



Jueves 16 de febrero de 2017

Mesa redonda:

**Sobrepeso y obesidad infantil:
no tiramos la toalla**

Moderadora:

Carmen García Rebollar

Pediatra. Consultorio Morlalzarzal. Madrid. Codirectora de FAPap.

- **¿Qué nos puede ayudar en consulta a mejorar nuestros resultados?**

Hernán Cancio López

Psicólogo. Director Instituto Antae. Madrid.

- **Sobrepeso y obesidad infantil: no tiramos la toalla**

Carlos Casabona Monterde

Pediatra AP en Santa Cristina de Aro. ABS Sant Feliu de Guíxols, ICS. Girona.

**Textos disponibles en
www.aepap.org**

¿Cómo citar este artículo?

Casabona Monterde C. Sobrepeso y obesidad infantil: no tiramos la toalla. En: AEPap (ed.). Curso de Actualización Pediatría 2017. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2017. p. 39-52.



Sobrepeso y obesidad infantil: no tiramos la toalla

Carlos Casabona Monterde

*Pediatra AP en Santa Cristina de Aro.
ABS Sant Feliu de Guíxols, ICS. Girona.
ccasabona2@gmail.com*

RESUMEN

A pesar de numerosas campañas, las cifras de sobrepeso y obesidad infantil son muy elevadas y afectan sobre todo a las capas más desfavorecidas de nuestra sociedad. Los pediatras de Atención Primaria estamos obligados a responder ante la comunidad, de manera decidida, comprometida y con métodos científicos, para impedir que los niños actuales sean adultos enfermos, pues hay clara evidencia de que el exceso de peso infantil, es un factor de riesgo que condicionará la aparición de patologías como diabetes tipo 2, algunos tipos de cáncer, enfermedades cardiovasculares y trastornos osteoarticulares y psicológicos. Consideramos que la intervención en edades tempranas mediante la entrevista motivacional para promover un cambio de hábitos en la familia y el apoyo psicológico, son vitales en el nuevo enfoque del problema, sin descuidar la actualización nutricional, desterrando mitos anclados en algunas guías oficiales, y fomentar el aumento de la actividad física.

Ofrecemos en este trabajo, innovación y creatividad, con nuevas perspectivas y herramientas prácticas que deberán compensar las estrategias poco éticas que bordean la ilegalidad de parte de la industria alimentaria que incumple códigos de regulación e interfiere con las políticas sanitarias gracias a su influencia a través de la publicidad y de su inmenso poder económico. Los pediatras debemos exigir a los políticos y a los médicos que ocupan puestos de responsabilidad en la industria y en el Gobierno, que

combatan la epidemia con mayores inversiones y trabajen con expertos sin conflictos de interés para invertir la tendencia; es de justicia.

INTRODUCCIÓN

Las cifras de sobrepeso y obesidad infantil en nuestro país son muy elevadas desde hace décadas. Varían de una comunidad a otra y según estrato socioeconómico, son conocidas y demuestran el fracaso¹ de nuestra labor como pediatras de Atención Primaria (AP) y de las políticas sanitarias que, influenciadas por una poderosa, aunque necesaria industria alimentaria (IA)², se han visto incapaces de rebajarlas y tratar el exceso de peso infantil (EPI).

Casi todos los países de nuestro entorno tienen el mismo problema, aunque según algunos estudios ocupamos la primera³ o la segunda plaza^{4,5}. En el Reino Unido (UK) llevan tiempo investigando la epidemia global de obesidad, tanto en adultos como en niños, y han hecho grandes estudios y protocolos, que han culminado en la elaboración de un ambicioso plan a 40 años vista⁶. En nuestro país, a pesar de diversos programas oficiales instaurados hace más de 10 años, el fracaso es evidente y lo más preocupante es que no hay metas definidas ni proyectos a largo plazo ni propuestas concretas a sociedades científicas y agentes sanitarios sin conflictos de interés. Hay mucho trabajo por hacer y está claro que lo que hemos estado haciendo no ha funcionado, por lo que los pediatras, principales corresponsables, junto con las familias, de la salud de los niños a nuestro cargo, debemos mejorar nuestros métodos usando nuevas herramientas y distintos planteamientos. Debemos ser más combativos con este enorme problema ya que está en juego el futuro de nuestra infancia, y aunque ya es una frase tópica, es realmente preocupante que nuestros descendientes tengan una esperanza de vida menor que la nuestra.

MARCO TEÓRICO

Psicólogos^{7,8}, economistas, químicos⁹, filósofos¹⁰, técnicos en alimentación¹¹, abogados¹², dietistas-nutricionistas¹³⁻¹⁵, enfermeros¹⁶, médicos de familia, pediatras¹⁷⁻¹⁹, cardiólo-

gos, traumatólogos, expertos en salud pública²⁰ y medicina preventiva, profesores, pedagogos, maestros, periodistas^{21,22}, psiquiatras^{23,24}, entre otros profesionales cualificados, han manifestado a la comunidad científica sus opiniones y estudios sobre el problema del EPI y de la obesidad en los adultos. El problema ha sobrepasado el entorno sanitario para adentrarse en todos los campos que rodean la vida de un niño del siglo XXI. Los pediatras debemos de ser los principales agentes para intentar poner remedio a esta situación, sin exonerar nuestra responsabilidad manifestando que la culpa del problema es multifactorial, que los políticos deben legislar (o hacer cumplir las leyes que ya existen) sin dejarse influir por las empresas de alimentación y de bebidas, que la IA debería de ser más responsable o que lo que importa es una concienciación individual y familiar para cambiar hábitos perniciosos. Este discurso está gastado y es inútil: los políticos seguirán con sus conexiones (faltas de ética con demasiada frecuencia) con los representantes de la IA. Estos seguirán actuando como lobos empresariales que aplicarán todos los medios posibles, siempre en el límite de la legalidad, para ganar más dinero. Y respecto a la responsabilidad del individuo debemos hacer notar que la población afecta tiene verdaderos problemas a la hora de poder elegir alimentos saludables tanto por el intenso sabor de los alimentos hiperprocesados (algunos autores^{23,24} hablan de una verdadera adicción) como por el elevado precio de muchas de las opciones saludables. ¿Qué opción nos queda? Como la IA no cejará en su empeño, debemos de dar un paso adelante para colocarnos en el lado de las víctimas. ¿Cómo? Evidentemente, no acusándolas de vagas (están todo el día "tirados" en el sofá) y glotonas (son incapaces de controlar el impulso de comer alimentos sabrosos pero insanos), sino aplicando la ciencia: si tenemos un niño con una crisis asmática, usaremos un broncodilatador; si sospechamos que tiene una neumonía bacteriana daremos un antibiótico; si presenta EPI debemos de realizar intervenciones que tengan evidencia científica, y así, entre otras actuaciones, lo que las últimas revisiones sistemáticas recomiendan¹ es no culpabilizar y realizar con empatía una entrevista motivacional^{8,25,26} para cambiar los hábitos, no solo del niño, sino también los de su familia porque así nos aseguraremos de que estos cambios podrán ser llevados a cabo y mantenidos en el tiempo.

Hablaremos de sociología, de justicia y de moral, de psicología, de pobreza, de política, de nutrición (cómo no), de emociones y de redes sociales (RRSS) pues su uso es esencial para poder estar al día siguiendo a buenos profesionales y a sociedades científicas, debatiendo asuntos de interés mediante una fluida comunicación y constituyendo una sólida (bien usada) herramienta de seguimiento bidireccional con nuestros pacientes. Recomendamos blogs o perfiles de Twitter que están especializados en nutrición general y/o pediátrica, como: @JulioBasulto_DN; "El nutricionista de la general" de Juan Revenga; "Mi dieta cojea" de Aitor Sánchez; @EBaladia; @Gominolasdpetro de José Manuel Lurueña; @centinel5051; "Equilibra't", de Silvia Romero; @LaurasCasanova; @Nortesalud; @pedgastro; @Nutrinenes; @Nutrikids_; @24_zanahorias; @Alex4_8; @comocuandocomo; @OscarPicazo; @pzjarana, etc., además de perfiles habituales de entidades de prestigio: @AEP-ap; @evidencia; @AmerAcadPeds; @HarvardHealt.

Parece ser que actualmente en algunos países desarrollados (EE. UU., UK y España, entre otros) hay una suave estabilización –e incluso una leve bajada– de las cifras de obesidad infantil, pero solo en franjas muy estrechas de edad^{27,28} y en ciertas capas sociales de medio o alto nivel socioeconómico. Por otra parte, era difícil ir a peor habiéndose alcanzado unas cifras tan alarmantes de hasta un 45% en algunas comunidades autónomas (CC. AA.). Pero no podemos lanzar campanas al viento, como se ha hecho en los premios NAOS en Madrid, porque el problema sigue estando ahí y afecta sobre todo a los más desfavorecidos (en niños de etnia gitana las cifras llegan a un 58,5%).

Diariamente se publican trabajos sobre el EPI que relacionan la epidemia con múltiples factores: peso de la madre, cambios en la microbiota intestinal, disruptores endocrinos, nivel socioeconómico de los padres, número de hijos (a mayor número menor probabilidad de EPI), raza, horas de TV, horas de sueño^{29,30}, tráfico rodado del entorno, presencia o no de pabellones deportivos y parques infantiles así como su estado, adenovirus AD36, ingesta de medicamentos, elevada temperatura de las aulas, separación de los padres u otros sucesos graves, estrés, ausencia de lactancia materna, precio elevado de

frutas y verduras, bajo coste de la comida y bebida insana y de comidas fuera de casa, aumento de las porciones a la venta, exceso de celebraciones, no comer en familia, tabaquismo, introducción precoz de alimentos sólidos, mantener comida triturada más allá del año, forzar a comer, ingesta de preparados lácteos enriquecidos, sedentarismo, etc.

Algunas familias no soportan que el niño llore y tratan de amortiguar los pequeños contratiempos con *snacks* o refrigerios. Continuamente se ofrecen alimentos de alta densidad calórica para entretenimiento. Algunas guarderías³¹ y centros educativos también promueven ingestas frecuentes en etapas tan tempranas como de 0 a 3 años. Esta falta de hambre por la ingesta continua dificulta la aceptación de platos tradicionales de verduras, legumbres y frutas y altera los horarios tradicionales.

Se han llegado a contabilizar 109 factores que se pueden consultar en un atractivo mapa infográfico realizado por expertos en esta dirección: <https://www.gov.uk/government/publications/reducing-obesity-obesity-system-map>. En él encontramos un corazón central con los principales ítems y un complejo entramado de causas interrelacionadas; el mapa 34 muestra los factores implicados en el EPI.

No podemos dejar pasar el tiempo sin que los factores más objetivos y modificables puedan ser corregidos por actuaciones decididas, que contrarresten las tácticas que la IA desarrolla con sutileza, en connivencia con los poderes políticos, subvencionando y promocionando numerosos estudios favorables a sus intereses^{32,33}, y *publirreportajes*³⁴ en periódicos electrónicos disfrazados de aportaciones científicas novedosas.

En pocos países europeos los niños son vistos en primera instancia por pediatras por lo que las cifras de EPI en nuestro país tienen una connotación que nos castiga de manera insoslayable. Hay estudios que objetivan infrarregistro^{35,36}, y si el problema de salud no está registrado es más que probable que no se haya hablado de cómo afrontarlo; en nuestro país³⁵, se puede decir que en el grupo de edad de 3-4 años no llega al 1%.

Este infradiagnóstico por parte de los pediatras de AP puede suceder por tres motivos: 1) por no usar las gráficas recomendadas por la OMS; 2) por no medir, pesar y calcular el índice de masa corporal (IMC) en cualquier visita si no se hizo hace tiempo; 3) por no afrontar el rechazo de las familias cuando se les sugiere que sus hijos tienen EPI. Este es un diagnóstico incómodo para la familia y frustrante para el sanitario pues genera un clima emocional tenso y es tomado por los familiares como una crítica a la calidad de los cuidados que vierten sobre su prole, además de no estar de acuerdo con la visión del profesional^{37,38}.

Debemos entrenar las habilidades necesarias para poder llevar a cabo actuaciones de calidad, sin culpabilizar; aprendiendo a comunicar y así mejorar la adherencia y facilitar cambios de conducta.

Además de nuestro cambio de actitud y adquisición de nuevas habilidades, necesitaremos convencer a nuestros políticos para que intervengan de manera valiente, eficaz y decidida estableciendo tasas fiscales a determinados grupos de productos (la OMS recomienda que sean tasas del 20% como mínimo), elaborando nuevas normativas que tengan rango de leyes pues la autorregulación no ha sido eficaz. Los pediatras y los nutricionistas deben ser agentes de primer orden a la hora de diseñar las políticas sanitarias que regulen la alimentación de la infancia sin la injerencia de los directivos¹² de la IA.

PROPUESTAS

Consenso en el uso de gráficas de peso, talla, circunferencia de cintura (CC) e IMC: el uso de las mismas gráficas para el diagnóstico de EPI es prioritario, tanto para la clínica diaria como para la realización de estudios que permitan determinar con más exactitud la verdadera dimensión del problema. La Guía Práctica Clínica³⁹ sobre la Prevención y el Tratamiento de la Obesidad Infantojuvenil (GPCOI) del 2009 y el grupo Gastro de Madrid⁴⁰ de la AEPAP recomendaban las gráficas Hernández-Orbegozo del 1988 por estar realizadas antes del inicio de la epidemia y desaconsejan las gráficas Sobradillo publicadas en 2004 y 2011 y las gráficas Estu-

dios Transversales Españoles de Crecimiento (ETEC) 2008, reconociendo también en el grupo de Madrid la idoneidad de las gráficas de la OMS. En otros trabajos^{35,41} recomiendan usar estas, mejor que las de Hernández-1988, por haber encontrado diferencias significativas y considerarlas más apropiadas.

En la web <https://www.gastroinf.es/nutricional> hay una aplicación informática en la que tras introducir los datos antropométricos se puede escoger entre 7 opciones: Hernández 88, ETEC, OMS, Carrascosa, Fernández 2011, ENKID 2002 y Sobradillo 2004. En el caso de usar estas últimas, que suelen estar incorporadas a la historia electrónica, se podría subsanar el sesgo de infravalorar el sobrepeso, adoptando el p75 como punto de corte. Escoger las gráficas OMS podría hacer que todos habláramos el mismo idioma; 150 países lo han hecho, lo que traduce su validez internacional.

Así, para el diagnóstico de sobrepeso y obesidad en la infancia, según el último informe de la OMS², los criterios a seguir serían los siguientes:

■ De 0 a 5 años (gráfica de peso para la estatura):
RSP > 1 DE; SP > 2 DE; OB > 3 DE.

■ De 5 a 19 años (gráfica de IMC):
SP > 1 DE; OB > 2 DE.

Actitud intervencionista con el EPI: Debemos aprovechar cualquier visita espontánea para pesar, tallar y anotar los datos en la historia clínica (el IMC lo calculará el programa). Por debajo de los 10-12 años es poco frecuente la solicitud de visita para solventar dudas acerca del peso y de la grasa abdominal de los niños; las familias consultan cuando el EPI ya está provocando problemas de autoestima, de acoso escolar o padecimientos físicos como el dolor osteoarticular en tobillos, rodillas o caderas. El hecho de pesar y tallar no debe de ser visto como una intromisión en la esfera familiar o una acción fuera

* En el grupo de edad de 0 a 5 años, la categoría RSP (riesgo de sobrepeso) no figura en el informe mencionado pero es definida en: de Onis M, Lobstein T. Defining obesity risk status in the general childhood population: which cut-offs should we use? *Int J Pediatr Obes.* 2010;5:458-60.

de lugar. Sea para calcular las dosis de antitérmico o de cualquier otra medicación que pudiera necesitar, siempre tendremos una razón para hacerlo, simplemente haciendo hincapié en el crecimiento más que en el peso para evitar “rechazo” en el caso de que nos enfrentemos con un evidente sobrepeso y no fuera el motivo de consulta. En otros países, cada curso, los colegios entregan a los pediatras de primaria datos antropométricos de todos los alumnos, ya que ellos tienen la oportunidad de disponer, en el tiempo dedicado a la actividad física, a los niños agrupados y con ropa deportiva.

La medida de la circunferencia de la cintura (CC)²⁵ es un dato que puede ser útil para valorar aquellos casos de EPI en los que la adiposidad abdominal sea evidente y pueda suponer un riesgo cardiovascular y/o metabólico añadido, pues es bien conocida la correlación que existe entre la grasa abdominal y visceral con el desarrollo de patología cardiovascular y metabólica. En algunas ocasiones, podemos encontrar niños con un IMC normal pero con una CC por encima del percentil 90, lo que nos ayudaría a realizar un seguimiento cuidadoso del caso y aplicar las mismas intervenciones que si tuviera EPI. Por otro lado, hay que tener en cuenta que el IMC en adolescentes varones musculados podría ser elevado y un valor normal de CC podría ayudar a no considerarlo como EPI.

Cambios en el programa del niño sano: el programa del niño sano debe adaptarse a esta epidemia y contemplar una revisión anual de todos los niños, en la que la antropometría y la revisión de los hábitos dietéticos y de actividad física debe ocupar una parte fundamental de la visita. A este respecto, las visitas a los 4, 5 y 6 años son muy importantes, pues en ellas es frecuente que comience el cambio de pendiente de la gráfica del IMC con una aceleración marcada, iniciándose el EPI; es lo que se conoce como rebote adiposo precoz que se asocia a un mayor riesgo de obesidad en la edad adulta. No es pues de extrañar que la OMS recomiende concentrar los esfuerzos en la edad preescolar^{2,42}. Por todos estos motivos, los cupos de Pediatría no deben sobrepasar los 800-900 pacientes, para tener agendas que puedan admitir estas nuevas propuestas y poder dedicar atención de calidad a las familias.

Incentivación del diagnóstico y seguimiento del EPI: el primer paso es que se “premie” como ítem de primera magnitud en la ficha anual de objetivos, el registro y la posterior actividad consecuente al diagnóstico. En algunas CCAA ya se ha comenzado a incluir el registro del IMC como dato importante para el cribado de EPI, pero sin que se valore el número mínimo de diagnósticos que podría esperarse ni las intervenciones que deberían derivarse del registro de los mismos, ni los efectos o resultados positivos de dichas intervenciones que pudieran revertir en una bajada del IMC.

Adaptación de las intervenciones preventivas al grupo de edad:

- Etapa lactante (0-2 años): alentaremos la **lactancia materna** hasta los dos años como mínimo pues es un conocido factor preventivo contra el EPI. A partir del 6.º mes, en la alimentación complementaria evitaremos productos industriales azucarados respetando signos de saciedad como retirar la cara o cerrar la boca. La alimentación complementaria guiada por el bebé (*baby led weaning*) respeta su apetito y estimula la autonomía, por lo que también puede ayudar a prevenir un futuro EPI. Es necesario comentar a la familia que el llanto del bebé no siempre se debe identificar con “hambre” pues en muchas ocasiones corresponde a la necesidad de contacto y calor humano. A partir del año, si hay lactancia artificial, se debe abandonar el biberón y la comida triturada para estimular la toma de leche en vaso y la masticación. Los leches de crecimiento, sobre todo aquellas que tienen azúcares añadidos (hasta un 37% los llevan), cereales, galletas o cacao, son innecesarias y potencialmente obesógenas. Evitar dosis altas de proteínas (por ejemplo, comer carne al mediodía y pescado por la noche) también puede ayudar a prevenir el EPI; también se recomienda, con la misma finalidad, en el caso de que haya lactancia artificial, tomar la fórmula de inicio todo el primer año.
- Etapa preescolar (3-5 años): es importante ofrecer raciones adecuadas sin coaccionar; además de evitar malas costumbres como distraerles con pantallas o

demasiadas celebraciones con comida insana. Ya podemos comenzar a reconocer los disparadores del deseo de comer sin hambre: aburrimiento, publicidad, ver comer a los adultos. No tener en casa alimentos insanos es la mejor manera de evitar su consumo, además de dar ejemplo.

- **Etapa escolar (6-11 años):** todos los ítems del punto anterior son aplicables en esta etapa, que es cuando suele comenzar el despegue en el IMC. El niño que "no comía", ahora "ya come" para satisfacción de los familiares. El comienzo de actividades extraescolares no físicas (deberes, inglés, música...) resta tiempo de juego activo. Se debe recordar a la familia que las galletas son bollería y que la fruta se debe ingerir entera; los zumos, al no masticar ni llevar la fibra de la pulpa, no sacian y se ingieren azúcares libres que, en exceso, tienen un efecto lipogénico, estimulando la formación de triglicéridos a nivel hepático. En un zumo casero pueden ir 3 naranjas, mientras que es muy difícil que un niño coma 3 naranjas seguidas. Para la OMS⁵², los zumos, caseros o industriales, cuentan como azúcares libres los cuales se deben limitar a menos del 10% (mejor 5%) de la ingesta calórica total recomendada para la edad, es decir, menos de 12-15 g/día (3-4 cucharaditas) en niños pequeños o 18-20 g/día en adolescentes. Si tenemos en cuenta que un lácteo azucarado (yogures líquidos, batidos de chocolate...) puede llevar de 15 a 30 g, o que 3 galletas de chocolate suman 13 g, podremos comprender el disparate nutricional que supone la promoción e ingesta habitual de productos que se venden como saludables para niños cuando no lo son. El hecho de que algunos productos de este estilo lleven el sello de sociedades profesionales ya ha sido objeto de advertencias a cargo de la Organización Médica Colegial. A lo largo del año 2016, ya no existe la colaboración de la AEP con diversas marcas de galletas, aunque sigue habiendo sellos de diversas entidades profesionales en productos sin buen perfil nutricional.

La rapidez en la ingesta se ha descrito como uno de los hábitos observados en el EPI, por lo que debemos recomendar compañía y tiempo en la mesa, para masticar

bien y disfrutar del sabor de los alimentos, comiendo de manera relajada sin ver pantallas. Las cantidades deben ajustarse a la edad y actividad del niño. A partir de los ocho años un aumento rápido de más de dos unidades de IMC anual es un claro factor de riesgo para el EPI.

- **Adolescencia temprana:** la elección de las comidas y tentempiés son áreas de conflicto en esta etapa. Es fundamental una comunicación fluida y un buen ambiente emocional en la consulta y en casa. Los cronogramas de las comidas son complicados a estas edades y suelen saltárselas, cenar y recenar muy tarde por ver televisión o chatear hasta altas horas de la noche. Es importante explicar los peligros de las dietas "milagro", pues comienza el riesgo de aparición de los trastornos de conducta alimentaria.

- **Adolescencia:** la posibilidad de tener exceso de peso en la edad adulta sube al 80% si llegan a esta etapa con IMC altos, además de producirse un aumento de las comorbilidades⁴⁴ y limitaciones a la hora de hacer ejercicio. Suelen empeorar los conflictos de la adolescencia temprana por lo que el diálogo y consenso sobre el contenido de la nevera son fundamentales. También son objetivos directos de la publicidad incesante de productos insanos, incluidos los patrocinios de eventos musicales o deportivos, en este caso, con bebidas que tienen alcohol o mucho azúcar y cafeína. Merendar demasiado (o productos no saludables) suele ser también frecuente en esta etapa. En otros países no se merienda y se cena pronto. Para motivar a introducir cambios en la alimentación a los adolescentes y a los padres en estas etapas, hay que explicar los sorprendentes y elevados aportes calóricos de muchos productos que se toman como saludables (zumos, batidos, cereales de desayuno, etc.) y no lo son, además de comentarles los tiempos que necesitarían para poder equilibrar dicha ingesta con el ejercicio.

Actualización nutricional: la información "oficial" de cursos y pósteres no es, en ocasiones, la más actual y basada en la evidencia. Se sigue recomendando una pirámide nutricional en la que la base está aún presidida por imágenes de galletas, pasta, pan, arroz, patatas, etc.,

relegando a las frutas y hortalizas al 2º peldaño, en vez de utilizar el plato saludable de Harvard⁴⁵ (Fig. 1), muy bien explicado en su web, que es actualmente la referencia con mayor consenso. Presenta alguna omisión como no incluir los huevos dentro del sector de proteína saludable o excluir las patatas sin especificar que hervidas y con verduras podrían ser admitidas; por lo demás es una herramienta mucho más actualizada, más clara y más precisa que las pirámides y no normaliza los productos insanos al no estar representados, como ocurre en estas, donde ocupan un sitio privilegiado en el vértice consiguiendo un impacto visual indiscutible, que intenta "suavizarse" con frases de interpretación subjetiva y que aprovechan muchas marcas.

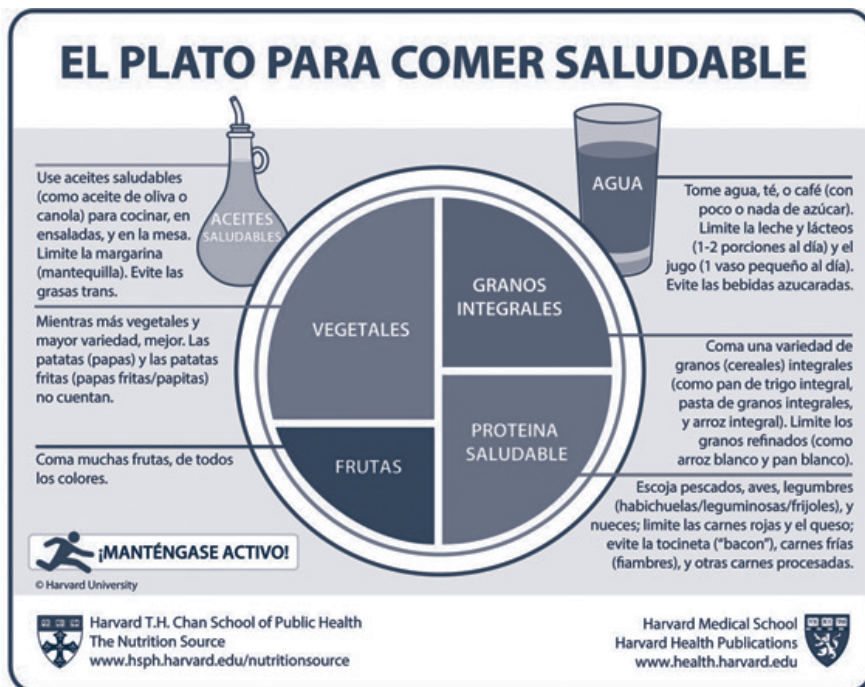
La actualización pasa también por la eliminación de algunos mitos: ni el desayuno es la comida más importante del día, ni debe de estar integrado obligadamente por la suma de cereales, fruta y un lácteo, ni las cinco tomas al día son garantía de un alejamiento del EPI, ni los

cereales son la base de la pirámide de alimentación, ni la frase "hay que comer de todo" tiene actualmente sentido pues gran parte de lo que comen muchos adolescentes es hiperprocesado o directamente insano.

La incorporación de dietistas-nutricionistas a los centros de AP sería una medida fundamental para poder desarrollar el punto anterior de manera eficaz. Mientras esto no suceda, los pediatras debemos de esforzarnos en estar actualizados y recomendar a nuestros pacientes las mejores propuestas en nutrición, siempre basadas en la evidencia.

Marketing social: debemos de ser agentes activos a la hora de orientar el consumo de alimentos saludables; hay que captar la atención de la familia mediante técnicas de comunicación y marketing social, para orientar su decisión de compra y para mejorar su bienestar personal y el de la sociedad²⁰. Nuestros mensajes deben de ser directos, sencillos y sin tecnicismos. No dudaremos en

Figura 1. Imagen del plato saludable de Harvard[®]



enseñar vídeos atractivos e infografías que sean sencillas de comprender para resaltar los beneficios de una alimentación saludable y mostrar las estrategias a las que recurre la IA para vender sus productos insanos maquillándolos como saludables. En la Fig. 2 podemos observar una imagen con la que es fácil comprender la potencia calórica a base de azúcar y grasas insanas que supone un producto habitual de bollería.

Explicaremos también que la constante exposición a la publicidad de productos con altos contenidos en azúcar, grasas insanas y sal, así como la oferta de este tipo de alimentos en todos los sitios a los que acuden los niños han provocado cambios de hondo calado en los patrones de alimentación infantil. Por eso, las horas de pantalla, sean de televisión, móvil o internet, tienen un doble efecto: provocan el deseo de consumir lo que en ellas se promociona y por otro lado sustituyen la apropiada actividad física.

En definitiva, debemos de tener una excelente disposición para colaborar en los medios de comunicación como son la radio, televisiones locales, prensa, blogs de salud, etc., ya que el mensaje del profesional sanitario tiene un valor añadido bien considerado por la población.

Liderazgo e influencia en los medios: debemos exigir a los gestores médicos y a los políticos que tienen respon-

sabilidades en las áreas sanitarias, la elaboración y posterior emisión en los medios, de publicidad de productos saludables y la emisión de mensajes que avisen a la población de los efectos que la epidemia de EPI está teniendo en nuestra sociedad, para poder compensar la millonaria inversión que diariamente ejerce la IA para publicitar los productos insanos. Explicar que el poder de la IA es tan grande que puede hacer prácticamente lo que quiera: desde incumplir los códigos elaborados por ella misma hasta bordear siempre la legalidad con el único fin de vender más, aunque lo maquillen con frases estandarizadas que figuran en los envases. En las Figs. 3 y 4 se puede comprobar el contraste entre diferentes mensajes publicitarios, pero al menos, el espacio que ocupan es el mismo. ¿Cuándo comenzaremos a ver anuncios similares en nuestro país?

Las campañas informativas deben de tener calidad, sin asustar, pero sin minimizar el problema⁴⁷. El coste beneficio de este tipo de acciones es colosal: no solo estamos bajando las cifras de EPI, sino que también evitamos discriminación social, depresiones, baja estima, epifisiolisis femorales, diabetes tipo 2... en definitiva futuros adultos obesos con toda la patología que conlleva asociada. Es una prioridad y un asunto de justicia social porque precisamente el EPI se está cebando en las familias pobres¹⁰.

Figura 2. Esquema que compara calorías de una palmera con 10 yogures desnatados



Figura 3. Imagen de publicidad institucional contra el EPI ("No tomes la obesidad infantil a la ligera"), encima del cartel de publicidad de una conocida cadena de comida rápida



Figura 4. En Méjico, publicidad institucional en la calle, que insta a disminuir el consumo de bebidas azucaradas



El aumento de la actividad física (AF): sea la inherente al juego al aire libre, o bien con reglas o competición (deporte) es un pilar fundamental para la prevención y el tratamiento del EPI.

Debemos explicar que la AF no es una licencia para comer mal, pues es una idea equivocada que "si quemas lo que comes, no hay problema"^{18,19,48}.

"El coste energético del ejercicio físico vigoroso es inferior al contenido calórico de muchos alimentos conside-

rados como *fast foods*, por lo que puede afirmarse que la actividad física como terapéutica de la obesidad no puede considerarse como una licencia para comer lo que se desee"⁴⁹.

Debemos enseñar a los pacientes a **interpretar las complicadas, pequeñas y ocultas etiquetas** que la propia IA diseña a su favor. Tener en la consulta imágenes adecuadas para mostrar equivalencias y envases vacíos de los productos obesógenos reforzará nuestro mensaje. También debemos aprender a explicar los conceptos de densidad energética y de calidad nutricional, además de enseñar a valorar en su justa medida los reclamos que figuran en los paquetes anunciando que llevan hierro, vitaminas, que ayudan a crecer y otras frases similares que desvían la atención del potencial consumidor.

Exigir a los políticos que establezcan tasas fiscales sobre productos con elevados contenidos en azúcar (> 5 g% en sólidos y > 2,5 g% en líquidos) y en general a productos con alta densidad energética y bajo valor nutricional, como han hecho algunos países⁵⁰. A principios de diciembre del 2016, el gobierno español ha previsto, por fin, un impuesto a las bebidas azucaradas sin que se haya detallado a la hora de "cerrar" este artículo, los niveles y las peculiaridades de este impuesto; sería aconsejable que siguiera modelos de la OMS⁵¹ respaldados por un editorial de la prestigiosa revista Lancet⁵².

CONCLUSIONES

■ Que se realicen anuncios institucionales para frenar las alarmantes cifras de sobrepeso infantil en nuestro país, afirmando claramente que no es aconsejable ingerir diariamente productos con niveles elevados de azúcar; como ciertos tipos de cereales y lácteos azucarados, aunque algunos lleven sellos de entidades profesionales y en los envases se afirme que llevan vitaminas, hierro u otros oligoelementos.

- Que se incorporen dietistas-nutricionistas en todos los centros de salud, para prevenir y tratar el problema, además de poder actuar en otras patologías que tienen gran relación con la nutrición.
- Que se apliquen tasas fiscales a productos con alta densidad energética (ADE) y bajo valor nutricional (BVN) incluyendo lácteos, zumos y batidos, que superen los 2,5 g% de azúcar añadido.
- Que se hagan leyes y no códigos para prohibir el uso de dibujos, personajes famosos o cualquier otro artificio en productos alimentarios de BVN dirigidos a niños.
- Prohibición de la publicidad en cualquier medio de los alimentos ADE y BVN.
- Que haya subsidios, se abaraten y mejore el acceso a frutas, verduras, hortalizas y, en general, a alimentos saludables frescos.
- Que se facilite la formación de los pediatras, dentro de la jornada laboral, en el manejo del EPI, en la consulta diaria y en educación a la comunidad.
- Que se programen revisiones anuales de los niños en los centros de AP y para ello los cupos no excederán los 800-900 pacientes.
- Que se incluya en el libro de salud del recién nacido una hoja plastificada con los consejos de la Fig. 5, mientras se incorpora en las próximas ediciones de todas las CCAA.
- Mayor fomento de la educación nutricional desde la etapa preescolar y promoción de la actividad física en los centros educativos. La partida económica para estos puntos puede venir de las tasas fiscales mencionadas anteriormente.
- Fomento de la formación del profesorado en conocimientos de nutrición.
- Prohibición de bollería, *snacks* insanos y bebidas azucaradas en los hospitales y centros de salud. Igual que actualmente se pueden leer carteles como: "Hospital libre de humo", debemos de comenzar a colocar carteles que digan: "Hospital (o centro de salud) libre de bollería, *snacks* insanos y bebidas azucaradas". En los centros sanitarios de Nueva Zelanda y en todas las oficinas de la OMS ya se han puesto en marcha estas iniciativas.
- Para priorizar y favorecer el consumo de agua, en todos los centros públicos debe de haber fuentes de agua potable (sean modelos tradicionales conectados a la red pública o a través de dispensadores industriales) sobre todo en el patio y en los pasillos de los centros escolares.

Figura 5. Esquema para incluir en libros de salud infantil

FACTORES QUE FAVORECEN EL SOBREPESO/OBESIDAD INFANTIL

1. Excesivo aporte de **proteínas** (carne, pescado, embutido...) en la dieta diaria.
2. Dar papillas azucaradas y galletas ya en el primer año de vida (las galletas son bollería a cualquier edad).
3. Animar a comer al bebé sin respetar/reconocer signos de **saciedad**: girar la cara, cerrar la boca, decir "no" con la cabeza, taparse la boca, llorar; gritar. En los niños de más edad no se debe sobornar o hacer "teatro" para conseguir que coman más.
4. **Leches de crecimiento** –algunas con cereales, galletas y/o cacao incorporados– en dosis excesivas y mantenidas durante largos periodos de tiempo. El 60% de estas leches lleva azúcares añadidos.
5. Tomar **cereales azucarados**, mal llamados "de desayuno", de manera habitual.
6. Dosis **excesivas** de comida (que pueden comenzar con sobredosisificación de biberones en el caso de no tomar lactancia materna) y animar a que acabe el plato.
7. Exceso de tiempo con **pantallas**: tabletas, móviles, televisión, ordenador, consolas.
8. Comer **fuera de casa** con frecuencia, ya que así se eligen pocas hortalizas, bebidas azucaradas en vez de agua, se comen más cantidades de alimentos menos saludables y se piden postres azucarados en vez de fruta.
9. Consumo habitual de **bebidas azucaradas**: lácteos y batidos azucarados o chocolatedos, **zumos** (sean o no caseros), **refrescos** tipo "deportivo", de cola, de naranja, sabor té, etc.
10. Consumo habitual de **bollería** cualquier día: galletas, pan brioche, bollos, cruasanes, madalenas, donuts, etc.
11. Consumo habitual de **aperitivos** salados (patatas fritas, ganchitos, triángulos, gusanitos, estrellas, ruedas...) y **snacks** (barritas de cereales).
12. **Dormir menos** horas de lo aconsejado: de 10 a 15 horas según edades y "personalidades".
13. **Comer deprisa**, sin masticar o mirando pantallas; comer por **aburrimiento**; comer por **diversión**, sobre todo fin de semana y festividades que inundan la vida actual: cumpleaños, carnavales, navidades, partidos "importantes" de fútbol, etc.

FACTORES DE PROTECCIÓN DEL SOBREPESO/OBESIDAD

1. **Lactancia materna** prolongada 2-3 años y no solo los seis primeros meses de vida; si la lactancia es artificial, mantener la leche de inicio todo el primer año y cambiar a vaso a partir del año.
2. Comer **en familia** sin ver pantallas y dar ejemplo comiendo saludablemente todos los familiares y el entorno del niño.
3. Consumir **más frutas y verduras** (mínimo cinco al día); tener comida saludable (zanahorias cortadas y peladas, coliflor; tomates, un frutero atractivo, frutos secos con cáscara, etc.) siempre a la vista y al alcance.
4. Porciones adecuadas a la edad, actividad y tamaño del niño. Los platos de los niños han de ser más pequeños que los de adultos.
5. Hacer la **lista de la compra** con tiempo y calma, además de programar los menús varios días antes. La improvisación y las prisas llenan el carro de pizzas preparadas, de embutidos y, en general, de productos muy procesados poco saludables.
6. **No tener en casa** patatas fritas, aperitivos, bebidas azucaradas, bollería (incluidas las galletas), lácteos azucarados, natillas, etc., aunque el hermano o los padres no tengan sobrepeso. Toda la familia debe comer saludablemente, si no la situación es vivida como un castigo al niño con **genética "ahorradora"**.
7. Más **actividad física** diaria: ir al colegio andando, pasear y jugar cada día al exterior; los fines de semana hacer excursiones a pie en familia, en vez de ir a centros comerciales a "pasar la tarde". Estar inscrito en actividades **deportivas**.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rajmil L, Clofent R, Bel Comos J. Revisión crítica de las intervenciones dirigidas a la obesidad infantojuvenil. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya; 2015 (Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias).
2. OMS. Informe de la Comisión para acabar con la Obesidad Infantil. 2016. [Fecha de acceso 3 dic 2016]. Disponible en www.who.int/end-childhood-obesity/publications/echo-report/es/
3. Cattaneo A, Monasta L, Stamatakis E, Lioret S, Castetbon K, Frenken F, et al. Overweight and obesity in infants and pre-school children in the European Union: a review of existing data. *Obes Rev.* 2010;11:389-98.
4. Obesity prevention in children in pre-school years: policies and evidence. Report of a high-level workshop held in Brussels. World Obesity Federation; 11 April 2014.
5. Van Stralen MM, te Velde SJ, van Nassau F, Brug J, Grammatikaki E, Maes L, et al. Weight status of European preschool children and associations with family demographics and energy balance-related behaviours: a pooled analysis of six European studies. *Obes Rev.* 2012;13 Suppl 1:S29-41.
6. Government Office for Science. Tackling obesities: future choices building the obesity system map. Octubre 2007. [Fecha de acceso 30 dic 2016]. Disponible en www.gov.uk/government/publications/reducing-obesity-future-choices
7. Amigo-Vázquez I, Busto-Zapico R, Fernández-Rodríguez C. La obesidad infantil como resultado de un estilo de vida obesogénico. *Endocrinol Nutr.* 2007;54:530-4.
8. Cancio H. Entrevista motivacional en obesidad infantil. En AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría. 2014. Madrid: Exlibris Ediciones; 2014. p. 459-64.
9. Jiménez L. La guerra contra el sobrepeso ¿Quién es responsable de la epidemia de obesidad? Madrid: Createspace Independent Publishing Platform; 2016.
10. Graf G, Schweiger G. "Poor fat kids" Social justice at the intersection of obesity and poverty in childhood. *Dilemata.* 2016;21:53-70 (traducido al castellano en el blog: www.tueligesloquecomes.com)
11. Lurueña JM. No dejes que la publicidad alimente a tus hijos. [Fecha de acceso 30 dic 2016]. Disponible en www.gominolasdepetroleo.com/2015/07/no-dejes-que-la-publicidad-alimente-tus.html
12. Basulto J, Ojuelos FJ, Baladia E, Manera M. Azúcares en alimentos infantiles. La normativa española y europea, ¿a quién protege? *Rev Pediatr Aten Primaria.* 2016;69:e47-e53.
13. Basulto J. Se me hace bola. De bolsillo; 2013.
14. Revenga J. Blog: el nutricionista de la general. [Fecha de acceso 30 dic 2016]. Disponible en www.juanrevenga.com
15. Sánchez A. Mi dieta cojea. Barcelona: Paidós; 2016.
16. Fernández J. INFADIMED: Infancia i Dieta Mediterrània. *TicSalut.* 2015. [Fecha de acceso 21 oct 2016]. Disponible en www.ticsalut.cat/observatori/innovatic-salut/128/infadimed-infancia-i-dieta-mediterrania
17. González C. Mi niño no me come. Editorial Temas de hoy; 1999.
18. Casabona C. Tú eliges lo que comes. Cómo prevenir el sobrepeso y alimentarse bien en familia. Barcelona: Editorial Paidós; 2016.
19. Sarria A, Moreno L. Mi niño ¿es obeso? Zaragoza: Mira editores; 2010.
20. Royo MA. La alimentación y el consumidor. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad; 2013.

21. Pollan M. El detective en el supermercado. Madrid: Temas de hoy; 2008.
22. Ortí A. Comer o no comer. Falsedades y mitos de la alimentación. Barcelona: Ed. Planeta; 2013.
23. Meule A, Hermann T, Kübler A. Food addiction in overweight and obese adolescents seeking weight-loss treatment. *Eur Eat Disord Rev.* 2015;23:193-8.
24. Keser A, Yüksel A, Yeşiltepe-Mutlu G, Bayhan A, Özsu E, Hatun S. A new insight into food addiction in childhood obesity. *Turk J Pediatr.* 2015;57:219-24.
25. Servicio Canario de la Salud. Abordaje a la Obesidad Infantil y Juvenil en Canarias. [Fecha de acceso 30 dic 2016]. Disponible en <http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/5e6bd169-0ee5-11e2-afb1-b9b294c3b92c/AbordajeObesidadInfantilyJuvenil.pdf>
26. Stanton BF. New directions in behavioral intervention development for pediatric obesity. 2016. *Pediatr Clin North Am.* 2016;63:xiii-xiv.
27. Estudio ALADINO 2015: Estudio de Vigilancia del Crecimiento, Alimentación, Actividad Física, Desarrollo Infantil y Obesidad en España 2015. Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid, 2016.
28. Servicio de Planificación, Evaluación y Gestión del Conocimiento. Tendencias del sobrepeso y de la obesidad en los niños de 2 a 14 años entre 2006 y 2015. *Boletín de Salud Pública de Navarra.* 2015; 86:1-6.
29. Nedeltcheva AV, Kilkus JM, Imperial J, Kasza K, Schoeller DA, Penev PD. Sleep curtailment is accompanied by increased intake of calories from snacks. *Am J Clin Nutr.* 2009;89:126-33.
30. Brondel L, Romer MA, Nougues PM, Touyarou P, Davenne D. Acute partial sleep deprivation increases food intake in healthy men. *Am J Clin Nutr.* 2010;91:1550-9.
31. McSweeney LA, Rapley T, Summerbell CD, Haighton CA, Adamson AJ. Perceptions of nursery staff and parent views of healthy eating promotion in pre-school settings: an exploratory qualitative study. *BMC Public Health.* 2016.16:841.
32. VSF Justicia Alimentaria Global. Confiad en mí: Puertas giratorias, conflictos de intereses y amistades peligrosas entre la industria alimentaria y los organismos de salud. 2015. [Fecha de acceso 30 dic 2016]. Disponible en vsf.org.es
33. Aaron DG, Siegel MB. Sponsorship of national health organizations by two major soda companies. *Am J Prev Med.* 2017;52:20-30.
34. MedTempus. ¿Incompetencia periodística o publipreportaje disfrazado de estudio científico? [Fecha de acceso 30 dic 2016]. Disponible en <http://medtempus.com/archives/incompetencia-periodistica-o-publipreportaje-disfrazado-de-estudio-cientifico-en-a-tu-salud-de-la-razon/>
35. Lasarte-Velillas JJ, Hernández-Aguilar, Martínez-Boyer T, Soria-Cabeza G, Soria-Ruiz D, Bastarós-García JC et al. Estimación de la prevalencia de sobrepeso y obesidad infantil en un sector sanitario de Zaragoza utilizando diferentes estándares de crecimiento. *An Pediatr (Barc).* 2015;82:152-8.
36. Dowden A. Prevention and management of childhood obesity. *Prescriber.* 2016;27:49-53.
37. Black JA, Park M, Gregson J, Falconer CL, White B, Kessel AS, et al. Child obesity cut-offs as derived from parental perceptions: cross-sectional questionnaire. *Br J Gen Pract.* 2015;65:e234-9.
38. Francescatto C, Santos NS, Coutinho VF, Costa RF. Mothers' perceptions about the nutritional status of their overweight children: a systematic review. *J Pediatr (Rio J).* 2014;90:332-43.

39. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Prevención y el Tratamiento de la Obesidad Infantojuvenil. Centro Cochrane Iberoamericano, coordinador. Guía de Práctica Clínica sobre la Prevención y el Tratamiento de la Obesidad Infantojuvenil. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques; 2009. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AATRM N.º 2007/25.
40. Cortés O, Fernández M, García J, González P, Rodríguez-Moldes B. AMPAP ¿Qué gráficas usar para el diagnóstico de sobrepeso y obesidad en la práctica clínica? [Fecha de acceso 30 dic 2016]. Disponible en www.ampap.es/wp-content/uploads/2013/12/2010_que_tablas_debemos_utilizar_para_el_diagnostico_de_obesidad_infantil.pdf
41. Galbe Sánchez-Ventura J, revisor: PerInfad. Las perlas de PrevInfad [blog en Internet]. ¿Qué gráficas de crecimiento debemos utilizar? [Fecha de acceso 30 dic 2016]. Disponible en <https://perlinfad.wordpress.com/>
42. WHO. Population-based approaches to childhood obesity prevention. 2012. [Fecha de acceso 30 oct 2016]. Disponible en www.who.int/dietphysicalactivity/childhood/WHO_new_childhoodobesity_PREVENTION_27nov_HR_PRINT_OK.pdf
43. OMS. Ingesta de azúcares para adultos y niños. 2015. [Fecha de acceso 30 dic 2016]. Disponible en www.who.int/nutrition/publications/guidelines/sugars_intake/es/
44. Hassink S. Obesidad Infantil: Prevención, intervenciones y tratamiento en Atención Primaria. Editorial Médica Panamericana S. A.; 2010.
45. Harvard. School of Public Health. The nutrition source. El plato para comer saludable. [Fecha de acceso 16 oct 2016]. Disponible en [harvard.edu/nutritionsource/healthy-eating-plate/translations/spanish/](http://www.hsph.harvard.edu/nutritionsource/healthy-eating-plate/translations/spanish/)
46. Kral TV, Whiteford LM, Heo M, Faith MS. Effects of eating breakfast compared with skipping breakfast on ratings of appetite and intake at subsequent meals in 8- to 10-y-old children. *Am J Clin Nutr*. 2011;93:284-91.
47. Meitz TGK, Ort A, Kalch A, Zipfel S, Zurstiege G. Source does matter: Contextual effects on online media-embedded health campaigns against childhood obesity. *Comput Hum Behav*. 2016;60:565-74.
48. Compendium of Physical Activities: Tracking Guide. 2011. [Fecha de acceso 30 oct 2016]. Disponible en <https://sites.google.com/site/compendiumofphysicalactivities/tracking-guide>
49. Dalmau J, Alonso M, Gómez L, Martínez C, Sierra C. Obesidad Infantil. Recomendaciones del Comité de Nutrición de la Asociación Española de Pediatría. Parte II. Diagnóstico. Comorbilidades. Tratamiento. *An Pediatr (Barc)*. 2007;66:294-304.
50. OMS y Organización Panamericana de la Salud. México. 2015. Experiencia de México en el establecimiento de impuestos a las bebidas azucaradas como estrategia de salud pública. [Fecha de acceso 30 oct 2016]. Disponible en http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/18390/978-92-75-31871-3_esp.pdf?sequence=5&isAllowed=y
51. WHO. Fiscal policies for diet and prevention of noncommunicable diseases. Technical Meeting Report. 2015. [Fecha de acceso 30 oct 2016]. Disponible en <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250131/1/9789241511247-eng.pdf?ua=1>
52. The Lancet. WHO's war on sugar. *Lancet*. 2016; 388:1956.