

OBESIDAD INFANTIL: EL PROBLEMA OCULTO A LA VISTA



Fecha: 14 de junio de 2022.

Entrevista aplicada en el Hospital Infantil del Estado de Sonora (HIES).

Entrevistado: Dr. Jaime Gabriel Hurtado Valenzuela, médico por la Facultad de Medicina UNAM. Médico Pediatra HIES-UNAM, coordinador de especialidades médicas HIES. Profesor Titular de Pediatría UNAM. Socio titular de la Academia Mexicana de Pediatría. Editor del Boletín Clínico del Hospital Infantil del Estado de Sonora.

Entrevistadora: Iyya Deni Bernal Cruz, estudiante de séptimo semestre de la Licenciatura en Medicina de la Universidad de Sonora y asistente de editor en jefe en la *Revista Estudiantil de Medicina de la Universidad de Sonora*.

Introducción

La obesidad se define como la acumulación excesiva de grasa de origen multifactorial y representa un riesgo para el desarrollo de enfermedades cardiovasculares y metabólicas. Actualmente, México es uno de los países con mayor índice de sobrepeso y obesidad en el mundo, presente tanto en adultos como en niños. En el caso de la obesidad infantil, su prevalencia va en incremento a nivel nacional, al igual que la presencia de enfermedades crónicas a edades tempranas. A pesar de su origen multifactorial, el 95 % de los casos de obesidad infantil presentan componentes ambientales debido a la cultura, sedentarismo y hábitos alimenticios de la población.

- Deni Bernal: ¿Cuáles son los principales síntomas derivados de la obesidad que se presentan en consulta? y, ¿en qué medida estos afectan la calidad de vida de los niños?

Dr. Hurtado: Prácticamente son los mismos síntomas y signos que el adulto con obesidad tiene; sin embargo, aquí en el campo pediátrico lo que hemos visto en la clínica es que los problemas de tipo psicoemocionales son los que se presentan con mayor frecuencia. Conforme pasa el tiempo, meses o años inclusive, se pueden presentar otro tipo de patologías o comorbilidades que hemos revisado. Una comorbilidad muy frecuente aquí en Sonora en los niños con obesidad es el problema respiratorio, especialmente asma, además de todo lo derivado de una mala alimentación, por ejemplo la resistencia a la insulina, el síndrome metabólico, problemas ortopédicos, etcétera. El principal problema que afecta a los niños, especialmente en la edad escolar, son los problemas psicoemocionales, ya sea en el ámbito familiar o en el escolar, disminuyendo su calidad de vida y su bienestar emocional.

ENTREVISTA CON PROFESIONALES

- En sus años de experiencia, ¿cuáles son las repercusiones psicológicas más frecuentes en los pacientes con obesidad durante su infancia?

R: La baja autoestima es el principal rasgo que tienen la mayoría de los niños con obesidad; de hecho, pueden llegar a sentirse marginados, sintiéndose muy apartados de grupos sociales. Algunos niños incluso desertan de sus actividades comunes en la escuela debido al acoso escolar o burla por otros niños. Al final de las consultas, una vez que los pacientes se encontraban más tranquilos, les preguntaba cuál era la razón por la cual querían mejorar su peso y la mayoría respondía que por burlas en su escuela, lo que representa un problema muy serio, debido a que repercute en toda su formación básica y desde luego en sus relaciones interpersonales.

- ¿Qué tan común es el desarrollo de trastornos alimenticios en niños con obesidad?

Afortunadamente no es tan frecuente. Principalmente se presentan en adolescentes, especialmente en mujeres, debido a que tratan de mejorar su apariencia de alguna forma u otra. Muy probablemente un adolescente de 16-17 años va a tener sus episodios de atracones o inclusive hasta bulimias, pero no suelen presentar trastornos de mayor severidad; estos se manifiestan de forma independiente de la obesidad.

- ¿Cuáles son los instrumentos y parámetros de ayuda para el diagnóstico de obesidad en niños? y ¿cuáles son sus diferencias a los que se aplican en adultos?

R: Todo es en relación a las curvas de crecimiento y desarrollo en las cuales nos guiamos, esto considerando a la etapa pediátrica como un período de cambios, desde recién nacido hasta la adolescencia. Hay algunos índices, como el índice de masa corporal (IMC), que se utilizan mucho en el adulto. Este también se recomienda aplicar en el niño a partir de los dos años; sin embargo, no se aplica de la misma forma, pues para eso utilizamos las famosas percentiles o desviaciones estándar (puntaje Z) y, en base a esas herramientas junto con el uso del software ANTHRO, el cual tiene alta disponibilidad, nos apoya mucho. Otras medidas fundamentales, como el peso corporal total, la estatura o longitud, en el caso de la edad del niño, no dejan de ser importantes, como también el perímetro abdominal y la exploración física. De igual forma, nunca debe faltar la toma de la presión arterial, utilizando instrumentos y baumanómetro adecuados a la edad del niño. Con eso se establece el diagnóstico de obesidad, aplicando a los puntos de corte de cada gráfica que se utilice.

Precisamente, con base en eso estaba pensando, hace poco hicimos un examen profesional de uno de ustedes (estudiantes) y me llamó la atención que, en la consulta externa al estar aplicando el examen profesional práctico, llegó una niña y el futuro médico la vio y la revisó, etcétera, y su diagnóstico fue un problema de amígdalas, pero la niña además presentaba un sobrepeso muy importante. Al final de cuenta lo comentamos y da la impresión de que uno como médico ya está acostumbrado a ver a los niños con obesidad sin tomarlo en cuenta, lo cual considero es algo muy serio. Entonces sí es importante que uno como trabajador de la salud en primer lugar, ya sea en el niño o en el adolescente, analice la relación entre el peso y la estatura, porque no es posible que no estemos diagnosticando obesidad, que representa un problema grave, y sí diagnosticamos amigdalitis, diagnosticamos problemas de oído, ya que se nos hace fácil ver a la obesidad como algo habitual, y considero que ahí está el gran problema.

ENTREVISTA CON PROFESIONALES

- ¿Cuáles son los principales desafíos y limitantes en el abordaje de un paciente pediátrico con obesidad?

R: La obesidad es un problema no tanto médico, sino que representa un problema social tremendo. Iniciamos la clínica de obesidad hace 17 años, en el 2005, y pues aprendimos mucho. Tratamos de dar servicio a los niños, ayudarles a sus familias, pero finalmente uno se frustra un poquito. Porque el esfuerzo que hace uno de forma individual no se continúa de manera progresiva en el medio ambiente del paciente, por lo cual es un reto tremendo y una limitante muy seria. Uno quisiera hacer muchas cosas de impacto social, pero no hay tanto tiempo y tampoco hay muchas personas preparadas, especialmente los que tienen poder en la toma de decisiones de políticas de salud.

Al contrario, en otros países inclusive se han unido todos los actores de alto impacto social: ingenieros, arquitectos, productores, abogados, etcétera, con un fin común, que es el disminuir esta tendencia. Alguna vez se trató de hacer aquí en Sonora, pero desgraciadamente no se continuó y lo que se hizo fue muy poco.

No sé si tú te acuerdes de la famosa “Ley Churrumais”, aquella de hace 15-20 años, en ese entonces si participamos en eso, pero no hubo seguimiento y la industria productora de alimentos chatarra o poco saludables es demasiado poderosa. Entonces es una pena lo que pasa y, ahora con la pandemia, con el confinamiento y distanciamiento, aumenta el sedentarismo en toda la población, especialmente en los niños. Todavía no tenemos resultados que demuestren que ha pasado con este problema, seguramente aumentó; es mi hipótesis, habría que esperar.

Es un reto tremendo: desde ciudades nada amigables para caminar, más con el calor que tenemos aquí, lugares donde no se puede realizar actividad física por que están medio abandonados, la inseguridad, y desde luego, el comercio tan fuera de control de tanto alimento nada nutritivo pero muy atractivo para los niños; los jugos, las sodas, los panquecitos, las tortillas, el exceso de todas esas cosas. Por lo tanto, es un gran obstáculo para los encargados en políticas de salud.

- En su experiencia, ¿qué estrategias resultan más efectivas para lograr un mejor apego a los cambios en el estilo de vida en estos pacientes?

R: Yo considero que la estrategia más efectiva es involucrar a la familia y hablar claramente con ellos, lo cual puede sonar medio brusco, pero ni modo, hay que decirlo y decirle a los familiares que, si ellos no ponen de su parte, el niño no les va a hacer caso. Por eso es muy importante la clínica de obesidad para involucrar a los padres del paciente, especialmente a la mamá, pero a ambos sería lo mejor, y así como pesamos y medimos al niño, pesar y medir a la mamá y estarla checando cada vez que viene a consulta.

El seguimiento es básico, no es suficiente con que venga un paciente con obesidad, le demos una receta, le planteamos una dieta, etcétera, y ahí a ver cómo le va, eso no va a funcionar, va a terminar siendo un fracaso. Idealmente, en la clínica de obesidad que nosotros inicialmente hicimos, teníamos un médico

pediatra que era un servidor. Se sugiere un médico pediatra, un nutriólogo o nutrióloga, un psicólogo y un trabajador social. Idealmente, ese trabajador social debe estar pendiente de que todos los pacientes vengan y si no vienen, del por qué no vienen. Inclusive, un activador físico sería muy útil. Pero yo creo que lo principal es involucrar a la familia y hablarles muy claro, decirles que si su niño no se cuida va a tener muchos problemas, e incluso va a vivir menos que ellos. Ni modo, hay que decirles que van a empezar a tener problemas de síndrome metabólico y un montón de cosas. Y ahí los ve uno cuando llegan así después en la escuela con su acantosis nigricans, con su obesidad, algunos hasta con problemas en las rodillas. ¿Ahí qué se va a hacer? Pues ya mejorar un poco al menos la calidad de vida, pero entre más rápido y temprano se intervenga a un niño, está bien demostrado que las tasas de éxito en el manejo son mayores: 80 % de éxito si el paciente es un lactante, 10 % o 20 % de éxito si el niño es un adolescente. Por eso ahora mi interés es la prevención, pero ese es otro boleto.

- ¿Cuándo se sospecha que el origen de la obesidad no es producto del estilo de vida? y, ¿cuáles son las etiologías que principalmente se asocian?

R: En relación a la obesidad infantil y en general, se puede decir que el 95 % de las causas son ambientales y un 5 % son por alguna causa genética, neurológica, medicamentos o endocrinológica, principalmente hipotiroidismo, algunos síndromes raros, como el síndrome de Prader Willi por ejemplo; y algunos niños que están manejados de forma crónica con medicamentos, incluso con esteroides, pueden llegar a presentar síndrome de Cushing, como hemos visto aquí. Pero de estos, el 95 % o cerca del 100 % son de causa ambiental y empieza desde que la mamá optó por no darle leche materna al paciente, y si no está recibiendo leche materna, a la mamá se le facilita empezar a darle jugos, mismos que representarán un problema serio, a los 2, 3, 4 años de vida inicial y eso lo vemos de manera frecuente.

Entonces, cuando la mamá también tiene sobrepeso y le falta información y educación, suele pensar: “ah cuando esté grande se le va a quitar”, y sabemos que no es cierto, generalmente no es así. Entonces sí, eso es ambiental y hablamos de la comida chatarra, hablamos de la alimentación complementaria también, que a veces se adelanta o se atrasa de forma inadecuada.

Si una mamá amamanta en forma exclusiva a un bebé hasta los 6 meses de edad, le hace una alimentación complementaria adecuada, este niño prácticamente se saca la lotería en relación a esto, porque en esos 3-4 años la mamá va a estar muy pendiente, el problema es cuando el niño entra a la escuela y empieza a recibir un montón de influencias de todo tipo y, si no tiene esa preparación la mamá o no tiene toda la información, seguramente ese niño va a ser un consumidor rutinario de juguitos, panecitos y todo ese tipo de cosas.

Cuando empezamos la clínica de obesidad, era la primera clínica que se hacía aquí a nivel regional. Entonces cuando empezamos, me acuerdo que llegaron algunos pacientes de Tucson y de Phoenix y me asombraba. Bueno, a parte los niños llegaban ya con obesidad seria y me asombraba de la comida que les daban en la escuela, con dieta a base de alimentos con una alta cantidad de calorías, como pizza y espagueti, además de bebidas como sodas. Espero no lleguemos a eso aquí.

ENTREVISTA CON PROFESIONALES

- De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), en algunos países en vías de desarrollo se registra una "doble carga" de morbilidad, debido al aumento de las tasas de obesidad y a la vez de desnutrición, ¿se ha visto este fenómeno dentro de nuestra comunidad? y de ser así, ¿a qué se debe?

R: El bajo peso o desnutrición, pues no es frecuente en nuestra comunidad, o sea la desnutrición primaria afortunadamente ha disminuido, sin embargo, existe y va aumentando mucho la desnutrición secundaria; cada vez se diagnostican y se ven más problemas crónicos en los niños. Los niños, por ejemplo, postoperados con cirugías grandes, los niños con antecedentes de prematuridad que son muchos, los niños con problemas de otras enfermedades crónicas, tarde o temprano se empiezan a estancar en su peso y a eso se le llama desnutrición secundaria, no tanto desnutrición primaria, que eso prácticamente va de la mano con la pobreza, a pesar de que tenemos una prevalencia de pobreza muy alta; sin embargo, desde hace 20 años o más ya no vemos tanto como en aquel tiempo, ahora lo que estamos viendo es la desnutrición secundaria, y si, en otros países se ha visto esa paradoja, esa presencia, tanto de desnutrición como de obesidad. En otras partes se le llama a eso malnutrición, que involucra a lo que es la obesidad y el bajo peso. No obstante, ha aumentado mucho el sobrepeso, el exceso de peso y la desnutrición secundaria. La desnutrición primaria se ve generalmente en lugares marginados.

- Considerando el aumento en la tasa de obesidad infantil en los últimos años, ¿cuáles son los retos que enfrenta el sistema de salud para satisfacer las necesidades de la población?

R: Aquí en Sonora, de cada 100 mujeres mayores de 20 años, casi el 80 % tienen exceso de peso, y eso es un reflejo de que las políticas no son las adecuadas, por diferentes causas. La obesidad no es algo sencillo, es un problema multifactorial muy complejo, porque involucra muchos aspectos y desde luego, si vemos esa prevalencia en las personas adultas, especialmente en las mujeres, pues son mujeres la mayoría con hijos y eso se va a reflejar en sus niños.

Entonces es un obstáculo para la secretaría de salud, en relación a lo que se va a hacer en unos 10, 15, 20 años. Sabemos que la diabetes, por ejemplo, hace años se presentaba en el 8 % de la población y en la actualidad ya estamos en un 11-12 % y eso va aumentando y le estamos echando "más leña al fuego". Ahí te van tantos, otra generación de niños con obesidad. Sí, imagínate el reto que va a haber ahí de costos y muchas cosas, pero principalmente, en el caso de los niños, la mala calidad de vida.

- En los últimos años se ha documentado que la lactancia materna disminuye el riesgo de desarrollar obesidad infantil, ¿cómo funciona este factor protector?

R: Pues es lo que quisiéramos saber, sabemos que funciona, no funciona como quisiéramos. Lo que se sabe es que la lactancia materna exclusiva prolongada, es decir, que sea 6 meses y después la mamá que continúe alimentando de forma complementaria, pero que continúe con la lactancia. Especialmente en Alemania, hubo un trabajo muy interesante en donde concluyeron eso, esos niños que estuvieron prolongando la lactancia primero exclusiva y después de forma combinada tuvieron un riesgo mucho menor de obesidad a los 4, 5, y 6 años. Eso lo hicimos también aquí en otro estudio en el que hicimos en una tesis, comprobamos que sí, el hecho de que un niño reciba leche materna de forma exclusiva si es un factor de protección para eso, ¿por qué? porque imaginemos que un niño está recibiendo leche materna exclusiva, yo me imagino a la mamá delgada debido a que la lactancia materna no te permite engordar, la mamá está produciendo leche, se preocupa por el bebé, por su figura, etcétera, y esto condiciona a un ambiente poco obesogénico en el hogar.

ENTREVISTA CON PROFESIONALES

Muchos estudios son en pacientes hasta los 4, 5, o 6 años, porque después el niño entra a la escuela y ya se pierde esa influencia; sin embargo, se ha comprobado especialmente en relación con los primeros mil días de vida, toda la cuestión de programación metabólica y que ahorita está muy de moda con la cuestión de la epigenética; ese período en el cual el niño estuvo recibiendo leche materna exclusiva lo va a proteger inclusive hasta la edad adulta, especialmente de obesidad y de todos los problemas crónicos que esto conlleva, hasta se habla de que les va mejor en relación con su estado económico, eso se ha demostrado en diversos estudios epidemiológicos.

Lo bueno es que cada vez sabemos más de los diferentes componentes que contiene la leche materna; existen muchas sustancias, hormonas, etcétera, que regulan el apetito del niño; entonces el niño que mama, se despega del pecho de la mamá cuando se siente lleno y se siente el niño satisfecho y la mamá se queda satisfecha también porque ya comió; pero en cambio, la mamá que le está dando con biberón, si le da tan sólo 2 onzas al niño no se queda a gusto, tiene que terminárselo, esas son diferencias muy interesantes y muy obvias. Probablemente a la hora y media, dos horas, va a pedir otra vez y se le puede dar y eso es muy importante para saber cuando el niño tiene hambre y cuando se está satisfecho. Las mamás que dan biberón no conocen esta información, porque están viendo el reloj “ya le toca comer”, a veces hasta despiertan al pobre niño porque ya le toca comer y “¿cómo no vas a comer?” si el niño no tiene hambre. Entonces ahí le empiezan a dar a fuerzas al niño y el niño se confunde, y piensa que hay que comer aún sin hambre y ahí viene la génesis de todo esto. En cambio, al niño amamantado no le pasa eso, a fuerza no le va a dar la mamá, el niño no va a querer, simplemente se va.

Y hay muchas otras teorías, pero principalmente creo que son esas, desde luego la calidad de la leche, la leche de fórmula, las fórmulas perdón, no son leches, pues son derivados de la vaca, son proteínas de la vaca, las modifican y hacen una serie de modificaciones, pero no completamente bien. Por lo tanto, si uno ve el contenido de esto y la compara, son diferentes. La leche humana es muy variable. Al inicio, las glándulas mamarias de la mamá producen una leche rica en hidratos de carbono, pero al final producen leche rica en grasa, ¿por qué? porque el niño necesita la grasa para quedarse somnoliento un poco más de tiempo, y a medida que va cambiando y a medida que va evolucionando, la leche va cambiando también. De hecho, la leche en la mañana no es la misma que la de la noche; eso no lo tienen las fórmulas.

Entonces, son muchos aspectos interesantes del por qué finalmente se concluye que un niño que se alimenta de forma adecuada con leche exclusiva materna, tiene un poco menos de riesgo de ser obeso y de tener todas las enfermedades de la obesidad.

- ¿Cómo podemos contribuir como médicos de primer contacto para romper con la creencia arraigada de que un niño obeso es un niño sano?

R: Bueno, en primer lugar, conocer bien lo que es el tema, conocer, saber que la obesidad es un estado patológico, ya lo considera así la OMS, y el factor común de la obesidad es una inflamación crónica, entonces todo esto va a provocar (tarde o temprano) lesiones orgánicas y, posteriormente, problemas psicológicos y emocionales.

ENTREVISTA CON PROFESIONALES

Eso hay que tenerlo muy claro, y expresarlo a los familiares, porque esa es la labor del médico, aparte de tratar, de asistir, es de educar también y, si se puede algo de investigación, mucho mejor. Pero educar a los familiares, educar a nuestra familia, empezando por uno mismo, porque no podemos estar hablando así de cosas si uno no aporta. Involucrar un poquito más a, pues antes, antes se hacía la lucha, por lo menos un poquito más en relación con la Secretaría de Salud. Pero si se ha visto como que muchas cosas se han descuidado, pero esa es otra historia.

Ahora, es un reto individual para uno como médico, qué más quisiera que todo mundo estuviera con lo mismo, por eso te digo que a veces es frustrante, muchas de las veces es muy frustrante manejar este tipo de pacientitos. Entonces la mejor forma es involucrarse y la prevención, desde que la mamá va a empezar, o piensa casarse, desde ahí hay que empezar. Hay muchas cosas que se pueden hacer, pero sin una política clara y eficiente los intentos a veces son un poquito frustrantes.

Alguna vez algún médico de allá de Estados Unidos comentó que aquí en México tenemos esfuerzos muy aislados, unos por acá, por allá, y en otras partes todo está bien engranado, nos hace falta mucho eso.