

Obesidad infantil y adolescente: un desafío para la prevención

Dra. Elvira B. Calvo*

La obesidad es uno de los problemas de salud más comunes en niños y adolescentes, y se documentaron aumentos en su prevalencia en las últimas décadas. Las tasas más altas se observan en EE.UU. y Europa, pero la tendencia de incremento es bastante generalizada en países tan diversos como Brasil y China. En un estudio reciente¹ se analizaron las tendencias del sobrepeso en niños y adolescentes de 6 a 18 años según niveles de índice de masa corporal (IMC) para la edad recomendados por la *International Obesity Task Force* en 4 países y en un período que va de 6 a 20 años, según el país. Las tendencias del sobrepeso son las siguientes:

Brasil	de 4,1% a 13,9%
China	de 6,4% a 7,7%
EE.UU.	de 15,4% a 25,6%
Rusia	de 15,6% a 9,0%

(es el único caso con tendencia inversa)

La tendencia al aumento de la obesidad en los niños podría ser el resultado de cambios culturales y ambientales relacionados con la inactividad física en las sociedades modernas y se considera que los riesgos están más relacionados con circunstancias externas que personales o genéticas.²

En nuestro país, también hay algunas evidencias de una tendencia creciente en muestras de población comparable. Por ejemplo, en los varones de 18 años de edad convocados al Servicio Militar Obligatorio se realizaron encuestas en diferentes años. Entre 1987 y 1993 el sobrepeso (IMC >25) aumentó de 14,7% a 19,5% en todo el país; fenómeno generalizado a todas las jurisdicciones con la única excepción de Tierra del Fuego y Neuquén, que ya presentaban cifras elevadas en la encuesta anterior.³

En el caso de los niños pequeños, se pueden comparar datos de dos encuestas realizadas en el Gran Buenos Aires sobre muestras probabilísticas de población^{4,5} en

los años 1986 y 1999, respectivamente. En los menores de 2 años de edad el sobrepeso –medido por peso/talla >2 desvíos estándar de la referencia del National Center for Health Statistics (NCHS)– pasó de 2,5% a 5,7% en ese lapso. En este grupo etario, sin embargo, se registran las menores prevalencias de sobrepeso. En el Gran Buenos Aires (1999), la tendencia aumenta con la edad, y llega al 12,4% en el grupo de 5 a 6 años; lo mismo ocurrió en un estudio de la ciudad de Córdoba⁶ donde el sobrepeso aumentó de 5,3% en los menores de 2 años a 12,1% a los 5 años de edad.

La persistencia de la obesidad desde la infancia o adolescencia hasta la adultez ha sido demostrada constantemente en todas las poblaciones en las que ha sido estudiada.

Ver artículos
relacionados en
las páginas 360,
367 y 368

Muchas de las complicaciones metabólicas y cardiovasculares y algunas formas de cáncer asociadas con la obesidad del adulto tienen su comienzo en la infancia y la comprensión de las relaciones entre la obesidad del niño y el adolescente y la del adulto es valiosa para tratar de implementar medidas adecuadas para su tratamiento y prevención.

La evidencia proveniente de diversos estudios en animales y en seres humanos demuestra los lazos entre la desnutrición temprana y la salud en la vida adulta. Los niños con bajo peso al nacer que luego desarrollan sobrepeso en la vida adulta son particularmente susceptibles a la acumulación selectiva de grasa abdominal,⁷ que a su vez está positivamente correlacionada con el riesgo de desarrollo de hipertensión, diabetes mellitus no insulino dependiente y enfermedad cardiovascular. Cuando un feto es privado de los nutrientes adecuados, su metabolismo se adapta para hacer un mejor uso de lo disponible. Sin embargo, estos cambios metabólicos pueden ser una desventaja en un estadio ulterior de la vida con acceso ilimitado

* Departamento de Nutrición.
Ministerio de Salud de la Nación.

do a los nutrientes.

Los artículos originales presentados en este número tienen la importancia de destacar a la obesidad infantil como problema de salud pública, reflejo de la transición epidemiológica-nutricional en la que está inserto nuestro país.

La situación actual de crisis, con un aumento significativo de la población bajo la línea de indigencia y, por lo tanto, con un alto riesgo de desnutrición infantil, se instala sobre un escenario de transición avanzada y no debe hacernos olvidar la tendencia de más largo plazo hacia el aumento de la obesidad infantil y adolescente.

En una perspectiva de salud pública, se debe tener en cuenta que los países en desarrollo tienen una doble carga creciente de enfermedad: las enfermedades infecciosas, la desnutrición y la mortalidad infantil, junto con las enfermedades crónicas no transmisibles asociadas con la alimentación. Tanto como los obvios efectos sobre la salud, esta doble carga tiene consecuencias económicas y sociales muy graves. El tratamiento de las enfermedades crónicas no transmisibles del adulto es mucho más costoso que las estrategias preventivas. Favorecer el tratamiento antes que la prevención es un error que ya cometieron los países desarrollados.

En este sentido, la información que proveen los tres artículos sobre obesidad infantil, caracterizando a las poblaciones en sus factores de riesgo y demostrando que ya en esta etapa temprana están presentes algunas características clínicas y metabólicas del síndrome X, debe movilizar a los pediatras a la adopción de estrategias preventivas adecuadas.

Desde antes del nacimiento en adelante hay un potencial para la obesidad. La infancia y la adolescencia son tiempos cruciales para la prevención. Muchos de los factores predisponentes pueden ser prevenidos o minimizados a través de estrategias educativas que promuevan estilos de vida y de alimentación más saludables.

No se trata sólo del consejo individual ante un niño con factores familiares de riesgo, cuyo peso en el desarrollo de obesidad es demostrado por estos artículos, en coincidencia con la bibliografía internacional.

Si se consideran las dificultades del tratamiento efectivo de esta patología, las estrategias

de prevención deben tener un carácter más universal, a través de la promoción de la lactancia materna exclusiva y de una alimentación adecuada desde el inicio de la complementación en los niños pequeños.

También es preciso generar conciencia en la sociedad, de manera de crear las condiciones que hagan segura, posible y placentera la actividad física para que se incorpore como parte de los hábitos saludables en el niño, el adolescente y el adulto.■

BIBLIOGRAFÍA

1. Wang Y, Monteiro C, Popkin BM. Trends of obesity and underweight in older children and adolescents in the United States, Brazil, China and Russia. *Am J Clin Nutr* 2002; 75(6):971-7.
2. Popkin BM. The nutrition transition and its health implications in lower-income countries. *P Health Nutr* 1998; 1:5-21.
3. Calvo E (ed.). Estudios antropométricos en la población infanto-juvenil. República Argentina 1993-1996. Dirección de Salud Materno Infantil, Ministerio de Salud. Buenos Aires, 1999.
4. Calvo EB, Carmuega E, Gnazzo N, y col. Evaluación del estado nutricional de la población de niños de 9 a 24 meses de edad residente en los partidos del Gran Buenos Aires. *Arch. argent. pediatr* 1991; 89:132-141.
5. Díaz A, Jaquenod M, Rúgolo E, y col. Encuesta nutricional a niños/as menores de 6 años de la provincia de Buenos Aires. Proyecto NUTRIABA. Resultados antropométricos. Abstract # EN26, XII Congreso Latinoamericano de Nutrición. Buenos Aires, 2000.
6. CESNI-CLACYD. Encuesta de salud, nutrición y desarrollo. Mamás y niños del 2000. Ciudad de Córdoba, 2000.
7. Law CM, Barker DJP, Osmond C, et al. Early growth and abdominal fatness in adult life. *J Epidemiol Com Health* 1992; 46:184-186.