

MESA REDONDA: "Obesidad en la infancia y adolescencia" Concepto, prevalencia e importancia de la misma

Presentada en la XVI Reunión Conjunta de las Sociedades de Pediatria de Andalucía Oriental, Andalucía Occidental y Extremadura. Córdoba 8 y 9 de noviembre de 2002

Dr. Ramón Cañete Estrada*, Dr. José Luis Poyato Domínguez**

*Unidad de Endocrinología Pediátrica y Crecimiento. Departamento de Pediatría. Hospital Universitario Reina Sofía. Facultad de Medicina.

**Centro de Salud de Aguilar de la Frontera. Córdoba

CONCEPTO

La obesidad supone el trastorno nutricional más frecuente en los países desarrollados y muestra una tendencia creciente¹, para la que aún no existe una definición unívoca y en la que aún permanecen múltiples puntos oscuros en su patogenia.

Se acostumbra a definir la obesidad por el exceso del tejido graso (que no es sinónimo de exceso de peso), pero la mayor parte de la grasa se deposita en la tejido subcutáneo y perivisceral; esta definición no es exacta porque además también va acompañada por aumento del tejido magro. Por otra parte, no existe ningún método de medida de la grasa subcutánea fácil de realizar, preciso, reproducible y correlacionable con la morbilidad presente y futura. No obstante, las medidas antropométricas resultan eficaces y baratas para la medición de la grasa subcutánea².

Mayores dificultades pueden encontrarse en la medición de la grasa perivisceral, que se puede hacer, de forma indirecta, por las alteraciones metabólicas que se pueden valorar en la clínica³⁻⁵.

La normalidad de la adiposidad se puede basar en criterios estadísticos que son los más utilizados. Se debe comparar la adiposidad de un individuo con la de una población de referencia, pero que no será utilizable para otra población. No es aceptable que unas tablas antropométricas realizadas en la población de un país subdesarrollado puedan considerarse "normales" o "adecuadas" para esa población. Por otra parte, existen factores individuales en los que un determinado sobrepeso puede ser beneficio-

so como, por ejemplo, con un crecimiento rápido o en una enfermedad prolongada o en un embarazo⁶.

En la práctica médica el criterio más habitual para definir la obesidad es de tipo estadístico y está relacionado con los cambios del peso para la talla como la situación en que la relación entre el peso actual y el peso ideal, según la talla, es mayor de 120 por ciento para la edad y sexo. Este concepto coincide con un grosor del pliegue cutáneo tricipital mayor del percentil 85 (p85).

Actualmente se recomienda utilizar el índice de masa corporal (IMC) o índice de Quetelet que se expresa en peso (kg)/talla² (metros) y se considera obesidad cuando sobrepasa +2DS. Existen gráficos y tablas en que se señalan percentiles de población española⁷.

Este índice, a pesar de su difusión, recibe muchas críticas porque no distingue el exceso de peso entre la grasa corporal y la masa muscular, por lo que no es válido en sujetos musculosos y embarazadas, y en los niños se modifica con la edad, al contrario que en los adultos, que es constante. En los infantes y adolescentes aumenta en el primer año de vida; posteriormente desciende para volver a subir a partir de los 6 años.

PREVALENCIA

La incidencia de la obesidad y su prevalencia exacta es difícil de precisar, pues depende de los criterios utilizados para su definición (método de medición, población de referencia utilizado y límite entre normal y patológico).

La información referente a la epidemiología de la obesidad en España cuenta con la dificultad de la disparidad de criterios utilizados por los distintos grupos de trabajo. La Subdirección General de Epidemiología del Ministerio de Sanidad y Consumo publicó en 1999 un estudio⁸ basado en la Encuesta Nacional e Salud Española de 1987, siendo la prevalencia global de obesidad para mayores de 20 años del 7,8%, con mayor número en el sexo femenino, y aumentado también con la edad y la disminución del nivel cultural⁹.

La prevalencia en la infancia es un importante factor predictivo para la edad adulta. El riesgo de perpetuar la obesidad es dos veces superior para los niños obesos y el incremento de obesidad entre los 5 y 7 años y en la adolescencia (períodos críticos) aumenta el riesgo de continuar en la madurez.

En distintas comunidades de nuestro país (Madrid, Cataluña, País Vasco) se encuentran datos diferentes. Así, en la Comunidad de Madrid se encuentra una prevalencia del 14,3% en niños y 6,4% en niñas, en tanto que en Cataluña se refiere un 18,6% y un 5,4%, respectivamente, y en Bilbao, la prevalencia se mantiene estable en la población infantil, en torno al 6,1%, aumentando a 2% en la adolescencia, posiblemente por hábitos sedentarios y menor consumo de alimentos vegetales¹⁰.

Según datos propios, pendientes de publicación, cuatro de cada 100 jóvenes de 19-20 años, en nuestro medio, son obesos, y la prevalencia de la obesidad masculina es el triple que el de la femenina¹¹.

IMPORTANCIA

La importancia de la obesidad infantil deriva de su persistencia en la edad adulta y del conocimiento de que favorece el desarrollo de hipertensión, hipercolesterinemia y diabetes tipo II, que constituyen a su vez los factores de riesgo más importantes de enfermedad cardiovascular. Pero no hay que esperar a la edad adulta para encontrar esta morbilidad; en el niño obeso existe ya una acumulación importante de factores de riesgo como son su perfil adverso de lipoproteínas, hipertensión arterial e intolerancia a hidratos de carbono, con hiperinsulinismo y el desarrollo ya desde etapas precoces del síndrome metabólico que tendrá su mayor expresión en el adulto obeso.

El interés de la obesidad también radica en el conocimiento de la fisiología del tejido adiposo que se ha

transformado en los últimos años en una verdadera glándula endocrinológica con secreción de hormonas y los péptidos parcialmente conocidos en su función.

Las bases genéticas, que cada vez toman mayor cuerpo, de la posible expresión de diversos genes ante estímulos ambientales (nutrición, sedentarismo) centran también la atención.

La dificultad actual del tratamiento, centrado en la dieta y el ejercicio, permitirán establecer otras conductas terapéuticas, derivadas de los avances en la investigación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Troiano RP, Flegal KM. Overweight children and adolescents: description, epidemiology demographics. *Pediatrics* 1998; 101:497-504
2. Bermúdez de la Vega JA. Obesidad. Trastornos de la conducta alimentaria (anorexia y bulimia nervosa). En: Cañete Estrada R, Fernández García JM, Martínez-Aedo Ollero M^aJ, Ródenas Luque G, eds. Manual de Endocrinología Pediátrica para Atención Primaria. 1^a ed. Madrid. Aula Médica, 2000: 139-151.
3. Martos R, Ruz F^oJ, Valle M, Gascón F, Bermudo F^o, Cañete R. Niveles elevados de alanina aminotransferasa y colinesterasa en niños obesos prepúberes: correlación con la concentración de insulina basal e índices antropométricos. *An Esp Pediatr* 2000; 53: 330-334.
4. Gascón F, Valle M, Martos R, Ruz FJ, Ríos R, Montilla P, Cañete R. Sex hormone-binding globulin (SHBG) as a marker for hyperinsulinemia and/or insulin resistance in obese children. *Eur J Endocrinol* 2000; 143:85-89.
5. Valle M, Gascon F, Martos R, Ruz FJ, Bermudo F, Ríos R, Cañete R. Infantile obesity: a situation of atherothrombotic risk? *Metabolism* 2000; 49:672-5.
6. Hermoso López F. Obesidad infantil. Concepto, valoración, clasificación, etiopatogenia, bases genéticas. En: Cañete Estrada R, Fernández García JM, eds. Actualizaciones en Endocrinología Pediátrica. Madrid. Ergon. 2002: 81-93.
7. Hernández M, Castellet J, Narvaiza JL, et al. Curvas y tablas de crecimiento. Instituto de Investigaciones sobre crecimiento y desarrollo. Madrid. Fundación Orbegozo. Garsi, 1988.
8. Goday A. Epidemiología de la obesidad: estado actual de la obesidad en España. *Nutr Clin* 1999; 3: 37-46.
9. Sconfield N, Warden CH. Obesidad en niños. *Pediatr Clin North Am* ed esp. 1997; 2: 361-385.
10. Moreno Esteban B, Hernández Alonso E. Obesidad Infantil. *Endoc Nut* 2000; 47: 55-59.
11. Landauro Comesaña C. Tesis Doctoral. Universidad de Córdoba, 2002.