

Tratamiento del niño obeso con dieta reductora

Por los Dres.:

JULIO GONZALEZ,* REGINO PIÑEIRO* y RICARDO GÜELL**

González, J. y otros. *Tratamiento del niño obeso con dieta reductora*. Rev Cub Ped 50: 3, 1978.

Se presentan los resultados del tratamiento con dieta reductora de 1000 calorías diarias durante 4 meses en un grupo de 60 niños obesos. En esta serie se constató que con este método pocos niños respondieron con una disminución de su peso hasta el peso ideal. Se insiste en que la obesidad es mejor prevenirla que tratarla.

Son múltiples las causas y los mecanismos (poco conocidos aún) que dan origen a la obesidad. En ocasiones, en un mismo paciente inciden varios factores a la vez. Sabemos que en la base de toda obesidad existe una ruptura del equilibrio energético, del balance ingreso-gasto y junto a esto, una serie de factores psíquicos más o menos evidentes, que deben ser valorados siempre, ya que a veces, pueden por sí mismos desencadenar y mantener todo el mecanismo de la obesidad. En este trabajo presentamos los resultados obtenidos en el tratamiento a un grupo de 60 niños obesos.

MATERIAL Y METODO

Se presentan los resultados del tratamiento a 60 niños obesos (30 hembras

y 30 varones), en edades comprendidas entre 6 y 14 años, atendidos en la consulta de obesidad del departamento de endocrinología infantil del Instituto de Endocrinología y Enfermedades Metabólicas. Para este estudio se seleccionaron niños que no tuvieran afecciones genéticas, endocrinas, metabólicas o de otro tipo como causa de la obesidad o asociada a ésta. Se excluyeron también pacientes con retraso mental, o que hubieran tenido tratamiento para la obesidad 6 meses antes de este estudio.

Se consideró la intensidad de la obesidad en:

Ligera: Sobrepeso de 20% a 29% del peso ideal (respecto a la talla y sexo).

Moderada: De 30% a 39%.

Dieta reductora. Independientemente del peso, sexo o edad del niño, se utilizó la dieta de 1000 calorías diarias (40% de carbohidratos, 20% de proteínas y 40% de grasas), confeccionada y explicada a cada paciente en el departamento de dietética de la institución. Esta dieta se mantuvo durante 4 meses.

Evolución. Los pacientes fueron atendidos por el mismo facultativo, cada 15

* Especialista de I grado en endocrinología del Instituto de Endocrinología y enfermedades Metabólicas (IEEM) en el hospital pediátrico docente "Pedro Borrás Astorga", Vedado, Ciudad de La Habana (4).

** Especialista de I grado en endocrinología. Jefe del departamento de Endocrinología Infantil del IEEM en el hospital infantil docente "Pedro Borrás Astorga".

CUADRO I
RESULTADO DEL TRATAMIENTO

Malo				Regular		Bueno	
No completados		Completo		Hembras	Varones	Hembras	Varones
Hembras	Varones	Hembras	Varones				
14	14	14	4	0	6	2	6

días durante el primer mes, y después, mensualmente. En cada consulta se insistió en la importancia de las visitas sucesivas y del cumplimiento correcto del tratamiento. En todos los pacientes se realizó psicoterapia de apoyo en las consultas y, en algunos niños, se siguieron los consejos orientados en el departamento de psicología infantil.

Valoración de los resultados del tratamiento: Los resultados del tratamiento se consideraron:²

1. *Malo.* a) Pacientes que no lograron perder más del 30% de su sobrepeso durante los 4 meses del tratamiento. b) Pacientes que por cualquier motivo dejaron de asistir a la consulta.
2. *Regular.* Pacientes que durante los 4 meses del tratamiento perdieron más del 30% de su sobrepeso, pero no lograron reducirlo hasta el 20% de su peso ideal en los pacientes con obesidad moderada e intensa o, hasta el 10% en los pacientes con obesidad ligera.
3. *Bueno.* Pacientes con obesidad ligera que redujeron su peso hasta el 10% del peso ideal y, pacientes con obesidad moderada e intensa que lo redujeron hasta el 20%.

Para el análisis estadístico de los resultados se utilizó el método de Chi Cuadrado con un nivel de significación de 0,05.

RESULTADOS

De los 60 niños que inicialmente fueron seleccionados para este estudio, 46 tuvieron una mala respuesta al tratamiento con un franco predominio en los del sexo femenino.

En 6 pacientes el resultado se consideró regular; todos ellos eran varones. Sólo en 8 niños el resultado fue considerado como bueno. En este grupo también había predominio de los del sexo masculino. Llama la atención que tanto en el grupo de resultado regular como en el de resultado bueno, los valores presentaron los mejores resultados (cuadros I y II).

Al comparar los resultados según la intensidad de la obesidad se comprobó que el grupo de mayor sobrepeso obtuvo los peores resultados (cuadro III). Es posible que en ese grupo sea necesario mantener el tratamiento durante un período de tiempo mayor, al final del cual los resultados del tratamiento pudieran ser más alentadores.

CUADRO II
RESULTADO DEL TRATAMIENTO EN FUNCION DEL SEXO

Resultado	Sexo		Total
	Hembras	Varones	
Malo	28	18	46
Regular	0	6	6
Bueno	2	6	8
Total	30	30	60

Otros hallazgos

Otro hecho que debe destacarse es que los niños que comenzaron el tratamiento entre los 11 y 14 años de edad, obtuvieron los mejores resultados (cuadro IV). Ello pudiera deberse al hecho de estar próximos o, en pleno período puberal, época en la que aumenta la preocupación personal por la apariencia externa, lo que influye en forma positiva en la actitud frente al tratamiento.

La edad de comienzo de la obesidad fue un factor importante que se tuvo en cuenta. En el grupo en que la obesidad comenzó antes de los 2 años se constataron los peores resultados (cuadro V).

En forma similar, la evolución prolongada de la obesidad influyó negativa-

mente sobre la respuesta al tratamiento. La mayoría de los pacientes con más de 5 años de evolución tuvieron una respuesta mala al tratamiento (cuadro VI).

Las mayores pérdidas de peso ocurrieron en las primeras 3 a 4 semanas, y la mayor reducción (el 50%) total del peso perdido, ocurrió en el primer mes del tratamiento (época de mayor motivación).

El período crítico en el programa de reducción de peso varió entre el final de la cuarta y sexta semanas. Consideramos que en este lapso, la supervisión médica debe reforzarse.

Encontramos resultados diferentes en niños con iguales características (sexo, edad y peso) y con el mismo tipo de

CUADRO III

INFLUENCIA DEL GRADO DE OBESIDAD SOBRE EL RESULTADO DEL TRATAMIENTO

Resultado	Grado de obesidad (%)			Total
	Del 20 al 29	30 al 39	Más del 40	
Malo	6	10	30	46
Regular	2	3	1	6
Bueno	1	5	2	8
Total	9	18	33	60

CUADRO IV

RESULTADO DEL TRATAMIENTO EN FUNCION DE LA EDAD

Resultado	Edad en años		Total
	6 a 10	11 a 14	
Malo	27	19	46
Regular	1	5	6
Bueno	0	8	8
Total	28	32	60

CUADRO V

INFLUENCIA DE LA EDAD DE COMIENZO DE LA OBESIDAD SOBRE EL RESULTADO DEL TRATAMIENTO

Resultado	Edad de comienzo		Total
	- 2 años	+ 2 años	
Malo	17	29	46
Regular	2	4	6
Bueno	1	7	8
Total	20	40	60

CUADRO VI

INFLUENCIA DEL TIEMPO DE EVOLUCION DE LA OBESIDAD SOBRE EL RESULTADO DEL TRATAMIENTO

Resultado	Evolución		Total
	Mayor de 5 años	Menor de 5 años	
Malo	38	8	46
Regular	4	2	6
Bueno	5	3	8
Total	47	13	60

tratamiento; también observamos efectos diferentes en un mismo paciente en distintos tiempos del tratamiento. Esto puede estar influido por la actividad física desarrollada durante esos períodos.

En esta serie de 60 niños obesos se comprobó que, con la dieta de 1 000 calorías, diarias, pocos niños respondieron con disminución del peso hasta conseguir el peso ideal.

COMENTARIOS

Es conocido que la ruptura del equilibrio "ingreso-gasto" que se mantiene en los individuos normales, provoca una positividad del balance energético que se traducirá en aumento del depósito de la grasa corporal. Este balance positivo puede originarse por escaso gasto calórico (sedentarismo), ingestión excesiva de alimentos, o por ambas causas a la vez.³⁻⁹ Es por ello que el tratamiento debe ser dirigido a actuar sobre estos factores:

- *Régimen dietético.* Con sus medidas coadyuvantes (uso de medicamentos cuando sea necesario).
- *Aumento del gasto energético.* (Práctica de deportes).
- *Psicoterapia.* Por lo general puede darla el propio pediatra o el endocrinólogo que atiende al paciente.
- *Ingreso calórico (régimen dietético).*

La atención en esta parte del tratamiento debe centrarse principalmente en la reducción de la ingestión de alimentos. Es importante explicar al niño y sus familiares que la obesidad es consecuencia de una ingestión calórica superior a la que el organismo necesita y que, el éxito del tratamiento dependerá, fundamentalmente, de la reducción de la ingestión de alimentos. A veces existen dificultades para cumplir la dieta por haberse desarrollado un apetito exagerado. En tal caso pueden indicarse medicamentos que provoquen anorexia,

principalmente en los estadios iniciales del tratamiento, cuando se requiera reforzar la educación dietética.

Con la dieta de 1 000 calorías diarias, la pérdida de hasta 2 libras por semana es un ritmo de reducción que evita la debilidad que se presenta, a veces, con la pérdida rápida de peso.²

A pesar de los resultados desfavorables obtenidos en nuestra serie, consideramos que con la dieta de 1 000 calorías diarias —si es cumplida adecuadamente por el paciente— se puede lograr la reducción de peso deseada en el niño, sin afectar su ritmo de crecimiento.

Gasto energético

El mejor método para aumentar el gasto energético es incrementar la actividad física en forma de deportes y ejercicios. Esto, además de acelerar la pérdida de grasa corporal, mantiene el tono muscular y previene el aumento de peso una vez alcanzado el peso ideal.

Aspectos psicológicos (psicoterapia)

Lo importante en el tratamiento de la obesidad no es "romper el record" en pérdidas rápidas de peso que frecuentemente son seguidas de recidivas también rápidas. El objetivo principal es arribar a una estabilidad dietética y psicológica mejor de la que existía anteriormente, y obtener así un resultado más duradero.

No debemos esperar resultados extraordinarios con el tratamiento del niño obeso; la motivación del paciente y de los padres es el principal factor para lograr el éxito final, que consistirá no solamente en bajar de peso al niño sino también, recondicionar sus hábitos dietéticos y prevenir la reaparición de la obesidad en el futuro.

Para finalizar queremos enfatizar que la mejor medida contra la obesidad es su prevención y, en ese sentido debe dirigir sus esfuerzos el pediatra, tanto en las consultas de puericultura, como en la comunidad.

SUMMARY

González, J. et al. *The reducing diet treatment for child obesity*. Rev Cub Ped 50: 3, 1978.

The results of the reducing diet treatment (1000 calories daily for 4 months) of 60 obese children are presented. It was found that only few children responded and achieved an ideal weight. It is emphasized that obesity must be prevented rather than treated.

RÉSUMÉ

González, J. et al. *Traitement de l'enfant obèse avec diète réductrice*. Rev Cub Ped 50: 3, 1978.

Les résultats obtenus chez un groupe de 60 enfants obèses au moyen du traitement avec diète réductrices de 1 000 calories par jour au cours de 4 mois sont présentés. Dans cette série, il a été constaté qu'au moyen de cette méthode un petit nombre d'enfants ont répondu avec diminution du poids jusqu'au poids idéal. Il est à souligner qu'il vaut mieux prévenir l'obésité.

РЕЗЮМЕ

Гонсалес, Х. и др. Лечение ребёнка, страдающего ожирением, с помощью редуциционной диеты. Rev Cub Ped 50: 3, 1978.

Представляются результаты, полученные при лечении спомощью — редуциционной диеты, включающей 1.000 калорий, лечения, применявшегося в течении четырёх месяцев к группе из шестидесяти детей, страдавших ожирением. В этой группе пациентов было установлено, что при помощи указанного метода очень малое количество детей прореагировали уменьшением их веса вплоть до достижения идеального физического веса. Специально подчёркивается, что ожирение является заболеванием, которое легче предупредить, чем лечить.

BIBLIOGRAFIA

1. Padrón, R. Aspectos de la obesidad infantil. (En prensa).
2. Braunstein, B. J. Management of the obese patient. Med Clin North Am 55: 395, 1971.
3. Bullen, B. A. et al. Attitudes towards physical activity; food and family in obese and nonobese adolescent girl. Am J Clin Nutr 12: 1, 1963.
4. Duncan, G. B. et al. Intermittent fast in the correction and control of intractable obesity. Am J Med Sci 245: 515, 1963.
5. Drenik, E. J. Prolonged starvation as treatment for severe obesity. JAMA 187: 100, 1964.
6. Pita de la Vega, H. Tratamiento de la obesidad por ayuno prolongado. Rev Cub Med 12: 1, 1973.
7. Güell, R. Temas de Endocrinología Infantil. Ed. Organismo. Instituto Cubano del Libro. La Habana, 1974.
8. Bonnet, F.; Lozet, H. Les erreurs diététiques habituelles de l'enfant obèse. Rev Med Liege 22: 454, 1967.
9. Wilkins, L. The diagnosis and treatment of endocrine disorders of childhood and adolescence. Cap XXIII 3ed. Charles C. Thomas Publisher. Springfield 111., 1965.

Recibido: septiembre 29, 1977.

Aprobado: noviembre 30, 1977.