

OBESIDAD INFANTIL: ¿QUÉ INTERVENCIONES TENEMOS PARA AFRONTARLA?

Autor: Dra. Tania Homm C., Residente Medicina Familiar UC

Editor: Dra. Pamela Rojas G., Docente Departamento Medicina Familiar UC

Fecha: 19/11/19

Resumen portada: La obesidad infantil se define como un aumento del peso corporal más allá de los valores aceptables para la edad y la estatura, a expensas de un aumento de la masa grasa. En este artículo revisaremos la evidencia existente sobre intervenciones para manejarla en atención primaria.

INTRODUCCIÓN

La obesidad infantil se define como un aumento del peso corporal > 2 DS para la edad y la talla, a expensas de un aumento de la masa grasa, lo cual conlleva grandes efectos para la salud ⁽¹⁾. Cifras de la Organización Mundial de la Salud (OMS) dan cuenta que Chile ocupa el primer lugar en América latina en prevalencia de obesidad infantil y el sexto lugar a nivel mundial ⁽²⁾.

La prevalencia de obesidad en los niños de primer año básico casi se triplicó entre 1988 y 2016, y ya a partir de 2013 la proporción de niños con malnutrición por exceso superó a la de los eutróficos. Las prevalencias más recientes reportadas en población escolar chilena, según el informe 2018 de la Junta nacional de auxilio escolar y becas (JUNAEB) son ⁽³⁾:

- Prekínder 23.9%,
- Kínder 24.9%
- Primero básico 24.6%
- Primero medio 23.4%

La adolescencia es una etapa de especial riesgo frente a la malnutrición por exceso. La probabilidad que un niño obeso se convierta en un adulto obeso aumenta del 20% a los 4 años a un 80% en la adolescencia. ⁽⁴⁾

ETIOPATOGENIA

La etiopatogenia de la obesidad es multifactorial. En la tabla 1 se muestran los distintos factores de riesgo para desarrollar obesidad ⁽⁴⁾

Tabla 1: Factores de riesgo para el desarrollo de obesidad en niños y adolescentes ⁽⁴⁾

Factores genéticos	Fuerte asociación entre el IMC de los padres y de los hijos a partir de los 3 años de vida.
Factores prenatales	<p>Tabaquismo durante embarazo y sobrepeso en la infancia, explicado por:</p> <ul style="list-style-type: none"> - la pérdida de apetito materno por efectos de la nicotina. - vasoconstricción y compromiso de la circulación útero-placentaria. - exposición a mayores niveles de CO₂. De esta forma disminuye el aporte de O₂ al feto, se produce una afectación de su crecimiento y desarrollo, con impronta metabólica y efectos sobre su salud a corto, medio y largo plazo.
Macrosomía y bajo peso de nacimiento	<p>Se ha observado una asociación positiva entre:</p> <ul style="list-style-type: none"> - macrosomía y obesidad en la infancia y edad adulta - bajo peso al nacimiento y el síndrome metabólico. Los recién nacidos pequeños para la edad gestacional, que ganan rápidamente peso durante los primeros meses de vida, son los que presentan más riesgo de desarrollar obesidad en la adolescencia tardía.
Trastornos del sueño	Varios estudios han encontrado relación entre la menor duración del sueño y la obesidad infantil. Por otro lado, el 47% de los niños obesos tienen problemas respiratorios del sueño moderados-intensos
Bajo nivel socioeconómico	La obesidad es más frecuente en población con bajo nivel socioeconómico y educacional.
Estilos de vida	<ul style="list-style-type: none"> - Alimentación rica en grasas saturadas. - Pobre consumo de frutas y verduras - Sedentarismo - Uso de pantallas en niños (>2 horas al día a cualquier edad).
Rebote adiposo precoz antes de los 5 años	En las curvas del IMC se ha identificado un crecimiento en el primer año de vida que decrece posteriormente llegando a valores mínimos entre los 5-6 años, momento en que se produce un nuevo aumento hasta la edad adulta. Esto se ha llamado “rebote adiposo” y cuando se produce antes de los 5 años, conduce a una elevación rápida del IMC y se asocia con mayor riesgo de obesidad en la edad adulta.

Fuente: *Elaboración propia a partir de referencias citadas*

INTERVENCIONES

Existen intervenciones farmacológicas y no farmacológicas para el manejo de la obesidad infantil.

1. Intervenciones no farmacológicas:

- a. Cambios conductuales:
 - i. Automonitoreo: porciones de comida y actividad física realizada. Esto ayuda al paciente y a la familia a evaluar qué factores ayudan a aumentar de peso. Es muy importante el feedback que realice el médico para contribuir a los cambios.
 - ii. Control de estímulos: reducir comportamientos no saludables (alimentos no saludables, TV en la pieza) y establecer hábitos saludables (consumo de frutas y verduras).
 - iii. Establecer objetivos de conductas saludables, más que “de bajar de peso”. Estos objetivos debieran ser específicos, medibles, alcanzables, realistas, y ajustarse a tiempos acotados.
 - iv. Refuerzo positivo: Recompensa debe ser acordada entre el niño y sus padres. Idealmente premiarlo con actividades más que con juguetes. Evitar premiarlos con comida.
- b. Involucrar a la familia: se sugiere evitar “tentar” al niño con alimentos no saludables.
- c. Centrado en el paciente: debe ser colaborativo más que prescriptivo. Se debe comprometer a la familia con cambiar conductas específicas. Siempre considerar al paciente. Esto asegura que la familia y paciente tengan confianza en el cambio y se comprometan a éste. Debe elegir sus preferencias, en el contexto de cosas saludables.

- d. Entrevista motivacional: Siempre se debe tener en consideración la edad del niño para definir su protagonismo en la intervención; mientras mas pequeños son los niños es mayor el rol protagónico de los padres, situación que se invierte en la adolescencia. ⁽⁵⁾

Una revisión sistemática de la Cochrane analizó 20 ensayos clínicos randomizados. El objetivo fue evaluar la efectividad de la dieta, actividad física y cambios conductuales en padres de niños entre 5 y 11 años, como tratamiento para el sobrepeso y obesidad. El estudio incluyó 3 comparadores:

- intervenciones a padres y niños
- intervenciones sólo en niños
- sin intervención.

El estudio mostró que no existía diferencia significativa entre intervenciones realizadas sólo en padres versus en intervenciones que incluían a padres e hijos (DM -0.05 ([-0.13 – 0.04]; 95% IC) ⁽⁶⁾. Se debe considerar que la calidad de los estudios es baja, ya que tiene alto riesgo de sesgos, sobre todo por abandono y muestra pequeña de pacientes.

2. Intervenciones farmacológicas:

Fármacos como Metformina, Sibutramina y Orlistat, entre otros, han sido evaluados en el manejo de la obesidad infantil. Algunas de estas drogas no están autorizadas para el tratamiento de obesidad en niños y adolescentes (sibutramina y orlistat en menores de 12 años), o han sido retiradas del mercado (sibutramina).

Una revisión sistemática de Cochrane, que incluyó 21 estudios randomizados controlados, comparó el efecto de diferentes fármacos (como tratamiento único) y fármacos + dieta y ejercicio, versus placebo (como tratamiento único) placebo + dieta y ejercicio, y solo dieta y ejercicio ⁽⁷⁾. El estudio incluyó 2484 niños y adolescentes obesos entre 10 y 16 años y su objetivo fue evaluar el cambio de IMC (z score) luego de una intervención de 12-48 semanas de duración, con un seguimiento de 6 a 24 meses. El estudio da cuenta que los fármacos podrían tener un pequeño efecto en reducir el IMC y peso en adolescentes y niños obesos.

- o Metformina comparado con placebo MD -1.35 [-2.00, -0.69],
- o Orlistat comparado con placebo MD -3.9 [-5.86, -1.94].

Es importante mencionar que los estudios son en general de baja calidad metodológica, con poco o ningún seguimiento post intervención y con un 25% de abandono, de modo que es necesario mantener la cautela frente a estos resultados.

CONCLUSIONES

La obesidad infantil es una patología con prevalencia ascendente. Debemos realizar un diagnóstico oportuno e intervenir desde el sobrepeso para evitar su progresión y disminuir el riesgo de desarrollo de patología crónica cardiovascular en la edad adulta.

La evidencia actual sugiere enfocar la intervención a todo el ambiente familiar. La Entrevista motivacional es una alternativa que ha demostrado ser útil en manejo de esta patología.

REFERENCIAS

1. PERRET P., C.; PÉREZ V., C.; POBLETE V., M., (2018), *Manual de pediatría*, Escuela de Medicina Facultad de Medicina, s.e, 540 p.
2. INTA. (2016). Chile: primer lugar en obesidad infantil en América Latina y sus consecuencias físicas, psicológicas y en la salud de la sociedad. (Disponible en: <http://www.ipsuss.cl/ipsuss/actualidad/obesidad/chile-primer-lugar-en-obesidad-infantil-en-america-latina-y-sus/2016-01-26/171149.html>. Consultado el: 09 octubre 2019)
3. LIRA, M. (2019). Informe Mapa Nutricional 2018 Situación nutricional de los párvulos y escolares de establecimientos escolares con financiamiento público del país. JUNAEB (Disponible en: <https://www.junaeb.cl/wp-content/uploads/2019/12/Informe-Mapa-Nutricional-2018.pdf>. Consultado el: 09 octubre 2019)
4. GÜEMES H., M.; MUÑOZ C., M. (2015). Obesidad en la infancia y adolescencia. *Pediatría Integral*. XIX (6): 412 – 427
5. JOSEPH A SKELTON, MD, MS. 2019. Management of childhood obesity in the primary care setting, UptoDate,
6. LOVEMANE, AL-KHUDAIRYL, JOHNSONRE, ROBERTSONW, COLQUITTJL, MEADEL, ELLSLJ, METZENDORFMI, REESK. 2015. Parent-only interventions for childhood overweight or obesity in children aged 5 to 11 years. Cochrane Database of Systematic Reviews. 12 (CD012008)
7. MEAD E, ATKINSON G, RICHTER B, METZENDORF MI, BAUR L, FINER N, CORPELEIJN E, O'MALLEY C, ELLS LJ. 2016. Drug interventions for the treatment of obesity in children and adolescents. Cochrane Database of Systematic Reviews. 11 (CD012436)