

Obesidad: guías para su abordaje clínico. Resumen ejecutivo

Obesity: Guidelines for clinical management. Executive summary

Comité Nacional de Nutrición

<http://dx.doi.org/10.5546/aap.2016.180>

Véase el texto completo en formato electrónico, en la sección "Consensos" del sitio web de la Sociedad Argentina de Pediatría www.sap.org.ar

Al inicio del siglo XX, la desnutrición infantil determinó mayor morbimortalidad. Décadas más tarde, la obesidad se convirtió en la principal amenaza a la salud en todas las edades, por lo que se dio la paradoja de que estos niños/as tendrían menor expectativa de vida que sus padres.

La obesidad es la enfermedad caracterizada por la acumulación anormal o excesiva de grasa corporal que puede ser perjudicial para la salud. Es crónica, multifactorial y, en la mayoría de los casos, se presenta con exceso de peso. La Organización Mundial de la Salud (OMS) la categorizó como enfermedad en 1997.

ENTREVISTA CLÍNICA

Antropometría

La grasa corporal se mide en forma indirecta en la atención clínica a través de la antropometría. Tres son las medidas imprescindibles: el peso, la talla y la circunferencia de la cintura (CC).

El peso referido a la edad (P/E) orienta, pero es un indicador global que no permite discriminar la composición corporal. A pesar de ello, se utiliza para evaluar la obesidad en lactantes, dado que aún no se ha validado otro indicador para este fin.

El índice de masa corporal (IMC) es el indicador para evaluar la obesidad tanto en la clínica como en la epidemiología para mayores de 2 años, pero debe interpretarse con el resto de la información para hacer un diagnóstico nutricional. El IMC en el percentilo 85 o puntaje Z 1 corresponde a sobrepeso y, en el percentilo 97 o puntaje Z 2, a obesidad.

En el control pediátrico, se debe calcular el IMC a todos los mayores de 2 años. En niños con estado nutricional normal, un aumento de 2 puntos en el IMC/E en un año podría reflejar un rápido aumento del porcentaje de grasa corporal.

El índice de cintura/talla complementa el IMC. El valor máximo aceptado es 0,5; es decir que la cintura debería medir, como máximo, la mitad de la longitud corporal.

Anamnesis y examen clínico

La entrevista clínica debe ser exhaustiva e identificar factores de riesgo y protectores. Es importante conocer las rutinas del paciente y determinar los comportamientos modificables del estilo de vida (alimentación, actividad física –AF–, sueño) y las barreras y facilitadores. Conocer la disposición del paciente y de la familia para el cambio permite adaptar las intervenciones. La evaluación de la ingesta es un desafío.

El examen físico debe ser minucioso e incluir la medición de la tensión arterial. Los exámenes de laboratorio permitirán completar la evaluación del riesgo metabólico.

Cada uno de los componentes del síndrome metabólico (SM) es un factor independiente de riesgo cardiovascular. Su coexistencia tiene un efecto sinérgico en el riesgo aterogénico. La insulinoresistencia podría ser más importante que el grado de obesidad.

Uno de los criterios de mejor aplicabilidad y sencillez desde la práctica clínica es el criterio de Cook et al. (3 de los 5 criterios presentes).

Correspondencia:
Dra. Débora Setton:
deborasetton1@gmail.com

Financiamiento:
Ninguno.

Conflicto de intereses:
Ninguno que declarar.

Recibido: 31-10-2015
Aceptado: 2-11-2015

- Perímetro de cintura \geq Pc 90.
- Glucemia en ayunas \geq 100 mg/dl.
- Triglicéridos \geq 110 mg/dl.
- C-HDL $<$ 40 mg/dl.
- Presión arterial \geq Pc 90.

COMPLICACIONES DE LA OBESIDAD

El aumento progresivo de la prevalencia de obesidad en la población infantil y el aumento en la gravedad favorecen la presentación de complicaciones. Las complicaciones psicosociales parecen ser la consecuencia visible más directa en niños con sobrepeso y obesidad.

Es una patología crónica; se proyecta a la adultez y compromete la calidad de vida con consecuencias pulmonares, neurológicas, musculoesqueléticas, gastroenterológicas, renales, endocrinológicas, cardiovasculares, dermatológicas, infecciosas, inmunológicas y psicosociales.

En los últimos años, la esteatohepatitis, el síndrome de apneas obstructivas de sueño, el síndrome de ovarios poliquísticos, entre otras entidades clínicas, se suman a las ya frecuentes complicaciones, como hipertensión arterial, SM y diabetes 2. Además, la obesidad impacta negativamente sobre la evolución de todas las enfermedades.

PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO

El tratamiento de la obesidad en la infancia es la prevención de la obesidad del adulto.

El objetivo primordial es promover un estilo de vida que incluya una alimentación sana y variada y un patrón de AF regular para todo el grupo familiar.

Las mujeres en edad reproductiva deben llevar un estilo de vida saludable por la importancia de tener un peso apropiado en el momento de la concepción y una adecuada ganancia de peso durante el embarazo. Dentro de los determinantes tempranos del desarrollo de obesidad, están los efectos del bajo peso de nacimiento, seguidos de una rápida ganancia de peso durante la infancia temprana. La lactancia materna y la alimentación complementaria son claves en el inicio de la educación de la conducta alimentaria.

Si un paciente presenta complicaciones secundarias a obesidad, el objetivo es descender el puntaje Z del IMC; por lo tanto, en un paciente en crecimiento, el mantenimiento de peso e, incluso, la desaceleración de la ganancia ponderal producirán el descenso en el percentilo del IMC. En los casos más graves, es necesario el descenso de peso.

El primer desafío del tratamiento es lograr una alianza con el niño y su familia. Todo niño o adolescente con complicaciones de obesidad

y/u obesidad mórbida debe recibir tratamiento especializado.

La entrevista motivacional es un método centrado en el paciente con el objetivo de incentivar sus propias motivaciones al cambio (o la de los familiares en el caso de niños pequeños) y plantear sus objetivos.

Los cambios en los hábitos alimentarios y en la actividad deben ser graduales y pequeños, pero permanentes.

El tratamiento se plantea en 4 niveles de atención. A cualquier edad y magnitud de obesidad, se comienza por el primer nivel de atención, con excepción de la presencia de obesidad grave (Pc $>$ 99), en que puede comenzarse por el segundo nivel si la familia está motivada.

Los niños deben acumular, al menos, 60 minutos de AF moderada o vigorosa por día y evitar los períodos prolongados de inactividad (2 horas o más).

Todo el equipo de salud (educadores, pediatras, puericultores) debe guiar anticipatoriamente a los padres y cuidadores acerca de la alimentación saludable y los hábitos de AF.

En general, los esfuerzos actuales para la prevención se basaron en niños en los cuales la trayectoria del peso y el crecimiento y los hábitos dietéticos ya estaban establecidos.

En la edad temprana, existe una oportunidad única para establecer trayectorias saludables y hábitos antes de que el mundo de los niños se haga más complejo.

Las preferencias por alimentos altos en grasas y energéticamente densos son, en parte, aprendidas. Llevan a los niños con alta exposición a esas comidas a un reforzamiento positivo y aumentan la predilección por ellos. El contexto socioafectivo en el cual las comidas son ofrecidas al niño condiciona sus preferencias alimentarias.

Otra estrategia es la del control de las porciones. Existen datos que indican que los niños regulan su ingesta energética ajustando el tamaño de las porciones si se aumenta el número de oportunidades para comer. También se vio que los niños a los que se les permitía servirse solos (determinando ellos mismos el tamaño de su porción) consumían menos calorías. Por lo tanto, la evidencia apoya las estrategias en relación con el control de las porciones para promover la reducción de la prevalencia de obesidad en los niños.

El incremento en la prevalencia de obesidad en niños, adolescentes y adultos tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo es alarmante. La prevención de obesidad debería ser una de las prioridades de salud pública, con particular énfasis en estimular hábitos saludables de vida en todos los grupos etarios. ■