NESTUM TRIPTICO OBESIDAD TR.pdf 12/2/08 2:47:23 PM

- Evitar las preparaciones fritas.
- Comer pequeñas porciones.
- Respetar la saciedad del niño.

Es recomendable que el plato de comida contenga alimentos variados que pertenezcan a cada uno de los grupos funcionales (energéticos, formadores y reguladores). Por ello, es un mito que se deben restringir las "harinas", haciendo mención a los carbohidratos. Los carbohidratos deben cubrir aproximadamente entre el 45 y 65% del valor calórico total consumido diariamente.

Por otro lado, se deben incluir grasas saludables, es decir, de origen vegetal (omega 3, omega 6 y omega 9) y marino (omega 3). Estas grasas se encuentran en los aceites vegetales, frutos secos, aceitunas, pescados, entre otros.

Sin duda, otro pilar básico del tratamiento médico es la actividad física. La AAP recomienda 1 hora diaria de actividad física. También la AAP regula el tiempo que se debe ver televisión; los menores de 2 años no deben mirar televisión y los niños mayores de 2 años pueden mirar televisión por un máximo de 2 horas al día.

Referencias bibliográficas

1. Adair LS. Child and adolescent obesity: Epidemiology and developmental perspectives. Physiol Behav (2008), doi:10.1016/j. physbeh.2007.11.016.
2. Ballabriga A, Carrascosa A. Obesidad en la infancia y adolescencia. In: A. Ballabriga, A. Carrascosa (Eds). Nutrición en la Infancia y adolescencia Tomo II. Ergon, 3ª edición, 2006, págs 667- 703.
3. Barlow S, Expert Committee Report. Expert Committee Recommendations Regarding the Prevention, Assessment, and Treatment of Child and Adolescent Overweight and Obesity: Summary. Pediatrics 2007;120: S164-S192.
4. Davis M, Gance-Cleveland B, Hassink S, Johnson R, Paradis G, Resnicow K. Recommendations for Prevention of Childhood Obesity. Pediatrics 2007; 120:S229-S253.
5. Dietz W. Childhood Obesity. In: M. Shills, M. Shike, A.C. Ross, B. Caballero, R. Cousins (Eds). Modern Nutrition in Health and Disease. Lippincott Williams & Wilkins, 10th edition, 2006, págs 979 – 990.
6. Encuesta de la Situación Nutricional de Colombia (ENSIN), ICBF 2006.
7. Hoppin A. Obesity. In: W.A Walker, O. Goulet, R. Kleinman, P. Sherman, B. Shneider, I. Sanderson (Eds). Pediatric Gastrointestinal Disease. BC Decker, 4th edition, 2004, págs 311 – 335.
8. Krebs N, Himes J, Jacobson D, Nicklas Th, Guilday P. Assessment of Child and Adolescent Overweight and Obesity. Pediatrics 2007;120: S193-S228.
9. Kumanyika SK. Environmental influences on childhood obesity: Ethnic and cultural influences in context. Physiol Behav (2007), doi:10.1016/j.physbeh.2007.11.019.
10. Kushner R. Obesity Management. Gastroenterol Clin N Am 2007; 36: 191 – 210.
11. Larson N, Story M. The Pandemic of Obesity Among Children and Adolescents: What Actions Are Needed to Reverse Current Trends? Journal of Adolescent Health 2007; 41: 521–522.
12. Mahan L.K, Escott-Stump S. Weight management and eating disorders. In: L.K. Mahan, S. Escott-Stump (Eds). Krause´s Food, Nutrition & Diet Therapy. W.B. Saunders, 9th edition, 1996, págs 451 – 488.
13. Nuevos estándares de crecimiento. www.who.int/childgrowth.
14. Wardlaw G, Hampl J, DiSilvestro R. Estimación del contenido de grasa corporal y diagnóstico de obesidad. In: G. Wardlaw, J. Hampl, R. DiSilvestro (Eds). Perspectivas en Nutrición. McGraw Hill, 6ª edición, 2004, págs 572 – 616.

Artículo Científico
Volumen 3 / Nº 1

¿Es el cereal el causante de la Obesidad Infantil?

POSTGRADO DE PEDIATRÍA Y
GASTROENTEROLOGÍA PEDIÁTRICA
UNIVERSIDAD EL BOSQUE

UNIVERSIDAD EL BOSQUE

Nestlé Nutrition INSTITUTE

Gastroenterología y Nutrición Pediátrica

NESTUM TRIPTICO OBESIDAD RT.pdf 12/2/08 2:47:46 PM

¿Es el cereal el causante de la Obesidad Infantil?

La obesidad infantil está asociada con un incremento en el riesgo de múltiples problemas de salud. Se había reconocido como el trastorno nutricional más frecuente durante la infancia en países desarrollados pero actualmente, es un problema de amplia presentación en todo el mundo, incluyendo a Latinoamérica. Es decir, se ha incrementado tanto este problema que se empieza a acuñar el término pandemia, la cual conlleva mayor morbilidad y mortalidad, así como también mayores costos de la salud. Por tal motivo, la prevención **desde la primera infancia es una necesidad sentida.**

A medida que empecemos a utilizar más a menudo los nuevos estándares de crecimiento de la OMS (2006), tendremos mayores tasas de prevalencia de obesidad en los niños y niñas pre-escolares. Lo anterior, porque las curvas NCHS aceptan como normal un peso por encima de lo aceptado por las curvas OMS y por otro lado, la NCHS acepta como talla normal, valores que están por debajo de la aceptada por la OMS. Los estándares de la OMS fueron realizados con una muestra mundial para determinar cómo deben crecer normalmente los niños en un ambiente sano y con una buena alimentación, independiente de la región geográfica donde se encuentren.

En Colombia, al igual que en la mayoría de los países latinos, nos encontramos en plena transición epidemiológica nutricional; aún tenemos tasas de desnutrición global (DNT) del 7% en los menores de 4 años de edad y del 5,4% en la población de 5 a 9 años de edad. Pero a su vez, observamos que algunos de nuestros niños y adolescentes presentan sobrepeso que pueden ser similares a las tasas de DNT en nuestro país (3,1% en menores de 4 años de edad y 4,3% de 5 a 9 años de edad) o mayores que las tasas de desnutrición (10,3% en jóvenes de 10 – 17 años).

Son varios los factores de riesgo para desarrollar la obesidad infantil, pero en términos generales, tenemos poca disponibilidad de alimentos que los hace más susceptibles a consumir algunos altamente energéticos, malos hábitos de alimentación, tamaños grandes de las porciones, comidas fuera de casa en forma habitual y disminución de la actividad física.

El ser humano requiere de una alimentación variada y al mismo tiempo balanceada, con el propósito de garantizar el aporte y la cantidad adecuada de todos los nutrientes, tales como carbohidratos, proteínas, grasas, vitaminas y minerales, porque cada uno de ellos tiene una función dentro del organismo.

Esta alimentación balanceada se debe cumplir en cada etapa del ciclo vital del ser humano, iniciando desde que el bebé se sienta por primera vez en su silla-comedor.

Cuando el bebé inicia los alimentos sólidos, se deben cumplir varios objetivos, como por ejemplo:

1. Aporte de nutrientes que empiezan a ser deficientes con la alimentación láctea.
2. Adquisición de hábitos de alimentación saludables.

Comer bien no significa comer mucho, sino comer de cada alimento en cantidad y calidad necesarias para cubrir los requerimientos.

CARBOHIDRATOS

Los carbohidratos son macronutrientes que siempre deben estar presentes en cualquier alimentación que se considere saludable. Son la fuente principal de energía para los niños, la cual es utilizada fundamentalmente para su crecimiento.

Pese a que está muy extendida la creencia de que los hidratos de carbono son sinónimo de sobrepeso y obesidad, la realidad es otra, puesto que un gramo de ellos aporta la misma cantidad de kilocalorías (4 kcal.) que un gramo de proteínas.

Los cereales están dentro del grupo de los hidratos de carbono y son considerados alimentos básicos dentro de una alimentación balanceada y además, ayudan a controlar el peso del organismo porque:

1. Aportan fibra, la cual disminuye la absorción excesiva de grasa y de azúcares.
2. Dan saciedad, la cual es un factor clave en la regulación de la ingesta de alimentos.
3. Se pueden preparar de diferentes maneras (papillas con leche, con frutas, adicionados a otros alimentos sólidos, como base para otras preparaciones, entre otros), lo cual contribuye a establecer hábitos de alimentación saludables desde una edad temprana.
4. Facilitan la transición de una alimentación láctea a una alimentación sólida balanceada.

La Academia Americana de Pediatría (AAP) reconoce que los cereales infantiles constituyen una buena alternativa para iniciar la alimentación complementaria del bebé.

Aunque no existe evidencia que la ingesta de azúcar perse aumenta la ingesta de alimentos y la ganancia de peso, existe una evidencia que las bebidas azucaradas o energía consumida como líquido son menos reguladas por el organismo que la energía consumida en los alimentos sólidos.

No es recomendable la adición de azúcar en los jugos, leche, papillas y coladas que se ofrecen a los bebés en el primer año de vida. Los cereales infantiles y las compotas tienen adición de carbohidratos simples (sacarosa y/o fructosa) en pequeñas cantidades para alcanzar a cubrir las recomendaciones de carbohidratos de los bebés. Sin embargo, se debe tener especial cuidado con algunos alimentos consumidos por los lactantes, niños y niñas menores de 3 años de edad, los cuales son altamente energéticos (ver Tabla N°1) y algunas veces poco nutritivos.

El proceso de hidrólisis enzimática que da origen a cereales dextrinizados, resalta el dulzor natural del cereal.

Tabla N°1. Contenido de azúcares en 38 alimentos según lo declarado en la etiqueta nutricional.

Alimentos consumidos por niños menores de 3 años	Tamaño de la porción (promedio)	Carbohidratos totales por porción (promedio gramos)	Cantidad de azúcares adicionados por porción (promedio gramos)	Porcentaje de azúcares de los Carbohidratos totales	Cantidad de azúcares adicionados (promedio en cucharaditas)
Cereales infantiles	1 taza de papilla (25 g.)	80	3,7	5 %	1
Galletas	1 paquete (19 g.)	13	6,5	48 %	1,5
Avenas instantáneas	1 vaso (33 g.)	26	12,5	48 %	2,5
Gelatinas	1 vaso (100 g.)	15	15	100 %	3
Compotas	1 frasco (113 g.)	21	18	88 %	3,5
Yogures	1 vaso (170 g.)	24	18	75 %	3,5
Leches saborizadas	1 vaso (195 ml.)	26	18	71 %	3,5
Jugos industrializados	1 vaso (200 ml.)	21	19	90 %	4
Gaseosas	1 vaso (250 ml.)	26	26	100 %	5
Postrecitos de leche	1 unidad (45 g.)	31	28	90 %	5,5

Fuente: Etiqueta nutricional de 38 alimentos para uso infantil (1 cucharadita = 5 gramos).

Consejos pediátricos prácticos

La puericultura con relación a una alimentación saludable la debemos implementar desde que el lactante inicia sus primeras comidas sólidas y su entrenamiento a la silla del comedor. Los hábitos de alimentación inculcados desde el primer año de vida, si son bien establecidos, perdurarán a través del tiempo y lograremos adultos con menos enfermedades crónicas no transmisibles (diabetes mellitus 2, hipertensión arterial, enfermedad cardiovascular), síndrome metabólico, hepatopatía grasa no alcohólica, litiasis biliar, alteraciones esqueléticas (artrosis de rodilla, cadera y columna lumbar) y de la función pulmonar (apnea del sueño), síndrome de ovario poliquístico y tromboflebitis.

Entonces, debemos orientar a la familia y a los mismos pacientes, haciendo énfasis en:

- Cumplir los horarios de las comidas, al menos 5 comidas al día (3 comidas principales y 2 refrigerios).
- Limitar el consumo de los alimentos altamente calóricos y/o con alto contenido de azúcar o grasa: galletas, caramelos, paquetes, leche condensada, tortas, postrecitos, chicles, hamburguesas, salchichas, embutidos, etc.
- Seleccionar alimentos de bajo contenido energético y altos en fibra: mayor consumo de frutas y verduras.
- Incluir cereales integrales o con fibra añadida en la alimentación.
- Consumir agua en vez de bebidas azucaradas.