

Trastornos de la alimentación: anorexia y bulimia. Obesidad infantil

Dra. Caridad Gimeno*, Dra. Loreto Peyró**

*Departamento de Ciencias Biomédicas. Universidad CEU Cardenal Herrera.

**Departamento de Enfermería. Universidad CEU Cardenal Herrera.

Obesidad infantil

La obesidad infantil es uno de los problemas más graves de salud pública del siglo XXI. La prevalencia está aumentando a un ritmo alarmante. Cálculos recientes estiman que hay 42 millones de niños con sobrepeso en todo el mundo, de los que cerca de 35 millones viven en países en desarrollo. La prevalencia es mayor en entornos urbanos. En España, los datos que muestra la Encuesta Nacional de Salud (ENS, 2013) son muy preocupantes: un 27,8% de los niños españoles entre 2 y 17 años padece sobrepeso u obesidad y se manifiesta de forma similar en ambos sexos.

La importancia de este aumento ponderal estriba en que la mayoría de los niños seguirán esta tendencia en la edad adulta. Por tanto, tendrán más probabilidades de padecer a

edades tempranas patologías como diabetes, enfermedades cardiovasculares, enfermedades respiratorias, articulares y trastornos psicológicos, entre otras.

¿Qué son el sobrepeso y la obesidad?

El sobrepeso y la obesidad se definen como una acumulación anormal o excesiva de grasa que supone un riesgo para la salud.

¿Cuál es su etiología?

La causa fundamental del sobrepeso y la obesidad infantiles es el desequilibrio entre la ingesta y el gasto calórico. La OMS afirma que es atribuible a varios factores, tales como:

- El cambio dietético mundial hacia un aumento de la ingesta de alimentos hipercalóricos con abundantes grasas y azúcares,

módulo 3

Prevención y situaciones de riesgo

13 Trastornos de la alimentación: anorexia y bulimia. Obesidad Infantil

14 Prevención de las sustancias de abuso en el adolescente

15 Salud bucodental. Problemas más frecuentes durante el crecimiento

©THINKSTOCK



pero con escasas vitaminas, minerales y otros micronutrientes saludables.

- La tendencia a la disminución de la actividad física debido al aumento de la naturaleza sedentaria de muchas actividades recreativas, el cambio de los modos de transporte y la creciente urbanización.
- Otras causas sociales atribuibles a las políticas en materia de agricultura, transportes, planificación urbana, medio ambiente, educación y procesamiento, distribución y comercialización de los alimentos.

Al contrario que la mayoría de los adultos, los niños y adolescentes no pueden elegir el entorno en el que viven y, dependiendo de las circunstancias, los alimentos que consumen. Asimismo, tienen una capacidad limitada para comprender las consecuencias a largo plazo de su comportamiento en relación con el estilo de vida.

¿Cómo se evalúa la obesidad en los niños?

Resulta difícil encontrar una forma simple de medir el sobrepeso y la obesidad en niños y adolescentes porque su organismo sufre una serie de cambios fisiológicos a medida que van creciendo. Dependiendo de la edad, existen varios métodos para determinar qué es un peso corporal saludable. Para ello la OMS recomienda utilizar entre los 0 y los 5 años *Los Patrones de crecimiento infantil de la OMS*, presentados en abril de 2006, que incluyen mediciones del sobrepeso y la obesidad en lactantes y niños de hasta 5 años (<http://www.who.int/nut-growthdb/en/>). La OMS ha elaborado también *Datos de referencia sobre el crecimiento entre los 5 y los 19 años*. Se trata de una reconstrucción de la referencia de 1977 del Centro Nacional de Estadísticas Sanitarias (NCHS)/OMS y utiliza los datos originales del NCHS, complementados con datos de la muestra de menores de 5 años uti-

CASO PRÁCTICO

Planteamiento

Niño de 10 años de edad. Talla 1,40 m. Peso: 45 kg. IMC: 30,82. Analítica, TA y resto de la exploración física normales. Antecedentes personales sin interés. Antecedentes familiares: padre con obesidad tipo I, hipertenso, fumador. Hermana y madre con normopeso. Familia con hábitos sedentarios. Vivienda con ascensor. Acude al colegio a pie. Actividades extraescolares: clases de inglés y guitarra. El tiempo restante estudia, juega a videojuegos o a la wii con su hermana. El fin de semana baja al parque por las mañanas y el sábado por la tarde acude a un centro comercial cercano con los padres, donde compran y van a cenar y al cine. Es un buen estudiante. No le gusta practicar deporte, ni jugar al fútbol, pero en los recreos suele jugar con otros niños al escondite o similares.

La madre está preocupada y es la que le acompaña a las visitas. ¿Cómo podemos ayudar? ¿Cómo conseguimos tener éxito en el tratamiento?

Resolución

Debemos explicar al niño que se puede conseguir un peso adecuado. Otros muchos niños anteriormente que se han responsabilizado y colaborado en el tratamiento lo han logrado. No va a pasar hambre pero debe seguir las recomendaciones que se le marquen en cuanto a la alimentación y estilo de vida activo. La familia debe apoyar haciendo el mismo tipo de dieta y participando con él en actividades de ocio no sedentarias. Le prepararemos una dieta o una tabla de recomendaciones con lo que debe comer a diario u ocasionalmente siguiendo las recomendaciones de la pirámide de los alimentos para niños y adolescentes. Será importante hacer un seguimiento de los progresos del paciente para ayudarlo y reforzar su actitud.

lizada para elaborar los patrones de crecimiento infantil de la OMS (<http://www.who.int/growthref/en/>).

Lo ideal es contar con gráficas del propio país para valorar la situación y evolución de los niños.

Se establece el diagnóstico de obesidad cuando el IMC es superior o igual al percentil 95 o superior a 2 desviaciones estándar de la media para la edad y sexo. Un IMC por encima del percentil 85 para su edad y sexo define el sobrepeso en niños. Por debajo de los 2 años no se recomienda el empleo de IMC, sino la proporción del peso para la talla, considerando obesidad un porcentaje igual o

superior al 120%. Es fundamental valorar las gráficas de crecimiento y peso de forma conjunta. Evaluar no solo la situación en el momento del estudio, sino sobre todo ver la evolución previa de aquellas para poder determinar la gravedad o no de la situación (un sobrepeso mantenido es diferente a una ganancia ponderal reciente). Así se podrá determinar mejor la posible etiología del sobrepeso y orientar el tratamiento.

También será necesario completar una anamnesis y exploración física que incluya:

- *Antecedentes familiares*
– Nivel socioeconómico y cultural.

- Peso y talla actual y pasada de familiares directos.
- Características de la alimentación de la familia.
- Hábitos lúdicos y práctica de deporte familiar.
- Vivencia familiar de la obesidad del niño.
- Ganancia del peso de la madre durante la gestación.
- *Antecedentes personales*
- Peso, longitud y semanas de gestación al nacimiento.
- Enfermedades, operaciones previas.
- Tratamientos recibidos.
- Conducta del paciente (casa, colegio, amigos).
- Rendimiento escolar.
- Vivencia del niño frente a su obesidad.
- Encuesta dietética completa.
- Práctica de ejercicio habitual (tipo y duración).
- Actividades de ocio sedentarias
- Medio de transporte para ir al colegio.
- *Exploración física completa incluyendo antropometría*
- *Exploración complementaria*
- Bioquímica general.
- Hemograma.
- Tensión arterial.

¿Qué se puede hacer para luchar contra la epidemia de obesidad infantil?

La prevención es la opción más viable para poner freno a la epidemia de obesidad infantil. De hecho, deberíamos hablar de Promoción de la Salud. Promocionemos desde la infancia estilos de vida saludables.

Para frenar la epidemia de obesidad infantil es necesario un compromiso político sostenido y la colaboración de muchas partes interesadas, tanto públicas como privadas. Los gobiernos, los asociados internacionales, la sociedad civil, las organizaciones no gubernamentales y el sector privado tienen un papel fundamental en la creación de en-



tornos saludables y de condiciones de asequibilidad y accesibilidad de opciones dietéticas más saludables para los niños y los adolescentes. El objetivo de la OMS consiste en movilizar estos grupos e involucrarlos en la aplicación de la estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud.

En el año 2005, el Ministerio de Sanidad, a través de la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN), puso en marcha la Estrategia NAOS, o Estrategia para la Nutrición, Actividad física y prevención de la Obesidad. La entrada en vigor de la Ley 17/2011, de 5 de julio, de Seguridad Alimentaria y Nutrición, además de dar respaldo político a la Estrategia NAOS, establece y enmarca varias líneas de acción ya iniciadas e impulsa el desarrollo de otras. La primera de ellas es la elaboración del plan quinquenal que ha de articular la nueva Estrategia NAOS, y que priorizará medidas dirigidas a la infancia, la adolescencia y las mujeres gestantes. Para ello una de las herramientas o estructuras que también articula la Ley de Segu-

ridad Alimentaria y Nutrición es el Observatorio de la Nutrición y de Estudio de la Obesidad, que con sus funciones, establecidas en dicha norma, tiene que ser el punto de referencia en el conocimiento del estado de la obesidad en España y de sus factores determinantes, y en cuya creación y puesta en marcha estamos actualmente inmersos.

Papel del farmacéutico en la lucha contra la obesidad infantil

En la lucha contra la obesidad infantil es primordial el trabajo conjunto de los profesionales sanitarios para crear estilos de vida saludables. Es necesario trabajar tanto con niños sanos como con los obesos y sus familiares en la asimilación de determinadas actitudes. ¿Qué debemos cambiar?

Modificaciones en el estilo de vida de los niños

- Aumentar la actividad física: un mínimo de 60 minutos diarios de actividad física de intensidad moderada o vigorosa que sea adecua-

Asociación Valenciana de Familiares y Enfermos con Trastornos Alimentarios (AVALCAB)

Hablamos con la Asociación Valenciana de Familiares y Enfermos con Trastornos Alimentarios (AVALCAB) para conocer mejor los problemas y necesidades de estos pacientes y sus familiares, y saber lo que unos y otros esperan de los profesionales de la salud.

¿Cuáles son los principales objetivos de la Asociación?

La prevención y detección precoz de los trastornos de la conducta alimentaria, especialmente en los grupos de mayor riesgo, así como las campañas de sensibilización social. También están entre nuestros objetivos la atención a familiares y pacientes, el acompañamiento a ambos colectivos desde que acuden a la Asociación y la orientación en la búsqueda de los recursos sanitarios para el abordaje de los trastornos de la conducta alimentaria.

¿Cuáles son, en la actualidad, sus necesidades más importantes?

Nuestra principal necesidad es lograr que la Administración ofrezca los recursos profesionales y materiales necesarios para los pacientes. Otras necesidades son

consolidar el proyecto de la Asociación mejorando el equipo de profesionales y voluntarios, conseguir los medios necesarios para la financiación, lograr la Declaración de Utilidad Pública e implantar un eficiente sistema de calidad.

¿Qué esperan de los médicos?

Profesionalidad en la atención a pacientes y familiares.

¿Qué esperan de los farmacéuticos?

Atención primaria y orientación hacia los recursos médicos y de la Asociación a todos los afectados. Que conozcan la guía que elaboramos para todos ellos a solicitud del Colegio de Farmacéuticos de Valencia.



¿Qué esperan de los enfermeros?

Profesionalidad y cercanía con pacientes y familiares. Conocimiento profundo de los trastornos de la conducta alimentaria para dar la atención que cada uno necesite y seguimiento de la evolución de cualquier tratamiento, siempre que lo estime oportuno el profesional que dirija el tratamiento de cualquier paciente.

da para la fase de desarrollo y que conste de actividades diversas. No solo es deporte.

- Disminuir las actividades de ocio sedentarias: TV, consolas, ordenador...
- Dormir un número de horas adecuado a la edad.

Pautas dietéticas:

- Aumentar el consumo de cereales integrales, frutas y hortalizas, legumbres, y frutos secos.
- Aumentar el consumo de pescado.
- Disminuir el consumo de carnes y derivados cárnicos ricos en grasa saturada.
- Reducir la ingesta total de grasas, sobre todo las saturadas y trans presentes en embutidos, precocinados, bollería industrial...

- Reducir la ingesta de azúcares simples presentes en *snacks*, galletas, bollería industrial, bebidas azucaradas.
- Realizar 5 comidas al día. Incluir siempre un buen desayuno.

Trastornos del comportamiento alimentario

Anorexia y bulimia forman parte de los denominados trastornos del comportamiento alimentario (TCA), un conjunto de trastornos relacionados con la autopercepción y la distorsión de la imagen corporal que se expresan en forma de conductas alimentarias alteradas. Una preocupación excesiva por no engordar es uno de los ejes de estas enfermedades.

De esta forma la comida se convierte en el centro de sus preocupaciones y desatienden progresivamente otros aspectos de sus vidas.

La anorexia nerviosa se caracteriza por un miedo exagerado a engordar y por una distorsión de la imagen corporal, que hace que las personas que la padecen se vean y sientan gordas cuando no lo están. Esto les lleva a:

- Comer cada vez menos.
- Realizar ejercicio físico intenso, con la única idea de adelgazar.
- En ocasiones vomitan y/o utilizan diuréticos o laxantes.

Consecuencia de estas actitudes será la aparición de un elevado número de complicaciones físicas y emo-

©HEMERA/THINKSTOCK



cionales que pueden conllevar incluso la muerte.

En el caso de la bulimia nerviosa, además del miedo a aumentar de peso, existe un sentimiento de pérdida de control sobre la comida, siendo característicos los atracones compulsivos. Para contrarrestar estos atracones, se suelen realizar acciones compensatorias como vómitos y uso de laxantes. Como estos comportamientos pueden provocar vergüenza y sentimiento de culpabilidad, se realizan normalmente a escondidas. Por ello, y porque en la bulimia el peso puede ser normal,

este trastorno suele pasar más desapercibido.

La prevalencia de anorexia nerviosa en España en mujeres adolescentes de entre 12 y 21 años se sitúa en el 0,3-0,4%; la de la bulimia nerviosa, entre el 0,7-0,8%, y la de los TCA no especificados se sitúa en el 2,8-12,6%. En varones la incidencia es bastante menor.

Tratamiento

La dificultad mayor en el tratamiento de estas patologías es hacer que el paciente reconozca su enfermedad y colabore en su mejoría. Aun

así, gracias a las campañas educativas se ha logrado que exista un mejor conocimiento y concienciación de este problema entre profesionales de la salud, educadores y familias.

El objetivo del tratamiento es conseguir que el paciente tenga un peso corporal normal y unos adecuados hábitos alimentarios. Para ello es muy importante resolver los problemas psicológicos que han dado lugar a la aparición de este trastorno.

El tratamiento hoy en día está en manos de las unidades especializadas en TCA, donde dependiendo del estado nutricional, clínico y psicológico del paciente, este recibirá un tratamiento individualizado.

Bibliografía

- Libro Blanco de la Nutrición en España-Fundación Española de la Nutrición (FEN), 2013. Trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia y bulimia nerviosas. Benito Ruiza A, Diéguez MF. *Medicine*. October 2007; 9(86): 5.529-5.535.
- Varela-Moreiras G (Coordinator). Consensus Document and Conclusions. *Obesity and Sedentarism in the 21st Century: What can be done and what must be done?* Nutrición Hospitalaria. 2013; 28(Supl. 5): 1-12.
- Vela A, Aguayo A, Rica I, González T, Palmero A, Jiménez P, Martul P. Evaluación clínica del niño obeso. *Rev Esp Obes*. 2007; 5 (4): 226-235.

¡Acceda a www.aulamayo.com para seguir el curso!