

HOSPITAL PEDIATRICO PROVINCIAL DOCENTE
"OCTAVIO DE LA CONCEPCION Y DE LA PEDRAJA". HOLGUIN

Obesidad infantil: algunos aspectos importantes

Por los Dres.:

FRANCISCO CARVAJAL MARTINEZ* y LUIS ESCOBAR GUILLEN**

Carvajal Martinez, F.; Escobar Guillén, L. *Obesidad infantil: algunos aspectos importantes*. Rev Cub Ped 50: 1, 1978.

Se presentan 50 pacientes obesos estudiados en el servicio de endocrinología del Hospital Pediátrico Provincial Docente "Octavio de la Concepción y de la Pedraja", en Holguín. Se señalan diversos aspectos importantes de la afección como son: peso normal al nacer, inicio precoz de la obesidad (antes de los 5 años de edad), antecedentes familiares frecuentes de obesidad y diabetes mellitus, aceptación por parte de los padres de la obesidad como hermosura, total predominio de la obesidad grave y moderada y nivel cultural alto de los padres (el 70% con más del 6to. grado). Se enfatiza en la necesidad de prevenir, diagnosticar o tratar esta afección, principalmente en el niño. Se destaca la importancia de la educación nutricional como base para luchar contra esta afección.

La obesidad es en la actualidad uno de los problemas nutricionales importantes a resolver,¹ no sólo por su magnitud e interrelación con enfermedades de repercusión social como son la diabetes mellitus²⁻⁴ y las afecciones cardiovasculares,⁵ sino por la importancia de ser la prevención, prácticamente la única medida terapéutica eficaz.

La obesidad o malnutrición por exceso, constituye uno de los motivos más

frecuentes de consulta al endocrinólogo y al pediatra.^{6,7}

Es habitual considerar esta entidad como un asunto "de comer en exceso" o de "llevar una vida demasiado sedentaria". Verdaderamente son múltiples y profundos los factores que regulan el balance entre el ingreso y la utilización de calorías. Así, han sido descritos factores genéticos, metabólicos, sociales, psicológicos y ambientales.⁸⁻¹²

En nuestro medio cada vez son más frecuentes los estudios sobre la obesidad^{13, 16} y principalmente la que afecta al niño,^{15, 16} pues es en este grupo de edad donde la prevención, diagnóstico o tratamiento influye en forma decisiva.

* Endocrinólogo. Especialista de 1 grado. Jefe del servicio de endocrinología del hospital pediátrico provincial docente "Octavio de la Concepción y de la Pedraja", Holguín.

** Especialista de pediatría. Responsable de los hogares de recuperación nutricional. Holguín.

Debido a encontrarse nuestro país en vías de desarrollo, es necesario conocer y revisar la magnitud de este problema así como la repercusión que tiene en éste algunos aspectos tradicionales como son: los conocimientos nutricionales, los hábitos dietéticos y los biotipos preferidos por nuestra población.

Es por eso que estudiamos 50 niños obesos, y nos interesamos en diversos aspectos importantes con vista a que los resultados nos sirvan para un mejor manejo integral de esta afección.

MATERIAL Y METODO

Se estudiaron 50 pacientes obesos no seleccionados, atendidos en forma consecutiva en la consulta de endocrinología del hospital pediátrico provincial docente "Octavio de la Concepción y de la Pedraja", en Holguín, de los cuales 29 correspondieron al sexo masculino y 21 al femenino.

Se consideró obeso, todo niño que tuviera 20% o más del peso ideal, según su talla y sexo,⁷ se excluyó a aquellos pacientes con retraso mental o escolar, así como los que presentaban otras afecciones.

Se clasificó la obesidad de la siguiente forma: ligera 20 a 29%, moderada 30 a 39% y grave 40% o más. Se acep-

tó macrofeto, aquél con peso al nacer de más de 9 libras ó 4 100 g; y bajo peso a aquél cuyo peso inferior corresponde a su edad gestacional.¹⁷ Se encuestó al 100% de las madres de los niños obesos.

RESULTADOS

Edad actual: no se observó ningún paciente con menos de 1 año, existen en el grupo de edad de 1-4 años 2 pacientes (ambos del sexo femenino), en el grupo de 5-8 años 10 pacientes (3 eran masculinos y 7 del sexo femenino), en el grupo de 9-12 años 26 pacientes (14 del sexo masculino y 12 del sexo femenino) y en el grupo de 13 a 14 años 12 pacientes (4 del sexo masculino y 8 del sexo femenino).

Peso al nacer: 4 pacientes eran macrofetos (3 del sexo masculino y 1 del sexo femenino), 1 paciente presentó bajo peso, y en los 45 restantes el peso se consideró normal.

Edad de inicio de la obesidad: como se observa en el cuadro I, 26 pacientes (52%) la presentaron antes del primer año de edad, 16 pacientes (32%) en el grupo de edad de 1-4 años y 8 pacientes (16%) en el grupo de 5-8 años; no se constató ningún paciente en edades posteriores.

CUADRO I

OBESIDAD INFANTIL

EDAD DE INICIO SEGUN SEXO

Años	Masculino		Femenino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
— 1	13	26	13	26	26	52
1 — 4	5	10	11	22	16	32
5 — 8	3	6	5	10	8	16
9 — 12	—	—	—	—	—	—
13 — 14	—	—	—	—	—	—

Antecedentes familiares

—Padres obesos; encontramos 43 niños (86%) con este antecedente, de los cuales 16 (32%) la madre era la obesa, en 14 (28%) correspondió al padre y en 13 pacientes (26%) ambos padres eran los afectados, en 7 niños el peso de los padres era normal.

—Diabetes mellitus; existen 31 niños (62%) con antecedentes familiares de esta afección y 19 (38%) sin recogerse este dato.

—Obesidad y diabetes mellitus; existen 23 niños (46%) con antecedentes familiares de estas dos afecciones, y 27 (54%) pacientes sin estos datos.

Hiperfagia: este dato fue recogido afirmativamente en 49 pacientes (98%). Se analizó la incorporación a la actividad física: 32 pacientes fueron considerados como niños inactivos (21 varones y 11 hembras) por el contrario en 18 pacientes se aceptó que eran activos.

En relación a la pregunta si un niño obeso es hermoso, 32 padres (64%) respondieron afirmativamente y 18 (36%) de forma negativa. Al analizar la aceptación o no de la obesidad como enfermedad 35 (70%) padres respondieron afirmativamente, mientras 15 (30%) de forma negativa.

En el cuadro II, se demuestra el grado de gravedad, existiendo total predomi-

CUADRO II

OBESIDAD INFANTIL
GRADO DE GRAVEDAD

Sexo	Número de pacientes		
	Ligera	Moderada	Grave
Masculino	2	5	14
Femenino	4	6	19
Total	6	11	33

CUADRO III

OBESIDAD INFANTIL
MOTIVO DE CONSULTA

Causa	No. de casos
Obesidad	21
Poco desarrollo genital	12
Trastornos ortopédicos	9
Trastornos fisiológicos	3
Hiperfagia	2
Lipotimia	1
Adinamia	1
Otras causas	1

nio (en ambos sexos) del grado grave y moderado respectivamente.

Al analizar quién atiende directamente al niño, encontramos que correspondió a la madre en 39 pacientes y a la abuela en 11 niños.

Observamos que 11 pacientes (22%), habían tenido anteriormente tratamiento para reducir de peso, no señalándose este dato en 39 niños (78%).

Analizamos quién solicitó la asistencia a nuestra consulta, observamos que correspondió a la madre en 24 pacientes (48%), al padre en 6 (12%), al médico en 11 (22%), a otros familiares en 5 (10%), al maestro solamente en 1 paciente, en esta última el niño asistió debido a otra causa.

Al analizar la respuesta de la madre con relación a quiénes tenían la culpa de la obesidad del paciente, encontramos que en 14 se señala a la madre o al niño respectivamente, en 7 al padre, en 7 a la abuela, y 7 madres opinaron que la culpa no era atribuible a nadie en particular; sólo en un paciente se señaló a otras amistades.

El motivo de consulta se analiza en el cuadro III, donde se observa que pre-

domina la obesidad, el poco desarrollo genital y los trastornos ortopédicos respectivamente.

Se estudió el nivel cultural de los padres, y se encontraron los siguientes datos: analfabeto 1, primaria incompleta 26, primaria completa 25, secundaria básica 38, enseñanza media 7 y enseñanza universitaria 3.

COMENTARIOS

Según algunos autores¹⁸ la obesidad se observa con igual frecuencia en ambos sexos o menos en el masculino,¹⁹ sin embargo hemos encontrado igual que *Padrón*¹⁶ y *Piñeiro*¹⁵ predominio de este último, consideramos que esto puede ser explicado ya que consideramos como una de las mayores preocupaciones de los padres el falso hipogonitalismo provocado por la obesidad.

Se ha señalado que el peso al nacer del niño está aumentado,²⁰ sin embargo otros autores¹⁵ no han observado este hecho, nosotros tampoco lo hemos encontrado, estos datos apoyan la tesis de que la obesidad es adquirida, se ha planteado que el peso al nacer está aumentado en los pacientes con sobrepeso en etapas precoces de la vida, *Piñeiro*¹⁵ encontró en los pacientes con más de 2,5 kilogramos al nacer, diferencias significativas a favor de un comienzo precoz, en nuestra serie los 4 pacientes macrofetos fueron obesos antes del primer año de vida.

Es aceptado por la mayoría de los autores^{20,21} que la obesidad en el niño comienza principalmente en la etapa antes de los 5 años de edad y si aparece posteriormente es de menor intensidad; *Padrón*¹⁶ encontró el 71% de su serie en este grupo de edad, *Piñeiro*¹⁵ señala el 82%, nosotros hemos encontrado el 84% lo que está de acuerdo con lo señalado en la literatura mundial. Por otro lado se plantea^{22,23} que la obesidad en el niño está relacionada a la hipertrofia e hiperplasia de las células adiposas, no así la obesidad

de inicio en la adultez. *Asher*²⁴ señala que del 70 al 80% de los pacientes obesos infantiles persisten en la vida adulta, es por eso la necesidad de prevenir, diagnosticar o tratar al niño obeso principalmente en el grupo menor de 5 años de edad.

Al analizar la edad actual observamos que el 96% de nuestros pacientes tienen más de 5 años y el 76% corresponde al período puberal, *Padrón*¹⁶ encuentra 81% en esta etapa. Consideramos que esto es debido al desconocimiento de los padres, los cuales comienzan a preocuparse por la obesidad de sus hijos en el período pre o puberal, al presentar éstos conflictos psicológicos, ambientales o físicos.

Ha sido planteado¹⁹ que el paciente obeso tiene frecuentemente antecedentes familiares de obesidad, lo que puede ser expresión de determinismo genético o de hábitos familiares,⁷ consideramos que aunque no podemos negar la posibilidad genética, el hábito dietético familiar del obeso es de importancia fundamental. *Padrón*¹⁶ encontró en el 50% de sus pacientes antecedentes de obesidad familiar, y en el 33% de diabetes mellitus. *Chiumello*²¹ en su serie señala el 60% de obesos familiares y el 10% de diabéticos. *Piñeiro*¹⁵ encontró el 33% de diabetes mellitus familiar, mientras el 85% tenía antecedentes de uno o ambos padres obesos; de éstos el 75% tenían la madre obesa y el 30% tenían al padre, estando asociada ambas afecciones en el 32%, nuestros datos están de acuerdo con los autores anteriormente mencionados.

Al analizar el cuadro II observamos que existe total predominio, en ambos sexos, de la obesidad grave y moderada, este dato asociado a la aceptación de los padres de la obesidad como enfermedad principalmente si es en exceso, afirma el hecho de que éstos por falta de educación nutricional asisten sólo a consulta cuando el niño es extremadamente obeso.

Es frecuente que el niño obeso asista a consulta por problemas físicos, estéticos o psicológicos, algunos autores¹⁶ señalan como principales causas: la obesidad y el poco desarrollo genital; nosotros las hemos encontrado también como primeras causas de consulta, además de los trastornos ortopédicos.

Es conocido que el paciente obeso realiza poca actividad física, consideramos que aunque el sedentarismo puede ser causa de obesidad es más frecuente que se comporte como factor agravante y no como desencadenante, sin embargo, otras series¹⁶ han señalado al paciente obeso como activo, creemos al igual que esos autores que los padres tienden a distorsionar la verdad.

Consideramos que la obesidad está íntimamente relacionada con los conocimientos nutricionales y hábitos dietéticos,²⁵ en nuestro estudio encontramos que numerosas madres aceptaron el niño obeso como hermoso (64%), lógicamente se desprende que debe existir despreocupación de los padres en cumplir algún tratamiento que cambie ese biotipo preferido, también encontramos que el 78% de nuestros pacientes nunca habían tenido anteriormente tratamiento para reducir de peso, por el contrario el 70% sí acepta la obesidad como enfermedad, aunque hacen la salvedad que sólo si es en exceso.

Analizamos el nivel cultural de ambos padres, y encontramos que por el contrario a lo señalado en la malnutrición por defecto²⁶ existe un nivel cultural de 6to. grado o superior en el 70% de los padres, todo lo que nos lleva a plantear que el niño no es obeso debido al bajo nivel cultural de los padres, por otro lado, es verdad que a mayor nivel intelectual mayor nivel adquisitivo, esto lógicamente no creemos que sea la explicación fundamental, de estos datos se desprende una pregunta: ¿Cómo si el nivel intelectual es mayor hasta el grado que el 70% acepta la obesidad como enfermedad, son capaces de permitir que sus hijos

sean obesos y principalmente en grado grave o moderado?, consideramos que la respuesta puede ser dividida en dos aspectos:

- Repercute de forma significativa en los padres del niño obeso, los aspectos tradicionales aprendidos en la familia (hábitos dietéticos, conocimientos nutricionales y biotipo preferido).
- Por otro lado, el nivel intelectual alcanzado por éstos, no los capacita para cambiar el criterio familiar y propio del modo de educación nutricional del niño. Esto entre otras cosas, puede ser debido a la ausencia o escasez de conocimientos nutricionales brindado al educando a distintos niveles, es lógico que la lucha contra la obesidad significa cambios radicales y conceptuales de nuestra población que pueden ser alcanzados sólo con enfoques educacionales al niño y al adulto.

En nuestro estudio tratamos de averiguar quién tenía la culpa de obesidad en el niño, aunque lógicamente estos datos no pueden tener 100% de veracidad, nos llamó la atención que la madre aceptó en el 56% que la culpa correspondía a ella, al padre y a la abuela respectivamente. En nuestra serie, la madre y la abuela son quienes cuidan al niño, si asociamos a estos datos que la madre y el padre (60%) fueron los que principalmente solicitaron concurrir a nuestra consulta, consideramos que se debe enfatizar inicialmente la educación nutricional a ese nivel, llama la atención que sólo 11 pacientes fueron remitidos por el médico, creemos que en nuestras consultas no se le da el valor que corresponde a la prevención, diagnóstico y tratamiento de la obesidad a cualquier edad y principalmente en el niño, es posible que con la atención del paciente en la comunidad a través de programas de salud dirigidos con este fin se logre resolver este problema.

Consideramos que la atención de la obesidad es un programa fundamental, significará cambios profundos y radicales de los conceptos tradicionales acep-

tados y preferidos por nuestra población, lógicamente creemos que en esta aficción, igual que en otra es mejor prevenir que tratar.

BIBLIOGRAFIA

1. Halpern, S.L. Symposium on obesity. Med Clin North Am 48: 1283, 1964.
2. Diaz Diaz, O. Diabetes Mellitus. Prevalencia y características epidemiológicas en un sector urbano rural. Artemisa. Tesis de Grado. IEEM. La Habana, 1973.
3. Mateo de Acosta, O. y otros. Características epidemiológicas de la diabetes mellitus en un sector urbano de salud. Rev Cub Med 12: 61, 1973.
4. Mateo de Acosta, O.; Amaro, S. Características clínicas de la diabetes mellitus en 250 pacientes de 15 años y más. Rev Cub Med 10: 555, 1971.
5. Friedberg, C.K. Enfermedades del corazón. 3ra. edición, editorial Interamericana, pág. 590, México, 1969.
6. Güell, R. Temas de Endocrinología Infantil. Instituto Cubano del Libro, ed. Espaxs. Barcelona, pág. 391, 1974.
7. Güell, R. Niños "gordos" y "flacos" ¿Un problema? Rev Cub Ped 40: 241, 1968.
8. Gordon, E. New concepts of the biochemistry and physiology of obesity. Med Clin North Am 48: 1285, 1964.
9. Alea, A.; Carvajal, F. Obesidad en el niño: aspectos psicológicos. En Prensa.
10. Damcey, M.J.; Gairdner. Size of adipose cells in infancy. Arch Dis Child 50: 286, 1975.
11. Wilkins, L. Obesidad. En: Diagnóstico y tratamiento de las enfermedades endocrinas en la infancia y adolescencia. 3ra. edición. Editorial Espaxs. Barcelona, pág. 590, 1966.
12. Williams, R.H. Tratado de Endocrinología. 3ra. ed., Editorial Salvat, Barcelona, pág. 1102, 1971.
13. Fernández, A. Obesidad. Rev Cub Med 10: 419, 1971.
14. Pita, H. Tratamiento de la obesidad por ayuno prolongado. Rev Cub Med 12: 21, 1973.
15. Piñero, R. Obesidad en el niño, Tesis de Grado. IEEM. La Habana, 1976.
16. Padrón, R.S. Algunos aspectos de la obesidad en la niñez. Rev Cub Ped 48: 303, 1976.
17. Normas de Pediatría. Instituto Cubano del Libro, pág. 366, La Habana, 1975.
18. Citado por Padrón (16).
19. Pérez Paz, H.M. Estudio del paciente obeso. Tesis de Grado. IEEM. La Habana, 1970.
20. Illingworth, R.S. et al. The relation of birth weight to physical growth. Arch Dis Child 25: 380, 1950.
21. Chiumello, G. et al. L'obesita infantile. Minerva Pediátrica 25: 386, 1973.
22. Penik, S.; Stunkard, A. Newer concepts of obesity. Med Clin North Am 54: 745, 1970.
23. Broock, C.G. Measurement of adipose cell number in obese and non-obese human adipose tissue. J Clin Invest 45: 1023, 1966.
24. Asher, P. Fat Babies and Fat Children: The Prognosis of Obesity in the very young. Arch Dis Child 41: 672, 1966.
25. Taitz, L.S. Infantile overnutrition among artificially fed infants in the Sheffield Region. Br Med J 1: 315, 1971.
26. Carvajal, F. y otros. Encuesta de conocimientos nutricionales. En prensa.

Recibido: marzo 4, 1977.

Aprobado: mayo 18, 1977.

SUMMARY

Carvajal Martínez, F.; Escobar Guillén, L. *Infantile obesity: Some significant aspects.* Rev Cub Ped 50: 1, 1978.

Fifty obese children who were studied in the endocrinology service of the "Octavio de la Concepción y de la Pedraja" Provincial Pediatric Teaching Hospital in Holguín are presented. The normal birth weight; the early development of obesity (before 5 years old);

frequent familial backgrounds of obesity and diabetes mellitus; the parental acceptance of obesity as a sign of well being; the total predominance of severe and moderate obesity; and the high cultural level in parents (70% over sixth grade) are all stressed. The need for preventing, diagnosing or treating this affection, mainly in the child is emphasized. The significance of nutritional education as a basis in the fight against the disease is pointed out.

RESUME

Carvajal Martinez, F.; Escobar Guillén, L. *Obésité infantile: quelques aspects importants*. Rev Cub Ped 50: 1, 1978.

Les auteurs présentent 50 patients obèses étudiés dans le service d'endocrinologie de l'Hôpital Pédiatrique Provincial d'Enseignement "Octavio de la Concepción y de la Pedraja", à Holguín. On signale divers aspects importants de l'affection, tels que: poids normal lors de la naissance, début précoce de l'obésité (avant l'âge de 5 ans), antécédents familiaux fréquents d'obésité et de *diabetes mellitus*, acceptation par les parents de l'obésité comme signe de bonne santé, totale prédominance de l'obésité grave et modérée et niveau culturel élevé des parents (70% ayant surpassé le niveau du certificat d'études). On met l'accent sur le besoin de prévenir, diagnostiquer ou traiter cette affection, notamment chez l'enfant. On souligne l'importance de l'éducation nutritionnelle comme base pour combattre cette affection.

РЕЗЮМЕ

Карвахаль Мартинес, Ф.; Эскобар Гийен, Л. *Детское ожирение некоторые важные аспекты*, Rev Cub Ped 50:1, 1978.

Представляется пятьдесят пациентов с ожирением, исследованных в эндокринологическом отделении Провинциального Клинико-Педиатрического Госпиталя "Октавио де ла Консепсьён и де ла Педраха" Гор. Ольгин. Представляются различные важнейшие аспекты заболевания, такие как: нормальный вес при рождении, начало ранней тучности (ранее пятимесячного возраста), частые семейные предшествующие заболевания ожирением, сахарный диабет, признание со стороны родителей тучности как красоты, общее преобладание умеренной и опасной тучности, а также высокий культурный уровень родителей (70% выше начальной школы). Подчеркивается, что необходимо предупреждать или лечить это заболевание главным образом у детей. Отмечается важность воспитания потребления пищи как главной основы для борьбы с вышеуказанным заболеванием.