

SOBREPESO Y OBESIDAD. POLITICAS PÚBLICAS

“PROMOVER LA SALUD ANTES QUE PREVENIR LA ENFERMEDAD”

German Castellano Barca

Pediatra acreditado en Medicina de la Adolescencia

Presidente Asociación Ponte Sano contra la obesidad infanto-juvenil

Santander- Cantabria-España

INTRODUCCION

El sobrepeso y la obesidad se han convertido en muchos países en la principal causas de mala salud infanto- juvenil evitable siendo calificados por la OMS como la epidemia del siglo XXI.

Las consecuencias inmediatas en la salud de niños y adolescentes son de tipo psicológico por la mala imagen corporal que ofrecen, además de las dificultades para la actividad física y las relaciones y los amigos que son de gran importancia. Obviamente el sobrepeso y la obesidad influyen en patologías orgánicas complicando problemas ortopédicos, endocrinológicos, renales o cardio vasculares.

Las consecuencias a medio y largo plazo son de gran magnitud: diabetes, patología cardiaca, mental, vascular, cerebral y ortopédica que originan unos costes económicos de gran importancia al sistema sanitario y al laboral, además de la incidencia en la calidad de vida de los pacientes.

ALGUNOS DATOS

No disponemos de datos suficientes para hacer un análisis de la situación general pero creemos que las cifras españolas son un reflejo de la realidad en muchos países

Encuesta Nacional España 2012

Sobrepeso y obesidad afectan al 54% de la población adulta y al 27,8% de los comprendidos entre 2-17 años

Encuesta Servicio Cantabro de Salud 2012 a 8000 niños de 2-16 años

Sobrepeso 24,5%.Obesidad 11,3%

Encuesta Fundación Thao 2012 a 20.660 niños de 3-12 años

Sobrepeso 28%.Obesidad 7,1%

Estudio OCDE España 2013

37,1% niños 6-11 años sobrepeso. 34% adolescentes 12-19 años sobrepeso

Universidad de Murcia

Índice de masa corporal (IMC) en 178.894 niños de 2-14 años según criterios de:

IOTF (Internacional Obesity Task Force

OMS Fundación Orbegozo

Estudio Transversal Español de crecimiento (ETEC)

Sobrepeso 20,6%. Obesidad 11,4%. Sobrecarga ponderal 32%.

Universidad Castilla La Mancha 115 paciente diabéticos de 2 a 16 años

Sobrepeso: 28,68%. Obesidad 18,26%. Síndrome metabólico 3,22%

Fundación Jiménez Díaz de Madrid. Valoración de la evolución temporal del sobrepeso desde la edad prepuberal hasta la adolescencia. 206 niñas. 179 niños. Criterios IOTF

La prevalencia del sobrepeso evolucionó del 23% al 29,2% para los varones y del 32,6% al 21,4% para las mujeres.

El peso y el IMC a los 6-8 años explican un porcentaje importante del peso y el IMC en la adolescencia.

EEUU: según la AMA en informe de 2013 la obesidad se ha duplicado en los últimos 20 años y se ha triplicado entre los niños de una sola generación. En ese país hay 16 millones de vegetarianos y 7,5 millones de veganos.

La encuesta Global de Salud Escolar de Perú (MINSA, DGSP, Encuesta 201) indica que el 19,8% de escolares presenta sobrepeso o riesgo de obesidad siendo el 3% obeso. El sobrepeso es más frecuente en las zonas urbanas (16%) que en las rurales (7%).

DIETAS

La información general no es suficiente ni adecuada ya que se enfoca desde el punto de vista restrictivo, "se engorda porque se come mucho y mal", lo cual es cierto solo en parte, ya que en países desarrollados se calcula que es la falta de actividad física la responsable de un 60% o más del sobrepeso u obesidad. En la Universidad de Carolina del Norte (EEUU) se hizo el siguiente experimento:

800 adultos. Se ofreció comida rápida en cuatro variantes:

Sin información sobre la Kcal. aportadas

Con información calórica

Con las Kcal. y minutos necesarios de ejercicio para quemarlas.

Con las Kcal. y los Km. necesarios para bajar las grasas

Se comprobó lo siguiente:

Los usuarios pedían menús de 1020 Kcal. cuando no había información nutricional

Pedían menús de 927 Kcal. cuando se señalaban solo las calorías

Pedían menús de 826 Kcal. cuando se advertía de los Km. que tenía que recorrer para reducir grasas

Lo cual significa que el conocimiento sobre lo que se ingiere y lo que cuesta "neutralizar" ese alimento para que no se almacene en forma de grasa cambia el planteamiento alimentario. En España el 30% de los alumnos de 9-15 años tienen una actividad física insuficiente que aumenta al 50% en los de más de 15 años.

Caminar más de 1.600 m "quema" 88-124 Kcal. en hombres y 74-150 en mujeres dependiendo de la intensidad de la marcha. Entre 25 y 65 años se ganan como mínimo 6 Kg. y se pierden 6 Kg. de músculo. La movilización de las grasas a las vísceras implica un riesgo cardiovascular. Recordemos que solo el 5% de casos de obesidad se debe a mutaciones de genes.

Es evidente que la **dieta mediterránea** es saludable y compensa la mala genética que portan algunas personas; contiene frutas, verduras, hortalizas, pescado, aceite de oliva, pan, frutos secos (nueces, avellanas y almendras) y vino. En 2013 la revista Diabetes Care publica los resultados del estudio PREDIMED realizado por CIBER de Nutrición y obesidad en colaboración con la universidad norteamericana de Tufts llevado a cabo con 7.000 voluntarios españoles comparando la dieta mediterránea con una dieta baja en grasa.

Se sabe que las personas con dos copias de una variante genética también relacionada con la diabetes tipo 2, llamado gen TCF7L2 tienen tres veces más probabilidades de sufrir un ictus. A la vista de los resultados los que hicieron la dieta mediterránea tenían el mismo peligro que los que no tenían riesgo genético, la dieta contrarrestó la mala herencia genética. Las cifras de colesterol total, triglicéridos y lipoproteínas de baja densidad eran más altas en la dieta baja en grasa que en la mediterránea.

En cuanto a las **dietas milagro** en España la han probado el 31% de obesos de los cuales el 90% recuperan el peso inicial. No olvidemos la relación entre sobre peso y bebidas azucaradas. Una lata de refresco de 300 mL aporta 140-174 calorías. Se deben reducir los azúcares hasta la mitad de las llamadas calorías discretionales lo que supone 100-150 calorías o 6-9 cucharadas de azúcar.

Respecto a los tipos de comidas puede ser práctica esta clasificación:

Comida rápida: preparación y consumo rápido

Comida basura: preparación industrial, hipercalórica, hiperproteica, alto contenido de grasa y sodio, saciante

Comida chatarra: elaborada con componentes desechados para alimentos de calidad

OBJETIVOS GENERALES PARA LA PREVENCION

La sociedad no es consciente de la gravedad del problema porque esta patología es asintomática y existe la falsa creencia de que mejorará en la pubertad o en la adolescencia. Hacemos nuestros los objetivos de la Asociación Pontesano contra la obesidad:

1-Informar, divulgar y, sensibilizar en general sobre el problema de la obesidad y especialmente a las familias afectadas por el problema

2-Actuar contra este enfermedad desde las áreas asistencial y comunitaria para disminuir su continuo crecimiento.

3-Colaborar en la disminución del riesgo cardio-vascular y de otras enfermedades asociadas a la obesidad

4-Prevenir y tratar los problemas psicosociales que genera en niños y adolescentes (baja autoestima, fracaso escolar, incapacidad para actividad física o deporte)

5- Prevenir y tratar las enfermedades del adulto desde la infancia para lograr una mejor calidad de vida. Este aspecto no es valorado como se merece en las políticas sanitarias de los países.

POLITICAS PÚBLICAS. ESTRATEGIAS PREVENTIVAS

En la primera guerra mundial, 1913-1921, en EEUU surgió un movimiento de solidaridad con Europa por la hambruna en que esta se encontraba y se establecieron los lunes sin carne y los miércoles sin trigo. En 2003 se pusieron en práctica los lunes sin carne para reducir la ingesta calórica, lo que permitió que el consumo anual por habitante y año bajara de 83 Kg. a 75 Kg. Desde 2011 mil colegios de Los Ángeles no venden batidos de chocolate y en 2013 ofrecen los lunes sin carne.

Todas las medidas aportan beneficios pero los planes han de ser realistas, nacionales y a medio o largo plazo con una acción continuada.

POR QUÉ

El sobrepeso y la obesidad son un problema de salud pública
Sobrepeso y obesidad son el quinto factor principal de riesgo de defunción mundial
Son la principal causa de mala salud infanto-juvenil evitable
Principal causa de mala salud en la edad adulta
Alto coste económico
Producen afectación personal
Es una epidemia silenciosa

COMO

Evaluación del problema. Encuesta nacional.
Colaboración sanitarios y otros profesionales
Difusión y conocimiento a través de los medios de comunicación
Acciones grupales
Programas para 12 años revisables cada 4 años

ACTUACIONES

Realistas, alcanzables y evaluables
Formación de las familias a través de las Asociaciones de madres y padres en la escuela (AMPAS) o en otro lugar. Algunos podrán desempeñar el papel de formador.
Colaboración de los docentes los que se forma previamente entregándoles material para el uso en las clases. El aprendizaje de Educación para la Salud es asunto clave.
Formar a formadores, adolescentes y jóvenes con capacidad de liderazgo

OTROS ASPECTOS

Los sanitarios deben acudir a la escuela, como parte de su trabajo y dentro de horario laboral, para realizar talleres con los alumnos sobre alimentación y actividad física y deportiva. Posteriormente pueden delegar en los docentes quedando como asesores o para intervenciones puntuales.

Consulta específica para obesidad de niños y adolescentes que será la referencia para un territorio amplio y en la que intervienen pediatra, nutricionista y psicólogo, al menos.

Establecer a nivel nacional el mes o la semana de la prevención de la obesidad

ACTIVIDAD FISICA

La actividad física no reglamentada o con reglas estructuradas (deporte) mejoran el rendimiento escolar, el rendimiento cognitivo y la salud mental .Esta demostrado que los adolescentes con mejor condición física obtienen mejores resultados académicos.

El estudio europeo de investigación Health Behaviour in School-aged Children,HBSC indica que a los 15 años solo el 25% de los chicos y el 8% de las chicas siguen las recomendaciones sobre actividad física. Además el 24% de los chicos y el 46% de las chicas dedican dos horas o menos a la semana a la actividad física.

El Parlamento Europeo aconseja como mínimo tres horas de Educación Física a la semana en los colegios siendo recomendables 5 horas. Los ejercicios han de ser más intensos que los actuales por su acción beneficiosa sobre la dislipemia, diabetes, perdida de peso, hipertensión y ansiedad.

En el caso de adultos si no hay tiempo se puede fraccionar ese tiempo en tandas de 10 minutos. Cuando la condición física no es buena se recomiendan la natación, paseos progresivos hasta llegar a una hora, bicicleta estática y gimnasia de mantenimiento. Si la condición física es buena son recomendables el ejercicio aeróbico (caminar rápido, correr, deportes) así como los ejercicios musculares y de flexibilidad repetidos 15 veces.

EJEMPLOS PRACTICOS

- Antes de impartir un taller o una charla hacer a los alumnos 10 preguntas-encuesta sobre conocimientos mínimos de alimentación, actividad física, gasto calórico. Se repetirán al acabar la sesión comprobando si hay mejoría.
- 2- Leer una etiqueta de un alimento y comentar de forma participativa su contenido. Por ejemplo: el hecho de que la etiqueta indique que el producto contiene aceites vegetales no aclara nada ya que no es lo mismo aceite de oliva, de coco, palma, cacahuete o girasol.
- 3- Mostrar en una diapositiva las calorías que hay en 100 grs. de pan, yogur, pescado o marisco, chocolate, queso en lonchas, yema de huevo, clara de huevo, legumbres, jamón, bollería, azúcar, embutidos, leche mantequilla, frutas, verduras, aceite, jamón cocido.
Fijarse en las diferencias que hay entre pan y bollería, yogur y azúcar, pescado y carne, chocolate y leche, queso y mantequilla, huevo y frutas.
- 4- Enseñar que el saldo energético es el resultado de las kilocalorías ingeridas menos las consumidas por el metabolismo basal menos las consumidas por la actividad física. Calcular en números.
- 5-Mostrar el consumo de Kcal. de diversas actividades: ver la televisión, caminar a 4,5 Km. por hora, trabajar en el jardín, cavar con pala, tiempo

de ocio, serrar madera, andar en bicicleta a 20 Km. hora, correr a 10 Km. hora, bailar.

Se acaba haciendo algún cálculo calórico.

EPILOGO

Es hora de abandonar las eternas lamentaciones y pasar a la acción. Estamos justamente preocupados por múltiples patologías pero el sobrepeso y la obesidad también merecen una atención diferente a la que se la presta en la mayoría de los países.

El Dr. López Vega escribía en “El Diario Montañés” de Santander en agosto de 2013 lo siguiente:” Un país formal, inmediatamente y como mínimo para todos los alumnos que empiecen su periplo académico en el inminente curso, impondría una obligación absoluta: que la educación física, en su mas amplia acepción, al modo de los antiguos griegos, sea una asignatura tan exigente como la lectura o la tabla del 6.

Combatir la obesidad infantil se ha convertido en cuestión de supervivencia nacional. Quien ha malgastado media vida luchando contra ese engendro sabe que de no hacerlo lo pagaremos carísimos en medicinas contra la diabetes, prótesis para rodillas aplastadas por grasa y muertes prematuras por reventones arteriales”.

BIBLIOGRAFIA

- 1..Asaf Vivante MD;Eliezer Golan, MD; Dorit Tzur,MBA;Adi Leiba, MD;Amir Tirosh ,MD,PhD; Karl Skorecki,MD;Ronit Calderon-Margalit,MD,MPH. Body Mass Index in 1.3 Million Adolescents and Risk for End-Stage Renal Disease Arch Intern Med 2012; 172(21):1644-1650. Publisher on line October 29, 2012, doi: 10.1001/2013 jamaintermmed 85
2. D. Caballero Mariscal, F J Huertas Delgado. Educación física y deporte como instrumento de resiliencia en menores inmigrantes. Revista “A tu Salud”, (declarada de interés científico por la UNESCO). Nº 81 marzo 2013
3. Consulta para Obesidad infanto-juvenil. García Fuentes. Álvarez Granda. R Sainz Lanza. Hospital Universitario Valdecilla. Santander.España.2013.
4. Consejos de Nutrición para adolescentes.2013. Asociación Pontesano contra la obesidad.Santander. España. Castellano G, Pesquera R, Valdés R, Otero JA, Arce P, García Fuentes M, Gutiérrez JN, Lanza R.
5. Cuadernos FAROS. VII. Observatorio de salud de la infancia y adolescencia. Hospital San Joan de Deu. La actividad física mejora el aprendizaje y el rendimiento escolar. Barcelona 2013
6. V. Martínez Suárez, I Vitoria Miñana, J Dalmau Serra. Fast food frente a dieta mediterránea. Acta Pediatr Esp 2012; 70 (11): 410-417

7. S del Villar-Rubin, R Escorihuela Esteban, A Garcia-Anguita, L Ortega Moreno y C Garcés Segura. Valoración de la evolución temporal del sobrepeso desde la edad prepuberal hasta la adolescencia. *An Pediatr (Barc)*.2013;78(6): 389-392
8. D Yeste Fernandez, Carrascosa Lezcano. Obesidad. Etiopatogenia. Factores de Riesgo. Evaluación y tratamiento. Medina de la Adolescencia. Atención Integral, 2^a ed. MI Hidalgo. A Redondo, G. Castellano. Editorial Ergon 2012.