



evidencia
en cuidados

Centro español para los cuidados
de salud basados en la evidencia
www.evidenciaencuidados.es

Clara Isabel Tejada Garrido, Servicio Riojano de Salud.

Intervenciones dietéticas efectivas para el tratamiento del sobrepeso y la obesidad infantiles.

Referencia

Disponible en

http://www.evidenciaencuidados.es/BPIS/PDF/2007_11_1_NinosObesos.pdf

Artículo recibido el 05 de Junio de 2018

Aceptado el 01 de Julio de 2018

ene
revista de enfermería

RESUMEN

Introducción

En los últimos años la incidencia de obesidad infantil se ha disparado a nivel mundial. Además de los problemas físicos, la obesidad también causa problemas psicosociales como acoso escolar, discriminación, baja autoestima y un peor rendimiento académico en adolescentes. Y aunque las consecuencias de este problema a largo plazo necesitan de una mayor evidencia, varios estudios han demostrado que los niños con sobrepeso u obesidad tienen mayores tasas de mortalidad. Los factores que están contribuyendo a este aumento de las tasas de obesidad infantil son: un cambio en el consumo de alimentos y bebidas hipercalóricos y ricos en azúcar con precios muy bajos; una disminución de la actividad física y un aumento del sedentarismo relacionado con el uso de aparatos electrónicos (videojuegos, ordenadores, televisión).

La evidencia indica que para reducir el peso de los niños con sobrepeso y obesidad es necesaria la intervención combinada de dieta, terapia del comportamiento y ejercicio.

Objetivo

El objetivo de este Best Practice Information Sheet (BPIS) es presentar la mejor evidencia disponible sobre la efectividad de las intervenciones dietéticas para el tratamiento del sobrepeso y la obesidad infantiles.

Métodos, fuentes de datos

Se revisaron 88 estudios, 37 ensayos clínicos aleatorios (RCTs) que incluían más de 2200 participantes y 51 ensayos clínicos no aleatorios con aproximadamente 6000 participantes.

De los 37 ensayos clínicos aleatorios, la mayoría tuvo lugar en Estados Unidos.

Participantes

Niños y adolescentes menores de 18 años con sobrepeso u obesidad según tres criterios:

- Mayor o igual al IMC de un adulto equivalente de 25 años.
- Mayor o igual al percentil 85 del IMC de la edad apropiada.
- Mayor o igual al 120% del peso ideal con respecto a la altura.

Y/o familias completas.

Tipos de intervención

- Sólo intervención dietética.
- Intervención dietética combinada con:
 - actividad física
 - terapia del comportamiento
 - modificación y reducción del comportamiento sedentario
 - terapia cognitiva.

Las variables estudiadas fueron:

- Ensayos clínicos aleatorios: % de sobrepeso, IMC estandarizado, valor z del IMC, % de grasa corporal, % de masa corporal magra, % de pérdidas de peso.
- Ensayos clínicos no aleatorios: % peso ideal, exceso de peso con respecto a la altura, % de peso relativo, Índice de Rohrer, IMC o cambios relativos al IMC.

Resultados

Los autores de la revisión sistemática concluyeron que había un alto grado de heterogeneidad entre los 88 estudios, lo que significa que muy pocos resultados podrían ser combinados para un metaanálisis y una comparación efectiva. Las intervenciones consistieron, bien en sólo una intervención dietética, o bien en dicha intervención combinada con otros componentes.

Encontramos variaciones en las prescripciones dietéticas utilizadas:

- La dieta del Semáforo (o señal de Stop): es una estrategia hipocalórica donde los alimentos son categorizados por colores. El color indica la frecuencia recomendada de ingesta de ese alimento al día. Además, recomienda el número de raciones diarias/semanales para cada grupo de alimentos.

Administrar y monitorizar esta dieta demostró ser efectiva como intervención familiar. Las familias han logrado reducir el número de raciones totales, los alimentos en "rojo" a la mitad y aumentar el consumo de alimentos en verde.

- Ayuno modificado con ahorro proteico: dieta baja en carbohidratos, grasas y calorías y rica en proteínas. El mayor inconveniente de esta prescripción dietética es que requiere una estrecha supervisión médica.

Un estudio demostró que tras 8 semanas se produjeron reducciones significativas del % de sobrepeso y un aumento de la masa magra tanto en niños pre-púberes como en adolescentes.

Dos estudios demostraron reducciones significativas del IMC y del % del peso a los 6 meses y al año de seguimiento.

Una intervención de 10 semanas en niños de 8-18 años demostró mejores marcadores de resistencia a la insulina y pérdida de peso relativa.

Así mismo es importante destacar aquellos ensayos clínicos aleatorios frente a los ensayos clínicos no aleatorios.

- Ensayos clínicos aleatorios:

Un metaanálisis con ocho estudios con un componente dietético y un grupo control, demostraron que las intervenciones con componente dietético eran efectivas para lograr una pérdida de en niños y adolescentes.

Otro estudio que combinó dieta y cambios en el comportamiento (con o sin ejercicio) tuvo una pérdida de grasa corporal de alrededor de un 3%.

- Ensayos clínicos no aleatorios:

12 estudios indicaron que cuando se usó alguna forma de grupo control (lista de espera, control de no obesos, control de obesos, control alternativo), la pérdida de peso resultó ser mayor cuando el grupo control era obeso.

Hay que destacar dos estudios en los que todos los participantes perdieron peso en relación a la altura al combinar una dieta baja en grasas con terapia cognitivo conductual y un incremento de la actividad física.

Un estudio que comparó un grupo con dieta, en oposición a dieta con entrenamiento físico, concluyó que en ambos grupos se consiguió una reducción significativa del IMC.

Recomendaciones

Este BPIS aporta las siguientes recomendaciones dietéticas para el tratamiento del sobrepeso y la obesidad infantiles:

- Las intervenciones que combinan un componente dietético, ejercicio físico y/o terapia del comportamiento son efectivas para tratar la obesidad infantil a corto plazo (Grado A).
- Aunque existe un número limitado de estudios a largo plazo, éstos sugieren que la efectividad de una intervención dietética disminuye con el tiempo (Grado A).
- La dieta del semáforo (Traffic Light) (o señal de stop -Stoplight-) es efectiva para reducir la ingesta total de calorías, especialmente de alimentos no básicos o alimentos “en rojo”, sin embargo, se necesitan más estudios para establecer una efectividad a largo plazo (Grado B).
- Una intervención dietética específica conseguirá una mayor pérdida de peso que un consejo general o no específico (Grado B).
- En ausencia de consejo de la opinión de expertos, un enfoque racional es basar las intervenciones en datos observacionales y epidemiológicos. Es apropiado centrarse en un aumento del consumo de fruta y verduras, y una reducción de alimentos y bebidas calóricas y poco nutritivos (Grado B).
- Un tratamiento precoz puede evitar las consecuencias en la salud física y psicológica que pueden surgir si los niños obesos y con sobrepeso se convierten en adultos obesos (Grado C).

COMENTARIO (extensión máxima: 1000 palabras)

Los diferentes estudios analizados en este BPIS se caracterizan por la gran heterogeneidad que hay entre ellos. Por lo tanto, las conclusiones son muy variadas. No obstante, esta idea nos lleva a concluir que el abordaje dietético del tratamiento del sobrepeso y de la obesidad infantil no es único y excluyente. Esta visión puede ayudarnos a los profesionales sanitarios a poder aplicar diferentes tratamientos dietéticos en un paciente hasta encontrar aquel que se le adapte mejor. Y lo más importante, sea eficaz y efectivo a largo plazo.

En los países industrializados, las deficiencias nutricionales graves en la infancia y la adolescencia prácticamente han desaparecido; sin embargo, en el curso de los

últimos años se ha incrementado progresivamente la incidencia y prevalencia de la obesidad infantil y juvenil, constituyendo el trastorno nutricional de mayor relevancia en nuestro medio y un problema sanitario de gran trascendencia. Tenemos que tener en cuenta que, la mayoría de los niños con sobrepeso u obesidad lo seguirán siendo de adolescentes y en la edad adulta, con el riesgo sobreañadido de una mayor morbimortalidad¹.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) lanzó las primeras señales de alerta sobre el incremento del sobrepeso y la obesidad infantil, hace ya casi una década². Y hoy en día podemos considerar este problema de salud como una “epidemia global”.

La nutrición, a lo largo de la vida, es uno de los principales determinantes de la salud, del desempeño físico y mental y de la productividad. La mala nutrición (tanto la desnutrición como el exceso en la ingesta) tiene causas complejas que involucran determinantes biológicos, conductuales, socioeconómicos, ambientales y culturales³.

La importancia de este problema de salud no solo radica en el aumento de peso, sino además en la infinidad de patologías que se derivan de ella tanto física como psicológicas, así como los problemas de connotación social y de salud pública que comporta. Entre las consecuencias más importantes de la obesidad se encuentran el aumento de la morbilidad y mortalidad del individuo, lo que se traduce en una menor esperanza y calidad de vida. Aunque suene alarmante y alarmista, ya se habla de generaciones que van a vivir menos que sus progenitores debido, entre otras causas, a un exceso de peso y las consecuencias de esto para la salud.

Se estima que un 40%, o más, de los niños, y un 70% o más de los adolescentes con obesidad, llegarán a ser adultos obesos, con un impacto negativo en la salud y en la carga de enfermedad⁴.

La obesidad es una enfermedad crónica. Por tanto, precisa frecuentes visitas, monitorización continua y refuerzo para obtener éxito.

El tratamiento de la obesidad no es fácil y en la mayoría de los casos conduce al fracaso. Los resultados obtenidos a largo plazo son desalentadores y muestran que del 80% al 90% de los niños vuelven a su percentil de peso previo siendo la tasa de recidiva comparable a la de los adultos⁴. El objetivo principal de cualquier tratamiento del sobrepeso u obesidad es conseguir un peso adecuado a la talla y conservar posteriormente un peso dentro de los límites normales, junto a un crecimiento y desarrollo normales. El punto clave del tratamiento de la obesidad, se nos antoja pensar que debería ser la alimentación saludable y el aumento de la actividad física. Pero, hasta ahora, los tratamientos tradicionales para tratar el sobrepeso y la obesidad sólo han obtenido resultados a corto plazo. Por esta razón, la mejor intervención para este problema es la aplicación de tratamientos enfocados a modificar los hábitos alimentarios insanos e incrementar una vida activa, junto con determinados componentes de modificación comportamental, con el objetivo final de lograr estilos de vida saludables duraderos.

La terapia cognitivo conductual (TCC) se encuentre entre las opciones de tratamiento que más evidencia empírica tiene en cuanto a eficacia y efectividad para producir cambios terapéuticos en la pérdida de peso. Y como bien apuntan en el artículo, existe suficiente evidencia para aplicar la combinación del componente dietético, ejercicio físico y/o terapia del comportamiento. El mayor obstáculo que presenta la aplicación de las terapias del comportamiento se debe a que son tratamientos de larga duración y los sistemas sanitarios no las contemplan por sus altos costes y por la falta de profesionales formados en ello.

Pero otro componente fundamental en el tratamiento del sobrepeso y obesidad infantil es la familia. La familia constituye la unidad social fundamental a través de la cual las personas socializan el consumo de los alimentos⁵. El agente más importante en el tratamiento de la obesidad durante la infancia y adolescencia van a ser los padres. Cuando estos colaboran directamente en el tratamiento se obtienen mejores resultados, como demuestran algunos de los estudios referenciados. La colaboración con la familia es fundamental para que el tratamiento dietético pautado sea eficaz.

REFERENCIAS (máximo 5 referencias, estilo Vancouver)

1. Durá Travé T., Sánchez-Valverde Visus F. Obesidad infantil: ¿un problema de educación individual, familiar o social?. Acta Pediatr Esp. 2005; 63: 204-207
2. Martínez Rubio A. Prevención integral de la obesidad infantil: el Plan Andaluz. Rev Pediatr Aten Primaria. 2005;7 Supl 1:S21-34
3. Bernal Becerril ML., Ponce Gómez G., Sotomayor Sánchez SM., Carmona Mejía B. Impacto de una intervención educativa en escolares y madres de familia para la disminución de sobrepeso. Enf Neurol (Mex) 2012; 11(2):63-67
4. Liria R. Consecuencias de la obesidad en el niño y el adolescente: un problema que requiere atención. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2012; 29 (3): 357-60
5. González Rodríguez A. Concepciones y práctica reflexionada de docentes y enfermeras-os sobre la promoción de la alimentación saludable en la escuela. Investigación en la escuela; 2009: 87-98. Recuperado a partir de: <https://goo.gl/Z1vGU1>