

## Lectura de la Beca Inocencio Elola 2008. Aplicación de un programa de intervención y educación en obesidad infantil

*Inocencio Elola 2008  
Bekaren irakurketa.  
Umeen obesitatearen  
hezkuntzarako eskuhartze  
programa*

I. Díez López

Servicio de Pediatría. Hospital  
Txagorritxu. Vitoria

*Presentado en la III Reunión científica "Profesor  
Juan Rodríguez Soriano", celebrada el 6 de  
marzo de 2009 en Pamplona*

La obesidad es la enfermedad nutricional más frecuente en niños y adolescentes en los países desarrollados, aunque no sólo se limita a éstos. Estudios recientes realizados en distintos países demuestran que el 5-10% de los niños en edad escolar son obesos, y en los adolescentes la proporción aumenta hasta situarse en cifras del 10-20%. Similar incidencia ha sido encontrada en nuestro país. Además, la frecuencia tiende a aumentar en los países desarrollados, constituyendo la obesidad un problema sanitario de primer orden, al ser un factor común de riesgo para diversas patologías como son la diabetes, la enfermedad cardiovascular y la hipertensión arterial.

Su tratamiento es difícil y muchas veces, refractario. A pesar de las dificultades en el tratamiento de la obesidad, es necesario insistir en él, debido a las consecuencias tan negativas que tiene la obesidad, tanto en la salud médica como en la psicológica del niño y del adolescente. Por lo tanto, es necesario actuar cuanto antes y estar convencidos de que el niño obeso pierda el exceso de grasa y aprenda qué es una alimentación y estilo de vida saludables.

### TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD

El objetivo del tratamiento en la infancia es conseguir un peso adecuado para la talla y conservar posteriormente el peso dentro de límites normales, al mismo tiempo que se mantiene un crecimiento y desarrollo normales.

Además, el crecimiento hace que la cuantía de grasa a perder sea menor que en él. Sin embargo, el tratamiento de la obesidad es uno de los problemas más difíciles y frustrantes para el pediatra, ya que los resultados obtenidos a largo plazo son desalentadores y muestran que del 80-90% de

los niños vuelven a sus percentiles de peso previos, tasas de recidiva comparables a las observadas en adultos.

Sin embargo los criterios favorables a la intervención terapéutica se basan en la demostración de que con una pérdida moderada de peso (5-10%) se puede conseguir una notable mejoría en la comorbilidad asociada y en la calidad de vida en obesidades severas.

Por otro lado, hay que tener en cuenta que el tratamiento puede tener efectos secundarios: el tratamiento en niñas predispuestas puede ser el comienzo de una grave anorexia nerviosa y dietas incontroladas pueden ocasionar hasta en el 80% de los casos diversos trastornos como hambre, debilidad, cefaleas, cansancio, náuseas, estreñimiento, nerviosismo...

**El control de la obesidad en el seno de una consulta de endocrinología infantil hace que el control y tratamiento de estas patologías sean los más adecuados.**

En la mayoría de los casos es suficiente con estabilizar el peso ya que el incremento de masa muscular asociado al crecimiento permitirá en muchas ocasiones normalizar el peso corporal.

Elementos a considerar dentro del enfoque global del tratamiento en obesidad infantil:

### Ejercicio

Constituye una medida complementaria a la dieta. El ejercicio aumenta el gasto energético, mejora la sensibilidad a la insulina, disminuye la lipogénesis, y mejora la imagen corporal.

### Aspectos psicoterapéuticos

Las técnicas de modificación de la conducta deben estar encaminadas hacia una mejora de la autoestima personal y autocontrol frente a la comida.

Una herramienta poderosa para modificar el comportamiento consiste en la in-

roducción progresiva de estrategias psico-educativas. El registro continuado de aspectos relacionados principalmente con la conducta alimentaria y la actividad física facilita información y permite el autocontrol de las mismas al proporcionar al niño y adolescente obesos una información sistemática de estas conductas, de sus logros y éxitos.

### **Apoyo familiar y re-educación nutricional**

Los cambios en el estilo de vida, en las costumbres cotidianas del paciente y su familia, son elementos esenciales del programa de tratamiento pero, dada la dificultad que entrañan, deben instaurarse de forma lenta y gradual.

Una implicación activa de los padres mejora los resultados terapéuticos.

Supone cambiar los hábitos dietéticos y también de actividad física del niño o adolescente el cual, si se hace aisladamente con el paciente puede llevar al fracaso.

En estos dos puntos anteriores se basa el PROGRAMA NIÑ@S EN MOVIMIENTO.

### **Fármacos**

Hasta el momento actual, en niños y adolescentes el uso de estos fármacos rara vez esta justificado.

### **Tratamiento quirúrgico: cirugía bariátrica**

Existen diferentes técnicas bariátricas que se dividen en restrictivas (reducción de la capacidad gástrica), de las cuales las más utilizadas son la gastroplastia vertical en banda o anillada y las malabsorptivas *bypass* ileocólico o biliointestinal y mixtas, más eficaces en la reducción de peso a largo plazo.

Estas técnicas tan agresivas y en la actualidad no están autorizadas en la edad pediátrica < 12 años.

### **JUSTIFICACIÓN DE LA BECA**

Ya que las causas de la obesidad exógena son múltiples, el tratamiento ha de ser realizado desde un enfoque multidisciplinario que contemple las áreas necesarias para resolver el problema de la obesidad.

Un cambio en los hábitos alimentarios y en la actividad física y no la pérdida de peso *per se*, ha de ser el objetivo más importante en la prevención y el tratamiento de la obesidad en edad pediátrica.

Los tratamientos para la obesidad infantil más exitosos son los que combinan la educación nutricional, actividad física y emocionalidad del niño, todo dentro de un marco de modificación de conducta y dando una especial atención a la familia.

El grupo del Dr. A. Carrascosa, del Servicio de Endocrinología Infantil del Hospital Vall de Hebrón, de Barcelona, es pionero en España en el desarrollo de un programa de intervención integral en el tratamiento de la obesidad infantil.

Es denominado *¡Niñ@s en movimiento!*

### **Desarrollo de la beca**

- Realizar una estancia corta en el equipo del Dr. Carrascosa para conocer y aprender las técnicas utilizadas en el Programa.
- Objetivo principal del programa: ofrecer un programa de tratamiento integral para la obesidad infantil que implique cambios nutricionales, emocionales y estilos de vida del niñ@ y de su entorno familiar
- Promueve una alimentación normocalórica y equilibrada así como estilos de vida saludables en combinación con los principios de la terapia cognitivo-conductual, rechazando la prescripción de una dieta estricta.

### *Tipo de actuación*

- Formato individual o grupal.

- Formación teórica y práctica (familia y niños).
- Carácter participativo e interactivo.
- 11 semanas de duración, en sesiones de una hora y media semanales (Fig. 1).
- Utiliza técnicas cognitivo-conductuales y afectivas.
- Trabaja con temas relacionados con su salud como:
  - Alimentación, publicidad engañosa, autocontrol, imagen corporal, comunicación, resolución de conflictos, asertividad, derechos personales, autoestima, relajación y actividad e inactividad física (horas de televisión y juegos de ordenador).
- Posibilita un espacio en el que los niñ@s puedan analizar y expresar sus emociones en relación con el tema del sobrepeso, la obesidad y sus consecuencias (Fig. 2).

### **Eficacia del programa**

Los autores del mismo nos ceden unos resultados preliminares del grupo de pacientes que ha conseguido llegar a 1 año de la aplicación, donde parece demostrarse eficaz (Fig. 3).

### **Adendum**

Gracias al importe de la beca, el Servicio de Pediatría de Txagorritxu ha podido adquirir un impedanciómetro de 4 canales tipo TANITA para completar el estudio y seguimiento de los niños que acuden a la consulta afectos de obesidad (Fig. 4).

### **BIBLIOGRAFÍA**

- Bueno M, Bueno O, Sarriá A. Obesidad Infantil. Nutrición en Pediatría. Bueno M. JM (eds) Madrid, Ergon, 1999;297-30.9
- Bueza E. Intervención dietética en el niño obeso. Brines J (ed.). Nutrición Infantil. Valencia. IVESP, 1999;263-28.9
- Dennis M. Styne. Obesidad durante la infancia y la adolescencia. Clin. Ped. NA 2001;4: 867-896.

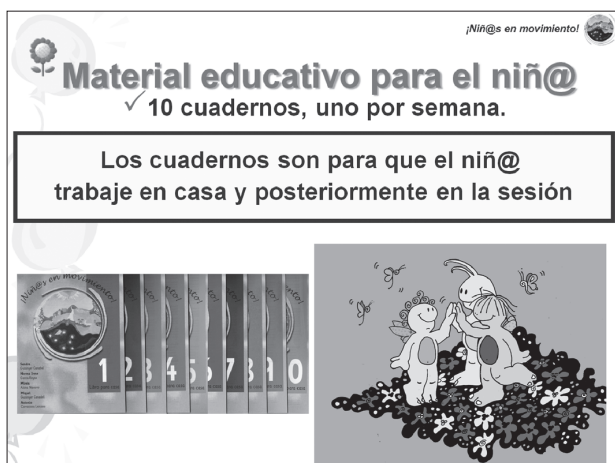


Figura 1.



Figura 2.

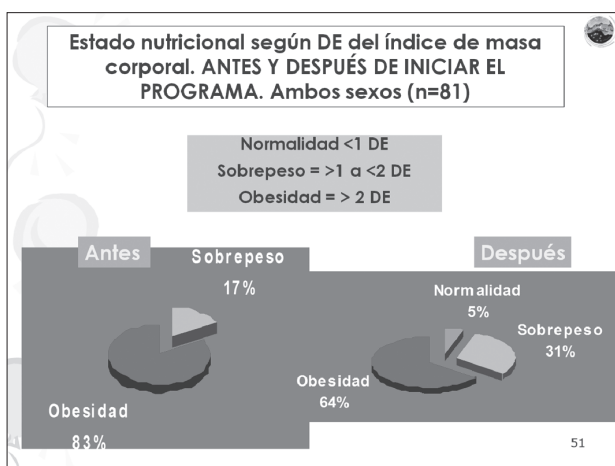


Figura 3.

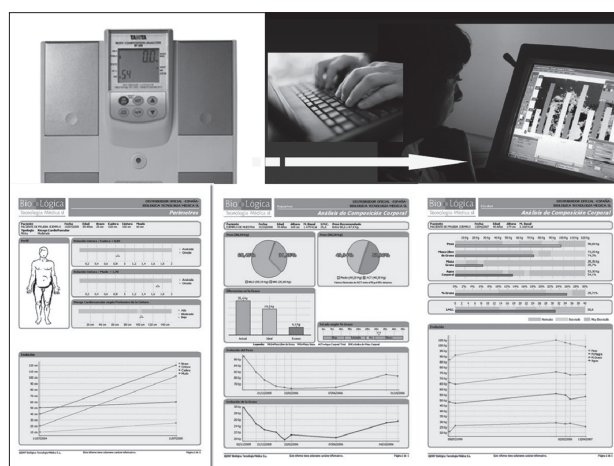


Figura 4.

- Dietz WH. Prevalence of obesity in children. En: Bray GA, Bouchard C, James WPT, eds. Handbook of obesity. New York: Marcel Dekker, 1998: 93-102.
- Friedman JM. Obesity in the new millenium. Nature, 2000;4034: 632-634.
- Frühbeck G. Childhood Obesity: time for action, not complacency. Br Med J 2000; 320: 328-329.
- Haschke F and Euro-Grwoth Study Group. Euro-grwoth references for legth, weight and body circumferences. J Pediatr Gastroenterol Nutr, 2000; 31:14-38.
- Kaur et al. Childhood overweight an expanding problem. Treat Endocrinol 2003;2(6):375-88.
- Martul P, Rica I, Vela A. Tratamiento de la obesidad infanto-juvenil. An Esp Pediatr 2002; 56:17.
- Paidós 84. Estudio epidemiológico sobre nutrición y obesidad. Proyecto Universitario, Madrid, Jomagar, 1985.
- Rica I, Sobradillo B, Sánchez E. Índice de obesidad en la población infantil. Anales Españoles de Pediatría 2001; 54: 110-111.
- Summerbell CD, Ashton V, Campbell KJ. Interventions for treating obesity in children (Cochrane review). Cochrane Database Sys Rev 2003;3.
- WHO Consultation on obesity. Global prevalence and secular trends in obesity. En: World Heath Organisation, ed. Obesity preventing and managing the global epidemic, Geneva: WHO, 1998: 17-40.
- Zwiauer KFM. Prevention and treatment of overweight and obesity in children and adolescents. Eur J Pediat, 2000; 159:56-68.