

HÁBITOS DIETARIOS EN NIÑOS OBESOS

CHIARPENELLO J,^(1,2) CASTAGNANI V,⁽¹⁾ RICCOBENE A,⁽¹⁾ BAELLA A,⁽¹⁾ STRALLNICOFF M,⁽¹⁾ FERNÁNDEZ L,⁽¹⁾ HERRERA M,⁽¹⁾ SERMASI V,⁽¹⁾ LAURENTI N⁽¹⁾

1) Servicio de Endocrinología, Metabolismo y Nutrición, Hospital Provincial del Centenario, Rosario; 2) Centro de Endocrinología, Rosario (Argentina).

Resumen.

Introducción: la obesidad y el sobrepeso infantil son problemas con tendencia creciente; los factores condicionantes de esta epidemia son principalmente el deterioro de los hábitos dietarios y un estilo de vida sedentario. **Objetivos:** Describir y evaluar hábitos alimenticios y actividad física en niños con diagnóstico de obesidad. **Resultados:** Se encuestaron un total de 55 pacientes con una edad media de $9,5 \pm 3,2$ años (rango 3,1-15,4); la media del índice de masa corporal (IMC) fue de $26,8 \pm 3,5$ (rango 20,0-26,8). Del total de los pacientes estudiados 43,6% se clasificó como obesidad grave. En relación a las hortalizas la mayoría de los niños (65,4%) presentó como primera elección la papa. El porcentaje de pacientes que refirió consumir arroz más de 3 veces por semana fue de 81,9 % (n= 45). La mayoría de los niños (n= 33, 75%) consumía jugos y/o gaseosas azucarados. **Conclusión:** la edad escolar y la adolescencia son etapas de vital importancia para corregir hábitos alimenticios y estilo de vida que persistirán en etapas posteriores.

Palabras clave: obesidad, niños, dieta, sedentarismo, calorías

DIETARY HABITS IN OBESE CHILDREN

Summary

Introduction: Obesity and overweight children are problems with growing trend, the conditions of this epidemic factors are mainly a deterioration of dietary habits and a sedentary life. **Objectives:** To describe and evaluate eating habits and physical activity in children diagnosed with obesity. **Results:** A total of 55 patients were surveyed with an average age of 9.5 ± 3.2 years (range 3.1-15.4), mean BMI was 26.8 ± 3.5 (range 20.0-26.8). Of all the patients studied 43.6% were classified as severely obese. With regard to vegetables most children (65.4%) referred potato as their first choice. The majority of patients referred eating rice more than 3 times per week (81.9%, n= 45). Most children (75%, n= 33) ingested sugary juices or soft drinks. **Conclusion:** school age and adolescence are critical periods for correcting dietary habits and lifestyle that will persist in later stages.

Key words: obesity, children, diet, sedentary lifestyle, calories.

* Correo electrónico: jchiarpenello@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

La obesidad y el sobrepeso son problemas con tendencia creciente, especialmente en la población infantil; la OMS halló un 26,2% de niños con sobrepeso y 18,3% de obesos.

Se estima que el 80% de los niños obesos lo seguirán siendo en la adultez, aumentando así la morbilidad por enfermedades como dislipemia, diabetes mellitus, hipertensión arterial, aterosclerosis precoz y enfermedades cardiovasculares, entre otras.¹

Por otro lado las consecuencias psicosociales de la distorsión de la imagen física para el niño obeso pueden ser tan importantes e incluso más que las físicas. Baja autoestima, aislamiento social, discriminación y patrones anormales de conducta son consecuencias frecuentes.

Los factores condicionantes de esta epidemia son principalmente un deterioro de los hábitos dietarios y un estilo de vida sedentario, es decir que el exceso de peso se produce cuando el ingreso de calorías supera el gasto.²

Por lo descripto es urgente detectar el problema y resolverlo en etapas precoces buscando profundos cambios en el estilo de vida.

OBJETIVOS

Describir y evaluar hábitos alimentarios y actividad física en niños con diagnóstico de obesidad.

Evaluar la relación de obesidad con el peso al nacer.

MATERIAL Y MÉTODO

Diseño: estudio descriptivo realizado en el Hospital Provincial de Centenario en el período marzo- junio de 2014.

Población: se incluyeron todos aquellos pacientes de ambos sexos con edades comprendidas entre 3 y 15 años inclusive, con diagnóstico de obesidad (evaluados por peso, índice de masa corporal y puntaje Z) durante el período de estudio.

Intervenciones:

Se realizó un cuestionario realizado por el mismo encuestador dirigido a niños y familiares acompañantes: se recogieron los siguientes datos:

- Personales: edad, sexo.
- Hábitos alimentarios: frutas y verduras consumidas con mayor frecuencia, consumo semanal de arroz y pastas, consumo diario de jugos o gaseosas y leche (subclasificándola en descremada o no, con cuantificación del número de vasos).
- Práctica de actividad física semanal.

Se realizó medición de peso (kg) y talla (m), y se calculó el índice de masa corporal (IMC) con la siguiente fórmula: $IMC = \text{kg}/\text{m}^2$. Los datos fueron percentilados y la situación ponderal se estableció siguiendo el criterio: obesidad IMC puntaje $Z \geq 2$ y obesidad grave/severa a un puntaje $Z \geq 3$ (utilizando los datos de referencia elaborados por la OMS 2007).

Se evaluó el peso al nacer (PN) y se definió bajo PN al menor de 2,5 kg, y alto peso al mayor a 4,0 kg.

Análisis de resultados: descriptivos

Se encuestaron un total de 55 pacientes con una edad media de $9,46 \pm 3,21$ años (rango 3,1-15,4); el 50,9% (n= 28) eran de sexo masculino y el 49,1% femenino.

El 90,9% (n= 50) tenían un percentilo de peso >97 .

La media del IMC fue de $26,82 \pm 3,55$ (rango 20-26,8). Del total de los pacientes estudiados 43,6% se clasificó como teniendo obesidad grave (Figura 1).

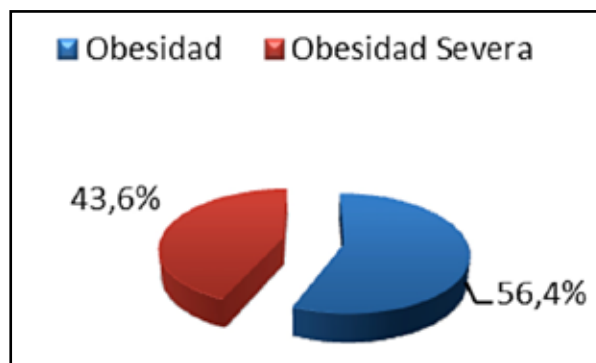


Figura 1. Representación en porcentajes de los grados de obesidad de la población.

El 94,4% refirió el hábito de consumir frutas diariamente, y de ellos el 39,21% (n= 20) eligió la banana como fruta principal (Figura 2).

En relación a las hortalizas la mayoría de los niños optó preferentemente por las de grupo C, siendo la papa la de primera elección (65,38%; n= 34) y solamente el 1,9% refirió no consumir verduras (Figura 3).

Con respecto a la ingesta de lácteos el 18,5% (n= 10) no consumió leche (aproximadamente 1 de cada 5 niños), y de los que consumieron (81,5%) el 61,36% (n= 27) lo hicieron con formulaciones enteras (no descremadas). La media de ingesta de vasos de leche diarios fue de $1,54 \pm 1,16$ (rango 0-6).

El porcentaje de paciente que consumió pastas más de 3 veces por semana fue del 65,4% (n= 36) y el arroz con la misma frecuencia el 81,9 % (n= 45).

La mayoría de los niños (75%, n= 33) refirió tomar jugos y/o gaseosas azucaradas (no de bajas calorías)

siendo la media de los vasos diarios consumidos de $3,44 \pm 2,32$ (rango 0-6). Figura 4.

Con respecto a la actividad física el 34,5 % refirió no realizar ninguna actividad (Figura 5).

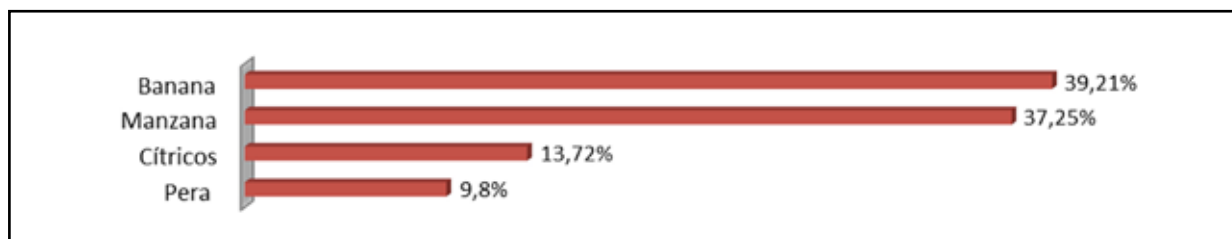


Figura 2. Distribución por frecuencia del consumo de frutas.

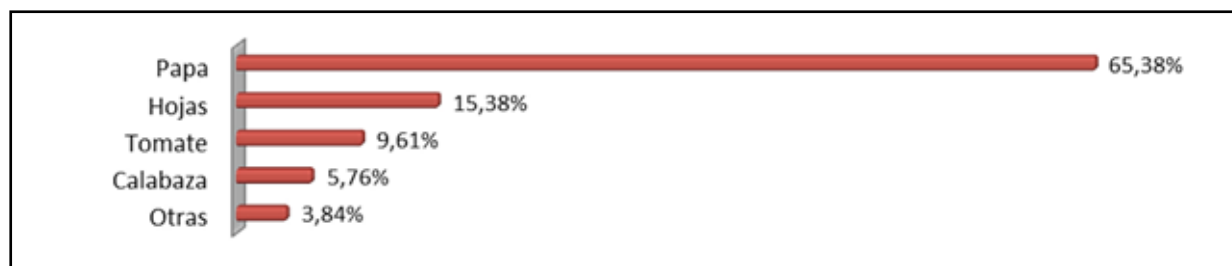


Figura 3. Distribución por frecuencia de consumo de verduras.

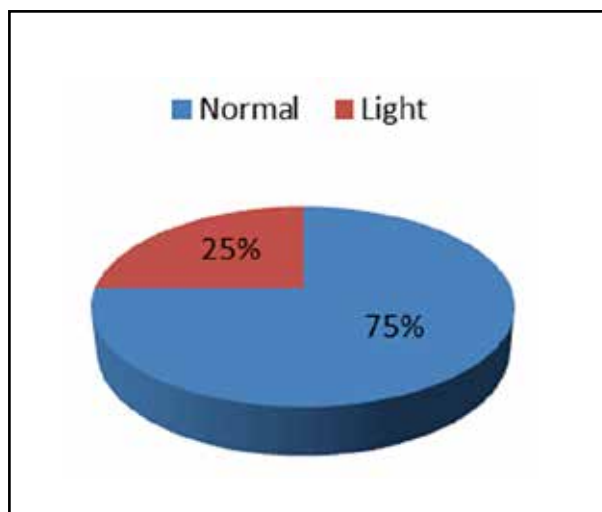


Figura 4. Porcentajes de ingesta de jugos/ gaseosas diario (normal vs. *light*).

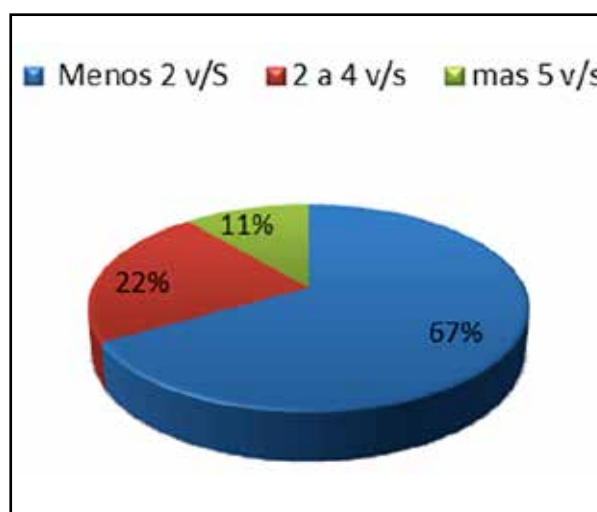


Figura 5. Porcentajes de frecuencia semanal de actividad física.

La media del peso al nacer fue de $3,335 \pm 0,518$ kg (rango 2,13-4,15); el 76,7% de los pacientes ($n= 23$) había tenido normopeso (Figura 6).

Fueron clasificados como obesidad severa el 29,6% ($n=8$) de la niñas y el 57,1% ($n=16$) de los niños ingresados al estudio (Figura 7).

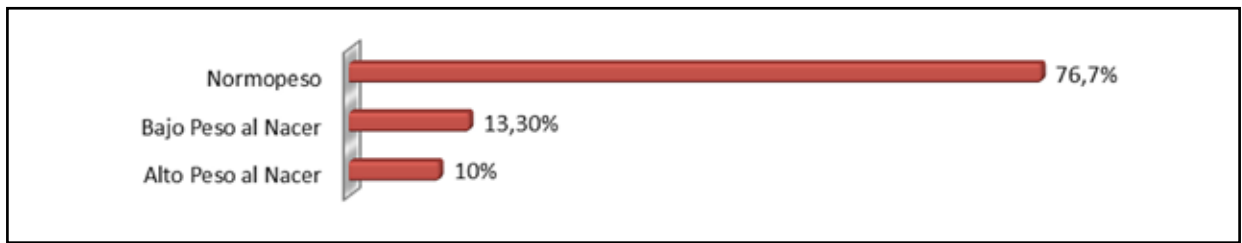


Figura 6. Representación de los porcentajes según peso al nacer.

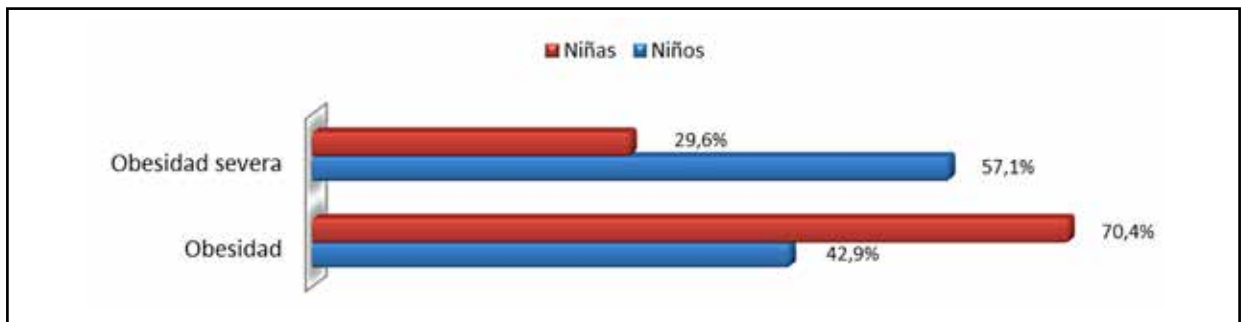


Figura 7. Distribución de clasificación de obesidad según sexo.

DISCUSIÓN

Al igual que lo descrito por Vartanian y col.³ observamos alto consumo de hidratos de carbono y bebidas dulces, ambos alimentos considerados como factores de riesgo que favorecen la obesidad. Por otro lado un estudio⁴ demostró que las personas que consumían más bebidas azucaradas ingerían dietas con alto porcentaje de hidratos de carbono lo que aumenta aún más la ingesta de energía y el peso corporal.

En nuestro trabajo la media de los vasos de gaseosas azucaradas consumidos se corresponde con un aumento de 367 kcal. diarias aproximadamente.

En relación a las frutas y verduras evaluamos que la mayoría de los niños las consumen diariamente (solo el 7% no consume frutas y 1,8% no consumen verduras), el problema radica en que las que más se ingeren son aquellas de mayor valor calórico (Figura 8), por lo cual consideramos de importancia indagar en la consulta qué tipos de frutas y verduras consume el niño, para así incrementar los productos de bajo valor calórico y ricos en nutrientes.

Se ha descrito ampliamente la relación existente entre el bajo consumo de calcio^{2,5,6} y sedentarismo⁷ con aumento de riesgo de obesidad y osteoporosis;⁸ en concordancia con ello nuestra población en estudio presenta una ingesta de calcio de aproximadamente 420 mg (1,54 vasos diarios), muy por debajo a la recomendada para la edad (entre 800-1.200 mg/día).⁹ También se registró un marcado sedentarismo: 78,1% de los niños en estudio no realizaron actividad física o lo hicieron con una dedicación inferior de 2 veces a la semana.

Si bien varios autores describen como factor de riesgo de obesidad infantil tanto el bajo como el alto peso al nacer,^{10,11} en nuestra población dicho antecedente no fue significativo.

El estudio Enkid^{10,12} demostró que la obesidad es más elevada en los varones que en las mujeres con diferencias estadísticamente significativa, en concordancia con los autores hemos hallado un mayor porcentaje de obesidad severa en los varones (57,1% vs. 29,6%).

Frutas	Kcal/100 g	Verduras	Kcal/100 g
Banana	89	Papa	77
Manzana	48	Hojas	13
Cítricos	47	Tomate	18
Pera	58	Calabaza	45

Figura 8. Valor calórico de las frutas y verduras que más consumen los niños obesos de nuestra población (enumerados por orden de frecuencia). Datos de la Guía SAOTA (Sociedad Argentina de Obesidad y Trastornos Alimentarios).

Limitaciones: algunas de las limitaciones del estudio son el tamaño muestral, la ausencia de un grupo control, y el no registro de cantidades consumidas de algunos alimentos, ya que solo se preguntó por la frecuencia.

CONCLUSIÓN

La edad escolar y la adolescencia son etapas de vital importancia para corregir hábitos alimenticios y

estilo de vida que persistirán en etapas posteriores, involucrando principalmente a la familia.

Consideramos que es crucial evitar el sedentarismo, promover la actividad física y alimentación saludable para prevenir las complicaciones que el sobrepeso y la obesidad puede ocasionar en la adolescencia y adultez.

(Recibido: abril de 2015. Aceptado: junio de 2015)

Referencias

- Chiarpenello J, Guardia M, Pena C, Baella A, Riccobene A, Fernández I, Strallnicoff M. *Complicaciones endocrino-metabólicas de la obesidad en niños y adolescentes*. Rev Méd Rosario 79: 112-7, 2013.
- Ortega Anta RM, López Sobaler AM. *Estudio ALADINO. Estudio de vigilancia del crecimiento, alimentación, actividad física, desarrollo infantil y obesidad en España*. Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición, 2013.
- Vartanian LR, Schwartz MB, Brownell KD. *Effects of soft drink consumption on nutrition and health: a systematic review and meta-analysis*. Am J Public Health 97: 667-75, 2007.
- Schulze MB, Manson JE, Ludwig DS, y col. *Sugar-sweetened beverages, weight gain, and incidence of type 2 diabetes in young and middle-aged women*. JAMA 292: 927-34, 2004.
- Abreu S, Santos R, Moreira C, y col. *Relationship of milk intake and physical activity to abdominal obesity among adolescents*. Pediatr Obes 9: 71-80, 2014.
- Kim KM, Choi SH, Lim S, y col. *Interactions between dietary calcium intake and bone mineral density or bone geometry in a low calcium intake population (KNHANES IV 2008-2010)*. J Clin Endocrinol Metab 99: 2409-17, 2014.
- Baxter-Jones AD, Kontulainen SA, Faulkner RA, Bailey DA. *A longitudinal study of the relationship of physical activity to bone mineral accrual from adolescence to young adulthood*. Bone 43: 1101-7, 2008.
- Brunetto OH. *Osteoporosis en Pediatría*. Rev Arg Endocrinol Metab 43: 87-105, 2006.
- González Casado y R. Gracia Bouthelie A. *Osteoporosis en la edad pediátrica*. An Pediatr 64(Supl 2): 85-91, 2006.
- Aranceta Bartrina J, Pérez Rodrigo C, Ribas Barba L, Serra Majem L. *Epidemiología y factores determinantes de la obesidad infantil y juvenil en España*. Rev Pediatr At Primaria 7 (Supl 1): S13-20, 2005.
- Martínez Álvarez JR, Villarino Marín A, García Alcón RM, Calle Purón ME, Marrodán Serrano MD. *Obesidad infantil en España: hasta qué punto es un problema de salud pública o sobre la fiabilidad de las encuestas*. Nutr Clin Diet Hosp 33: 80-8, 2013.