz-Hernández, Martín Rosas-Peralta, Carlos A Aguilar-Salinas, Barry M Popkin, Walter C Willett. Consumo de bebidas para una vida saludable: recomendaciones para la población mexicana. Salud Pública Méx 2008; Vol. 50(2): 173-195.

SLENDA® Endulzante Sin Calorías como una alternativa para mantener el sabor dulce de las bebidas y preparaciones dirigidas a población infantil

Si el profesional de la salud detecta la necesidad de controlar el contenido energético y particularmente el aporte de azúcares simples en la alimentación de un niño, SLENDA® Endulzante Sin Calorías es una alternativa con la cual se puede mantener el sabor dulce de bebidas y platillos, reduciendo de manera considerable la cantidad de energía y sacarosa (azúcar de mesa), logrando una mejor aceptación del plan de alimentación destinado a mantener un peso corporal adecuado. Rodearmel y cols. realizaron un estudio en familias llamado **America on the Move**, publicado en la revista **Pediatrics** Vol. 120, Núm. 4, donde se valoró el impacto del aumento de actividad física a razón de 2,000 pasos al día, y disminución de 100 kcal/día mediante la sustitución de azúcar por sucralosa durante un período de 6 meses. En dicho estudio participaron al menos un niño por familia de 7 a 14 años de edad y sus padres; el resultado mostró que hubo una importante disminución del índice de masa corporal y se mantuvo así durante los 6 meses que duró el estudio, con lo cual se comprobó que los pequeños cambios fueron de gran ayuda para disminuir la obesidad infantil.

Se han realizado más de 100 estudios sobre la seguridad de la sucralosa, de los cuales se concluye que es un endulzante seguro para toda la familia, incluyendo niños, mujeres embarazadas, mujeres en período de lactancia y pacientes con diabetes.

# OBESIDAD INFANTIL DETECCIÓN DE RIESGO E INTERVENCIÓN TEMPRANA



Cuando pienses en azúcar, usa SLENDA®

