



EDITORIAL

Lo pequeño y lo grande en la prevención de la obesidad infantil



The little and large of pediatric obesity prevention

Manuel Moya

Universidad Miguel Hernández, Campus de San Juan de Alicante, Alicante, España

Disponible en Internet el 30 de marzo de 2017

¿Por qué ha de comenzar la prevención de la obesidad en las etapas tempranas de la vida? Cuatro son las razones principales: su prevalencia, su carga de enfermedad (comorbilidades con aparición ya en la edad pediátrica), la vigilancia y los malos resultados terapéuticos alcanzados una vez establecida. En este contexto humano y de prevención, la razón fundamental es que el 30% de los adultos obesos comenzaron a serlo antes de la adolescencia. Si consideramos que 2.500 millones de personas (mayores de 18 años) presentan sobrepeso y obesidad, el porcentaje adquiere una significación muy práctica en la prevención¹. Por añadidura, y a nivel global, el 10% de los niños y adolescentes tienen sobrepeso y el 3% son obesos. Además, la prevalencia de la obesidad infantil se ha triplicado en muchas partes del mundo desde 1980 hasta la década presente, incluyendo países de medianos y bajos ingresos (PMBI). Por último, el tratamiento de la obesidad entraña un camino largo, amargo y costoso, que frecuentemente conduce al sobrepeso y raramente a un peso normal. Un fenómeno particular relacionado con los cuatro puntos mencionados es la heterogeneidad de la respuesta científica en cuanto a la prevención y tratamiento de la obesidad, a lo que hay que añadir el extenso (e-)panorama de las curas mágicas o chamanistas². Con objeto de obtener información fiable, los métodos de investigación aplicados a las revisiones sistemáticas, ensayos controlados aleatorizados y estudios observacionales pueden evaluar la calidad de la evidencia y las recomendaciones derivadas de ella. Estos estudios de investigación

se evalúan mediante sistemas de calificación que van desde el extenso sistema desarrollado por el *Centre for Evidence-Based Medicine* de Oxford al más sencillo SORT, pasando por el GRADE. Otro aspecto general en la prevención es la homogeneización de la evaluación de las medidas antropométricas; los z-scores de índice de masa corporal (kg/m^2) y de perímetro de la cintura son probablemente las medidas más apropiadas en el contexto clínico³.

Vías de prevención actuales: para aumentar su eficacia, la prevención se ha dividido en tres niveles de actuación: la prevención primaria (antes de la enfermedad), la prevención secundaria (enfermedad latente) y la prevención terciaria (de las consecuencias de la enfermedad). El flujo normal va de las organizaciones globales y/o nacionales a las organizaciones en la comunidad, fase en la que se dan ramificaciones al nivel del entorno y del individuo: familia/niño, clínicos, enfermeros y trabajadores de la salud individuales, etc. Esta secuencia debería transcurrir con fluidez, pero la realidad es que se encuentran obstáculos entre los distintos niveles. No obstante, la reducción en la prevención es más drástica en el nivel individual, que de hecho es la otra interfaz del concepto de la prevención. Para corroborar esta poco prometedora evolución he revisado 56 planes para la prevención de la obesidad desarrollados desde el año 2010 hasta la actualidad: quizá bastaría con decir que todas las líneas principales de prevención son similares y no difieren excesivamente de las de hace 50 años.

Las preguntas clásicas planteadas por la promoción de salud con enfoque poblacional: qué, quién y cómo, pueden aplicarse a la prevención de la obesidad, si bien con un enfoque pragmático.

Correo electrónico: manuel.moya@umh.es

<http://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2017.02.008>

1695-4033/© 2017 Asociación Española de Pediatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

A la primera, «qué» tipo de prevención, correspondería una respuesta general e individual. El enfoque general compete a las autoridades sanitarias, es decir, a la reciente Comisión para Acabar la Obesidad Infantil de la OMS, la Nutrición y los Sistemas Alimentarios de la FAO/HLPE en sus tres manifestaciones, el proyecto EATWELL en la UE, el programa general para la prevención de la obesidad desarrollado por la Comisión Europea para la Salud Pública. Aquí hay tres puntos de partida: atención primaria (profesionales de la salud, barreras y eficacia), programas comunitarios y escolares (educación, nutrición, actividad física) y programas administrativos (instalaciones deportivas y de ocio, normativas sobre el contenido energético de los alimentos, etc.) que claramente requieren apoyo del Estado. Por desgracia, aún no conocemos sus resultados. El crecimiento de la obesidad ha llevado a la puesta en marcha de varios programas a escala nacional o comunitaria, en los que también se debería implicar a las sociedades científicas o grupos de expertos locales. Una nueva revisión Cochrane sobre la prevención de la obesidad infantil mostró una mejoría en la calidad de los estudios, y eso que de 93 revisiones solo fue posible incluir 37 (279.946 niños) en el metaanálisis. Los autores concluyeron que los programas eran efectivos en la reducción de la adiposidad, que no todas las intervenciones particulares lograban el mismo éxito, y que la mayor parte de la heterogeneidad quedaba sin explicar (¿imposibilidad de evaluar el balance energético?).

El siguiente punto es «a quién» ha de dirigirse la prevención. Esto ha cambiado debido al concepto de prevención lo más temprana posible. Por tanto, la prevención de la obesidad debería iniciarse antes incluso de la concepción seguida de acciones para reducir la ganancia de peso excesiva durante la gestación, la diabetes gestacional y el número de neonatos grandes para la edad gestacional (> 4,0 kg) (cambios epigenéticos). Estos factores están relacionados con la obesidad adulta y sus comorbilidades. Tras el nacimiento, la prevención debería centrarse en la ganancia ponderal en los 3-6 primeros meses y en el mantenimiento de la lactancia materna durante más de 6 meses. Así, la recomendación clásica de comenzar la prevención a edades entre los 4 y 6 años ha de revisarse teniendo en consideración el «rebote temprano» del IMC (z-score de IMC 1-1,9 DE).

«Cómo» llevar a cabo la prevención a nivel individual. Este nivel representa el punto crucial en el que entran en contacto los responsables de desarrollar políticas y sus objetivos, es decir, los profesionales de atención primaria y los niños/familias. La actuación preliminar, quizá la más importante, es educar a los pediatras o profesionales de atención primaria en hábitos saludables, en el riesgo de obesidad y en el reconocimiento temprano del sobrepeso, y proveerles de instrumentos básicos para transmitir la información a niños y familias. Posiblemente baste con las concisas instrucciones proporcionadas por la OMS⁴. De acuerdo con el primer principio de la termodinámica, si la ingesta de energía excede al gasto, la diferencia se almacenará en forma de grasa corporal. El «cómo» ha de llevarse a cabo la prevención es un apartado extenso que supera el alcance de este artículo y puede consultarse en otras fuentes para las poblaciones pediátrica⁵ y adulta. Las estrategias de prevención a nivel

individual no son complicadas, ni requieren estudios complementarios o la cooperación de especialistas (en psiquiatría), pero sí tiempo (al menos 30 min/cita) y un calendario fijo de seguimiento. Por desgracia, no muchos puntos/entornos de atención primaria están equipados para ello. Aunque los resultados de las estrategias de prevención a pequeña escala son también de pequeña escala, mientras no se dé un funcionamiento a nivel global de la prevención general (como es el caso en muchas enfermedades infecciosas), estas acciones, siempre que estén bien diseñadas, serán la única alternativa disponible para afrontar este problema cada vez mayor.

Como reflexión final cabe plantearse por qué habiendo programas de prevención efectivos, la obesidad ha seguido aumentando hasta la fecha y probablemente vaya a continuar aumentando hasta el 2030 o incluso hasta la fecha más realista del 2060. Por el lado positivo, ha habido avances clínicos importantes, como normativas sobre los contenidos energéticos de los alimentos en máquinas expendedoras y restaurantes (*Affordable Care Act* de Estados Unidos), o los cambios en agricultura y cadenas de alimentación (UE), cuya eficacia se conocerá cuando haya transcurrido más tiempo.

Por el lado negativo, aparte de algunos deslices menores (las llamadas *fat letters*; más de 50 pirámides alimentarias), cabe mencionar los siguientes hechos: la dificultad de la aplicación de los criterios de calidad de la evidencia para evaluar la efectividad de la prevención; este problema no se limita a la salud y se da en otros campos, por ejemplo, en la prevención de conflictos. Hay demasiados planes/guías, y no todos tienen la calidad o la amplitud de cobertura deseadas. El flujo de la prevención desde los ámbitos globales al nivel individual es lento, incluso en países con ingresos altos (PIA) con abordajes integrales. La evaluación continua de las intervenciones aplicadas dista mucho de ser generalizada. El impacto sobre la obesidad de acciones importantes como el etiquetado (proyecto FLABEL en la UE), la publicidad de comida rápida, los impuestos sobre bebidas azucaradas, los programas de comedores escolares y muchos otros todavía se desconoce. En los PIA, los presupuestos asignados a la prevención son considerablemente menores que los asignados a la atención aguda. En los PMBI, solo se llevan a cabo intervenciones mínimas y puntuales, por lo que en unas pocas décadas la obesidad será un problema que se sumará al retraso en los tratamientos médicos en estas regiones.

Bibliografía

1. Bouchard C. Obesity in adulthood. The importance of childhood and parental obesity. *N Eng J Med*. 1997;337:926-7.
2. Klaber RE, Blair M, Lemer C, Watson M. Whole population integrated child health: Moving beyond pathways. *Arch Dis Child*. 2017;102:5-7.
3. Waters E, de Silva-Sanigorski A, Hall BJ, Brown T, Campbell KJ, Gao Y. Interventions for preventing obesity in children. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011;CD 001871, <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD001871.pub3>
4. WHO. Obesity and overweight. Fact sheet N°311. Jan 2015. [consultado 26 Jun 2016]. Disponible en: <http://who.int/mediacentre/factsheets/fs311/eng/>
5. Ouya M. An update in prevention and treatment of pediatric obesity. *World J Pediatr*. 2008;4:173-85.