

Prevalencia de factores de riesgo asociados a obesidad en pacientes entre 6 y 15 años de edad Barranquilla, enero 2012 a junio 2013

Leticia Martínez¹, Elizabeth Suárez²

¹MD Pediatra Endocrinóloga. Universidad Metropolitana. Barranquilla, Colombia

²MD Residente de Pediatría. Universidad Metropolitana. Barranquilla, Colombia

Resumen

Introducción: La Organización Mundial de la Salud, define la obesidad como una acumulación anormal y excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud y que se manifiesta por un exceso de peso y volumen corporal.

Objetivo: Determinar la prevalencia de factores de riesgo asociados a obesidad en pacientes entre 6 y 15 años de edad, en Barranquilla.

Materiales y métodos: La población está compuesta por pacientes con obesidad entre 6 a 15 años de edad en tres instituciones prestadora de servicios de salud en la ciudad de Barranquilla como son Fundación Hospital Universitario Metropolitano, IPS Cirujanos y Peditras Asociados e IPS Centro de Especialistas de Saludcoop, atendidos en servicio de consulta externa endocrinología pediátrica. Los datos fueron llevados a formulario de recolección de la información prediseñado.

Resultados: El sexo masculino mostró la mayor prevalencia con un 74%; la edad media fue de 11.7 ± 2.3 años; la raza de mayor prevalencia fue la mestiza con un 72%; el 42% fueron pacientes de nivel socioeconómico bajo; el 18% de la muestra estudiada presentaba antecedente de diabetes gestacional materna; el 38% presentaban padres obesos; el antecedente familiar de padres con diabetes mellitus se presentó en el 14%; el 62% de la población fue catalogada como sedentaria; el consumo alto de golosinas muestra una prevalencia del 96%.

Conclusión: La obesidad infantil inicia desde los primeros años de vida, debido a los hábitos inadecuados de alimentación, la escasa actividad física, y a los factores genéticos.

Palabras clave: Prevalencia, Factores de riesgo, Obesidad.

Prevalence of risk factors associated with obesity in patients between 6 and 15 years of age, in Barranquilla, January 2012 to June 2013

Abstract

Introduction: The World Health Organization defines obesity as an abnormal and excessive accumulation of fat that can be dangerous to health and which is manifested by excess weight and body volume.

Objective: To determine the prevalence of risk factors associated with obesity in patients between 6 and 15 years of age, in Barranquilla.

Materials and methods: The population is composed of patients with obesity among 6 to 15 years of age in three institutions provider of health services in the city of Barranquilla as Fundación Hospital Universitario Metropolitano, IPS Cirujanos and Peditras Asociados e IPS Centro de Especialistas de Saludcoop. The data was carried to form of collection of the information predesigned.

Results: Males showed the greatest prevalence with a 74%; the mean age was 11.7 ± 2.3 years; the race's highest prevalence was the mestizo with a 72%; 42% were patients of socioeconomic level low had; 18% of the sample had history of maternal gestational diabetes. 38% had obese parents; the family history of parents with diabetes occurred in 14%; 62% of the population was classified as sedentary; the high consumption of sweets shows a prevalence of 96%.

Conclusion: Childhood obesity starts from the first years of life, due to improper eating habits, low physical activity and genetic factors.

Key words: Prevalence, Risk Factors, Obesity

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la obesidad (OB) como una acumulación anormal y excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud y que se manifiesta por un exceso de peso y volumen corporal. Una forma simple de medir la obesidad es el índice de masa corporal (IMC), esto es el peso de una persona en kilogramos dividido por el cuadrado de la talla en metros o aquél cuyo peso para la talla se ubica por sobre 2 DS en los gráficos de referencia de la OMS para el sexo correspondiente. Se considera la obesidad como la «epidemia del siglo XXI» por las dimensiones que ha adquirido a lo largo de las últimas décadas y por su impacto sobre la morbimortalidad, la calidad de vida y el gasto sanitario. Según la Organización Mundial de la Salud en el 2010, alrededor de 43 millones de niños menores de cinco años tenían sobrepeso y se estima para el 2015 un aproximado de más de 700 millones con obesidad (1).

El sobrepeso y la obesidad son un problema de salud pública, que afecta tanto a países desarrollados como en vías de desarrollo, cuya etiología incluye factores genéticos, tempranos (bajo peso al nacer, malnutrición fetal, diabetes gestacional), metabólicos, psicosociales y ambientales. Los síndromes genéticos y/o endocrinológicos representan el 1% de la obesidad infantil, correspondiendo el 99% restante al concepto de obesidad nutricional, simple o exógena (2).

En las últimas décadas, América Latina ha experimentado transformaciones socioeconómicas y demográficas, caracterizadas por una rápida urbanización y un creciente proceso de industrialización, que se acompañaron de modificaciones en el perfil epidemiológico, en los patrones alimentarios y en la actividad física. En su etiología interviene diferentes factores; en países industrializados el problema refleja condiciones socioeconómicas relacionadas con el exceso en el consumo de alimentos y hábitos de vida inadecuados; en los países menos desarrollados se debe a la existencia de un patrón de consumo distorsionado debido a la necesidad de llenar los requerimientos con calorías de bajo costo provenientes de los carbohidratos y grasas saturadas.

Según un estudio de la Asociación Colombiana de Obesidad y Metabolismo, Colombia ocupa el tercer puesto con índices de obesidad infantil en Latinoamérica, la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional (Ensin) 2010, la cual fue realizada por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) en 50.670 hogares de 258 municipios de los 32 departamentos del país mostró que la obesidad pasó de un 14.2% a un 18.33% en los últimos 5 años (3).

La prevalencia de obesidad infantil se ha duplicado en las últimas dos décadas en Estados Unidos entre niños de 6 a 11 años de edad y se ha triplicado entre los adolescentes de 12 a 17 años. En América Latina, los estudios en México, Brasil, Chile y Perú muestran también la magnitud del problema.

El problema inicia desde los primeros años de vida, debido a los hábitos inadecuados de alimentación, la escasa actividad física, y a los factores genéticos, principalmente. Su prevención y tratamiento, incluye la adquisición de hábitos de alimentación saludables y ejercicio, que son más propensos de adquirir, en la infancia y la juventud. En los adultos con sobrepeso u obesidad, los tratamientos (dietas, programas intensivos de ejercicio, etc.), frecuentemente fracasan, porque implican el cambio de unos hábitos que están profundamente consolidados (4).

La prevalencia de obesidad va en aumento en muchos países tanto desarrollados como en vía de desarrollo, por tanto es uno de los problemas más graves de salud pública a nivel mundial, lo que transformó a esta enfermedad en una condición de epidemia global. La población de numerosos países en vías de desarrollo, aunque todavía sufren de desnutrición, ha empezado a mostrar un aumento alarmante de obesidad y de las enfermedades relacionadas con esta tendencia provocada principalmente por la transición nutricional, fenómeno que proviene de la globalización de los mercados y de la rápida urbanización (5).

En los niños, el incremento de tiempo dedicado a la televisión y otros medios audiovisuales, el consumo aumentado de alimentos hipercalóricos y la inactividad física, en países desarrollados como en vía de desarrollo está relacionado con la excesiva adiposidad y con los crecientes niveles de obesidad.

La obesidad en niños y adolescentes está relacionada con un aumento en el riesgo de hipertensión,

Correspondencia:

Leticia Martínez. Calle 76 No. 42 - 78. Barranquilla, Colombia

Tel: 009+57 + 5 (código de área) +3697021

lemartinez@hotmail.com

Recibido: 20/01/14; aceptado: 28/02/14

hipercolesterolemia, hiperinsulinemia y síndrome metabólico, así como, disminución en la liberación de hormona del crecimiento, alteraciones respiratorias y problemas ortopédicos. Adicionalmente, estos pacientes presentan alteraciones psicológicas y sociales, a menudo relacionadas con la disminución en la autoestima y en la autoconfianza producida por el aislamiento y la discriminación, que realizan los mismos jóvenes. Hoy se sabe que la obesidad infantil, continúa con gran frecuencia en la vida adulta, alrededor de un 40 % de los niños con sobrepeso a los 7 años, se convierten en adultos obesos, y la inactividad física, se considera un factor etiológico importante en su desarrollo (6).

En el año 2002, Bustamante y Salazar, realizaron un estudio sobre la determinación de la prevalencia de obesidad, evaluación antropométrica, ingesta y actividad física en escolares de 6 a 9 años de edad de la localidad de Chapinero en Bogotá, Colombia, encontrando que la prevalencia de obesidad fue de 6.6% sin diferenciación por el año 2005 se realizó la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia ENSIN, observando que 3,1% de los niños de 0-4 años presentan exceso de peso, siendo similar en niños y niñas, la prevalencia de sobrepeso es mayor en los niños. El sobrepeso se presenta más en la zona urbana y en la región central de Colombia. En los niños de 5-9 años el 4.3% presenta sobrepeso, no hay diferencia por sexo, edad o región (7).

La pertinencia de esta temática está relacionada con el aumento de la prevalencia a nivel mundial de la obesidad en los niños, que se constituye en un problema que cada día se ha ido incrementando, y que está catalogando entre los más importantes, desde el punto de vista sanitario y de salud pública, que está afectando negativamente la morbilidad y mortalidad en los países tanto desarrollados como en vía de desarrollo.

Teniendo en cuenta que en la ciudad de Barranquilla no se tiene información que permita conocer cuál es la magnitud del problema de la obesidad en la población de niños de 6 a 15 años y que en la infancia es la época de la vida en la que se establecen patrones, hábitos y estilos de vida que condicionarán el comportamiento alimentario en la etapa adulta, y la adquisición y mantenimiento de la obesidad.

Materiales y métodos

Estudio descriptivo retrospectivo; la población está compuesta por pacientes con obesidad entre 6 a 15 años de edad en tres instituciones prestadora de servicios de salud en la ciudad de Barranquilla como

son Fundación Hospital Universitario Metropolitano, IPS Cirujanos y Pediatras Asociados e IPS Centro de Especialistas de Saludcoop, atendidos en servicio de consulta externa endocrinología pediátrica.; fuente de la información fue secundaria ya que se obtuvo a partir de la historia clínica.

Dentro de los criterios de inclusión se mencionan:

- Pacientes en edades entre 6 a 15 años, cuyo peso para la talla se ubica por encima de 2 DS en los gráficos de referencia de OMS 2007 Y MPS Colombia 2010.
- Datos completos en la historia clínica.

Se excluyeron:

- Pacientes que no cumplan con los criterios según la OMS para obesidad exógena.
- Pacientes con obesidad secundaria a patología crónica: hipotiroidismo, diabetes, Cushing, hipogonadismo, síndromes genéticos
- Datos incompletos en historia clínica.

La tabulación de la información se realizó en programa Epi-Info 3.5.3.

Resultados

Se presentan los resultados de 50 pacientes cuyo peso para la talla se ubica por encima de 2 DS en los gráficos de referencia de OMS 2007 Y MPS Colombia 2010.

El sexo masculino mostró mayor prevalencia con el 74% de los pacientes estudiados. (Tabla 1).

Tabla 1. Distribución de acuerdo al sexo

Sexo	(No)	(%)
Masculino	37	74
Femenino	13	26
Total	50	100

Fuente: Historias clínicas y formulario de recolección de la información

Se observó mayor prevalencia en la población entre los 12 a 15 años de edad (Media edad = 11.7 ± 2.3 años). (Tabla 2).

Tabla 2. Distribución de acuerdo a la edad

Edad	(No)	(%)
6 – 8 años	8	16
9 – 11 años	18	36
12 – 15 años	24	48
Total	50	100

Fuente: Historias clínicas y formulario de recolección de la información.

La raza de mayor prevalencia fue la mestiza con un 72%; el nivel socioeconómico bajo fue el más afectado con un 42%.

La distribución de antecedente de recibir lactancia materna exclusiva (4-6 meses), mostró que tan solo el 10% la refiere. (Tabla 3).

Tabla 3. Distribución de acuerdo a lactancia materna exclusiva

Lactancia materna	(No)	(%)
Si	5	10
No	45	90
Total	50	100

Fuente: Historias clínicas y formulario de recolección de la información.

El 18% de la muestra estudiada presentaba antecedente de diabetes gestacional materna. (Tabla 4).

Tabla 4. Distribución de acuerdo a antecedente de diabetes gestacional materna

Diabetes gestacional	(No)	(%)
Si	9	18
No	41	82
Total	50	100

Fuente: Historias clínicas y formulario de recolección de la información.

El antecedente familiar de padres obesos, mostró que el 38% presenta este antecedente como positivo; así mismo el 14% presentaban antecedente de diabetes mellitus en padres.

El 62% de la población fue catalogada como sedentaria. (Tabla 5).

Tabla 5. Distribución de acuerdo a sedentarismo

Sedentarismo	(No)	(%)
Si	31	62
No	19	38
Total	50	100

Fuente: Historias clínicas y formulario de recolección de la información.

El consumo alto de golosinas muestra la mayor prevalencia con un 96%, le sigue el bajo consumo de verduras con el 82%, el bajo consumo de frutas con el 48% y el alto consumo de grasas con el 42%. (Tabla 6).

Tabla 6. Distribución de acuerdo a alimentación

Alimentación	(No)	(%)
Alta en grasas	21	42
Alta golosinas	48	96
Baja de frutas	24	48
Baja verduras	41	82

Fuente: Historias clínicas y formulario de recolección de la información.

Discusión

La obesidad es hoy la enfermedad crónica más prevalente en la infancia y la adolescencia en nuestro medio y en todo el mundo occidental, esto la ha convertido en uno de los motivos de consulta más frecuentes en la práctica clínica pediátrica general y, particularmente, en endocrinología pediátrica. Asimismo, existe un gran número de comorbilidades secundarias a la obesidad que cada vez con mayor frecuencia se pueden observar ya en la infancia y en la adolescencia. Actualmente, se acepta que este gran incremento de prevalencia es debido, fundamentalmente, al desequilibrio entre la ingesta y el gasto energético propio del estilo de vida occidental. Sin embargo, cada vez es más evidente la influencia de la carga genética individual y familiar en el riesgo de desarrollar obesidad.

En la población estudiada en esta serie, el comportamiento de acuerdo al género, mostró mayor prevalencia de obesidad en el sexo masculino con el 74% de los pacientes estudiados, presentando un comportamiento similar a lo reportado por la Organización Panamericana de la Salud a nivel de América Latina, así como Bustamante en nuestro país.

De acuerdo a la edad, se observa que la presencia de obesidad es mayor en niños entre los 12 y los 15 años lo cual muestra que el riesgo de que persistan con la enfermedad en la edad adulta es alto, dato que genera la importancia de iniciar prontamente actividades de manejo y prevención en estos grupos etarios, la edad media fue de $= 11.7 \pm 2.3$ años similar a la descrita en la literatura.

La raza de mayor prevalencia fue la mestiza con un 72%, esto debe explicarse por qué la raza de nuestra población es en su mayor proporción mestiza, sin embargo se ha descrito que los mestizos y la raza negra presenta mayor riesgo de obesidad infantil.

Se observa mayor prevalencia en el nivel socioeconómico bajo con un 42%, comportamiento descrito por Bustamante entre otros autores. En general la población con menos ingresos y menos nivel

educativo es más susceptible de presentar obesidad, ya que su alimentación se basa en su gran mayoría al consumo de carbohidratos y grasas, además se relaciona con menos acceso a servicio de salud.

La distribución de antecedente de recibir lactancia materna exclusiva (4-6 meses), mostró que tan solo el 10% la refiere, la lactancia materna ha sido descrita como un factor protector para obesidad infantil, la duración de la lactancia materna y la introducción de alimentos sólidos a una edad determinada, protege contra la excesiva adiposidad en la infancia.” Se ha encontrado que los estilos de alimentación como la mayor fuerza de succión, la mayor duración y frecuencia de comidas, están relacionados directamente con mayor adiposidad a los 6 años de edad. La alimentación artificial se asocia a un mayor desarrollo de obesidad infantil comparada con la lactancia natural, habiéndose sugerido que en la primera jugaría un papel importante la falta de variación de las características físico-químicas de la leche en el biberón, la incorporación de sacarosa que estimula a una mayor ingesta y la introducción temprana de alimentos semisólidos, además es una alimentación rápida, mecánica y sin ningún componente afectivo.

La prevalencia de antecedente de diabetes gestacional fue del 18%, este factor ha sido ampliamente descrito en la literatura mundial, ya que la exposición in útero del feto a la hiperglicemia materna predispone al desarrollo de obesidad.

El antecedente familiar de padres obesos, mostró que el 38% presenta este antecedente como positivo, este comportamiento es similar al descrito en la literatura. Se ha encontrado que hijos de padres obesos tienen una probabilidad de cuatro o cinco veces más, que la población general de ser obesos. De la misma manera la diabetes mellitus en los padres mostró un comportamiento acorde con lo descrito en la literatura con una prevalencia del 14%.

El 62% de la población fue catalogada como sedentaria. En cuanto al gasto energético, el factor que determina en mayor medida la aparición de obesidad en niños y adolescentes es el sedentarismo y en concreto la práctica de actividad sedentaria, como ver la televisión, utilizar el computador o los videos juegos, el estilo de vida occidental, se caracteriza por sedentarismo, termo neutralidad y excesiva oferta alimentaria, vinculada a una presión publicitaria fuerte; las dos primeras características, suponen una disminución del gasto diario que se puede representar hasta en 500 Kcal entre niños sedentarios y niños deportistas, siendo este un factor desencadenante de obesidad.

De acuerdo a los factores en la alimentación, se observa que el consumo alto de golosinas muestra la mayor prevalencia con un 96%, le sigue el bajo consumo de verduras con el 82%, el bajo consumo de frutas con el 48% y el alto consumo de grasas con el 42%.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Obesidad y sobrepeso: Global strategy on diet, physical activity and health. 2003.
2. Moreno B, Monereo S, Alvarez, J. Obesidad, la epidemia del siglo XXI. 2a. ed. España: Ed. Díaz de Santos. 2000; 1-10.
3. Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), Instituto Nacional de Salud, Salud y Desplazamiento en cuatro ciudades: Cali, Cartagena, Montería y Soacha, 2002-2003.
4. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Encuesta Nacional de Salud, Colombia 2005. Bogotá: Presidencia de la República. 2006.
5. Aranceta B, Serra L, Foz M, Moreno B. Prevalencia de la obesidad en España. Med Clin (Barc). 2005; 125(12): 460-6. DOI: 10.1157/13079612.
6. Janssen I, Boyce W, Atzmarzyk P, Pickett W. The health behaviour in school-aged children obesity working group. Comparison of overweight and obesity prevalence in school-aged youth from 34 countries and their relationships with physical activity and dietary patterns. Obesity Reviews. 2005; 6(2):123-32. DOI: 10.1111/j.1467-789X.2005.00176.x.
7. Bustamante BM, Salazar S. Determinación de prevalencia de obesidad. Evaluación antropométrica, ingesta y actividad física en escolares. Trabajo de grado Nutricionista Dietista. Bogotá D.C.: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de medicina, Nutrición y dietética. 2003; 100.