

HOSPITAL PEDIATRICO PROVINCIAL DOCENTE "DR. EDUARDO AGRAMONTE PIÑA",
CAMAGÜEY

Obesidad infantil: manejo terapéutico

Por los Dres.:

JOAQUIN ROMEO GALLARDO*, BERTHA CARRASCO MARTINEZ**
y MARIA E. SANCHEZ CARTAYA***

Romeo Gallardo, J. y otros. *Obesidad infantil: manejo terapéutico*. Rev Cub Ped 52: 3, 1980.

Se evalúan los resultados del tratamiento a corto plazo de 70 pacientes obesos, 35 niñas y 35 niños, tratados todos de la misma manera. La mala evolución a la terapéutica empleada fue la regla, aunque los peores resultados se obtuvieron en los que presentaban obesidad moderada e intensa. No hubo diferencias significativas en los resultados del tratamiento con relación a la edad de aplicación y al sexo del paciente. Se infiere que los tratamientos de la obesidad a corto plazo, no logran resolver el problema y se insiste en que la mejor forma de tratar la mal nutrición por exceso es la prevención.

INTRODUCCION

El desarrollo actual de nuestra sociedad ha traído por consecuencia un notable incremento del estado nutricional de la población^{1,2}. La obesidad ha aumentado cada vez más dentro del cuadro de salud y constituye, en estos momentos, el problema nutricional más importante a resolver¹⁻⁵. Los tratamientos utilizados han tenido resultados relativamente malos y es uno de los temas más polémicos de esta entidad^{1,5,6-8}.

Es nuestro propósito mostrar el resultado del tratamiento de un grupo de ni-

ños obesos y destacar los aspectos más relevantes en el pronóstico de la obesidad.

MATERIAL Y METODO

Se informan los resultados del tratamiento de 70 pacientes obesos, 35 niños y 35 niñas, en edades preescolar y escolar, atendidos en la consulta de endocrinología del hospital pediátrico provincial docente "Dr. Eduardo Agramonte Piña", de Camagüey; la selección fue realizada al azar. Se excluyeron los pacientes que habían tenido tratamiento previo para la obesidad, así como aquellos con afecciones que pudieran ser causa de obesidad o se asocien a ella. También fueron excluidos los individuos que presentaban retraso mental o afección orgánica neurológica.

La obesidad se consideró según su intensidad en: ligera cuando el exceso de peso osciló entre el 20 y 29%, moderada entre el 30 y 39% y severa 40%

* Especialista de I grado en endocrinología. Responsable provincial de endocrinología de Camagüey. Instructor de la Facultad de Ciencias médicas de la Universidad de Camagüey.

** Especialista de I grado en endocrinología. Hospital provincial docente "Manuel Ascunce Domenech", Camagüey.

*** Residente de 2do. año en pediatría. Hospital pediátrico provincial docente "Dr. Eduardo Agramonte Piña", Camagüey.

o más del peso ideal de acuerdo con la talla y sexo^{9,10}.

A todos se les impuso el mismo tratamiento, independiente de la edad, sexo y peso, que consistió en aumento de la actividad física, dieta reductora de 1 000 calorías (40% de hidratos de carbono, 40% de grasas y 20% de proteínas) y nulpip, medicamento anorexígeno que se presenta en tabletas y compuesto de la siguiente fórmula:

Sulfato de dextroanfetamina	5 mg
Hidroclorotiazida	12,5 mg
Vitamina A	5 000 U
Bisacodil	1 mg

Se administró una tableta dos horas antes de las principales comidas.

Los pacientes fueron atendidos por el mismo equipo médico, cada 15 días el primer mes y después una vez al mes hasta completar cuatro meses. Se insistió a los niños y padres en el cumplimiento del tratamiento y se les brindó apoyo psíquico en cada consulta. Todos fueron orientados por el departamento de psicología de nuestro centro.

Se clasificaron los resultados del tratamiento en:⁶

1. Bueno: pacientes con obesidad ligera que redujeron su peso hasta el 10% del ideal y aquéllos con obesidad moderada o intensa que lo redujeron al 20% en 4 meses de tratamiento.
2. Regular: los que durante el tratamiento por el mismo tiempo perdieron más del 30% de su sobrepeso, pero no lograron reducirlo hasta el 20% de su peso ideal, en los pacientes con obesidad moderada o intensa, ni hasta el 10% en aquellos con obesidad ligera.
3. Malo: pacientes que no lograron perder más del 30% de su sobrepeso y los que por cualquier motivo abandonaron el tratamiento.

El resultado del tratamiento se evaluó con relación al sexo, edad de comienzo, edad de aplicación del tratamiento e intensidad de la obesidad.

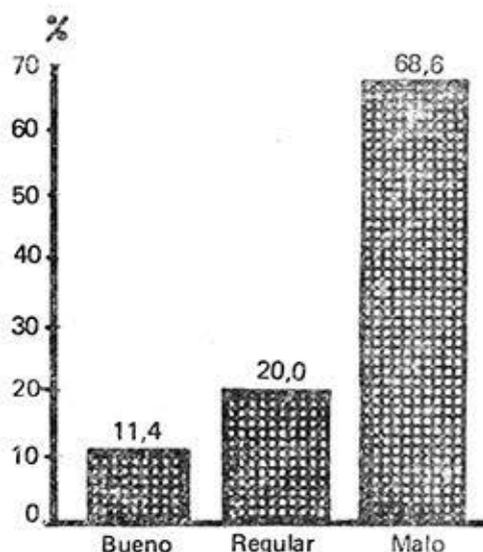


Gráfico 1. Resultado del tratamiento.

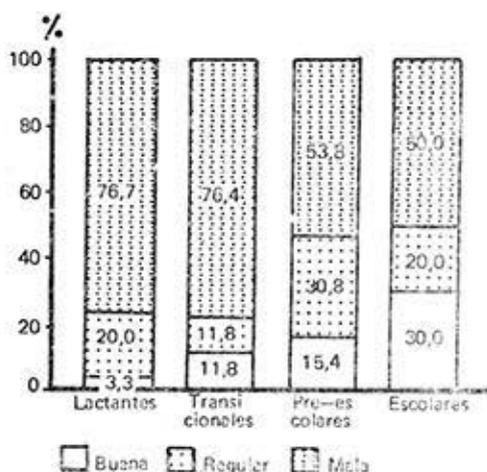


Gráfico 2. Resultado del tratamiento de acuerdo con la edad de comienzo de la obesidad.

Para el análisis estadístico de los resultados se utilizó el método de Chi Cuadrado con un nivel de significación de $\alpha = 0,05$

RESULTADOS

De los 70 niños estudiados, 48 (68,6%) tuvieron una mala respuesta al tratamiento, de éstos, 13 abandonaron el tratamiento antes de terminarlo. El resultado se consideró regular en 14 y bueno sólo en 8 (gráfico 1).

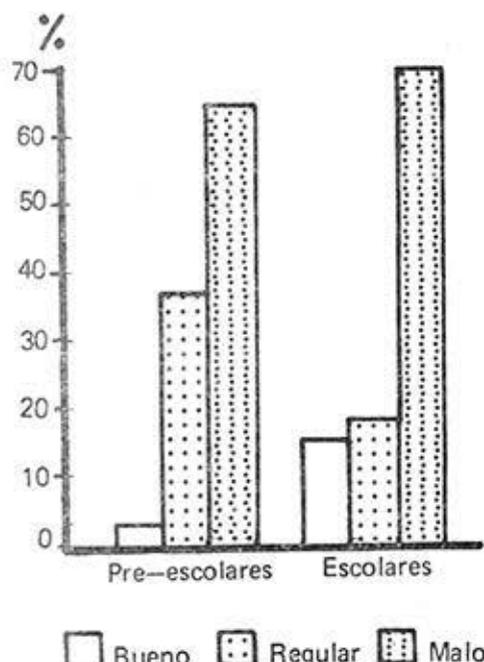


Gráfico 3. Resultado del tratamiento con relación a la edad de aplicación.

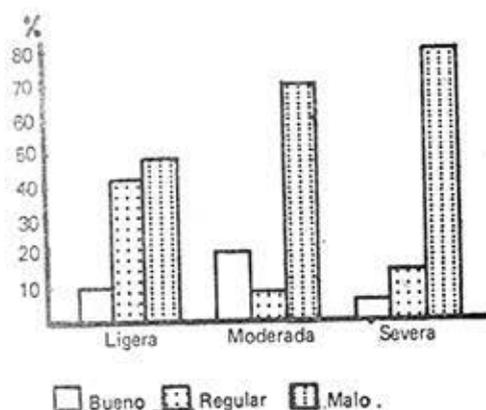


Gráfico 4. Resultado del tratamiento según la intensidad de la obesidad.

No hubo diferencias significativas en los resultados del tratamiento con relación al sexo.

El 67% de los niños inició su obesidad en etapas precoces de la vida, es decir, en los períodos de lactancia y transición. Cinco de ellos tuvieron un peso al nacer mayor de 4,5 kg y fueron considerados macrofetos. Fue precisamente en este grupo donde se obtuvieron los peores resultados (gráfico 2).

El tratamiento lo comenzaron 59 niños en la etapa de escolares y 11 en la de preescolares. En ambos grupos el resultado del tratamiento fue malo, sin existir diferencias significativas entre ellos (gráfico 3).

Se comprobó que los pacientes con mayor sobrepeso, obesos moderados e intensos, fueron los que tuvieron peor respuesta (gráfico 4).

La mayor reducción de peso ocurrió en las primeras 4 semanas.

No se detectaron reacciones secundarias al uso del nulip.

COMENTARIOS

El concepto básico en el cual se fundamenta todo el tratamiento de la obesidad, es la producción de un balance calórico o energético negativo, de manera que el paciente se vea obligado a "quemar" su exceso de grasa corporal, con la consecuente pérdida de peso⁵.

Este principio originó que en la obesidad exógena se utilizara la reducción de alimentos, aumento del gasto energético o ambos¹¹. Sin embargo, el apetito exagerado atenta contra el cumplimiento adecuado de la dieta, motivo por el que ha sido necesario utilizar medicamentos anorexígenos como el nulip para controlarlo.

El hecho de que la mayor parte de nuestros pacientes tuvieran una respuesta terapéutica mala, consideramos se deba a que el 73% de los casos eran obesos moderados e intensos, además, que el tiempo de tratamiento fue corto. Estos resultados concuerdan con lo planteado por Mayer¹²: "El tratamiento

de la obesidad debe ser a largo plazo, porque los de corto plazo no tienen significación".

González y colaboradores⁶, en un estudio de 60 niños con dieta reductora, tuvieron 46 con mala respuesta al tratamiento, en los cuales hubo un franco predominio del sexo femenino. Nosotros no encontramos diferencias significativas en relación con el sexo, lo cual concuerda con los resultados de Güell y colaboradores⁷.

La mayor parte de los obesos desarrollan el trastorno en épocas tempranas de la vida, sin embargo, acuden a consulta en etapas tardías, la mayoría cerca del período puberal^{7,10,13}. Se ha señalado^{6,8,10} que factores como edad de comienzo, evolución prolongada e intensidad de la obesidad, influyen negativamente sobre la respuesta al tratamiento, resultados éstos acordes con los nuestros y que se relacionan fundamentalmente con la sobrealimentación que comienza en las primeras épocas de la

vida, la que además de crear hábitos dietéticos inadecuados, provoca alteraciones morfológicas del tejido adiposo con particularidades en sus características metabólicas¹¹⁻¹⁶.

De lo anterior consideramos que:

- a) El tratamiento de la obesidad en la niñez es difícil, no sólo para el médico, sino también para los familiares y el propio paciente.
- b) Los medicamentos anorexígenos, actúan de inicio, pero en períodos más prolongados pierden su efectividad.
- c) Lo principal es motivar al niño y sus padres para lograr no sólo la reducción ponderal, sino también recondicionar sus hábitos dietéticos.
- d) La dieta de 1 000 calorías a corto plazo no logra resolver la obesidad.

Para finalizar es necesario insistir en que según nuestro criterio y el de muchos otros autores especialistas en la materia, el mejor tratamiento de la obesidad es la prevención.

SUMMARY

Romeo Gallardo, J. et al. *Child obesity: Therapeutic management*. Rev Cub Ped 52: 3, 1980.

Results from the similar short-term treatments of 70 obese patients (35 girls and 35 boys) are assessed. The rule was a poor response to treatment though poorest results were obtained in those with moderate and intense obesity. Significant differences in treatment results regarding the age of application and patient's sex were not found. It is inferred that short-term treatments of obesity do not solve the problem, and it is emphasized that the best measure for treating excess malnutrition is prevention.

RÉSUMÉ

Romeo Gallardo, J. et al. *Obésité infantile: conduite thérapeutique*. Rev Cub Ped 52: 3, 1980.

Les auteurs évaluent les résultats du traitement à court terme de 70 patients obèses (35 filles et 35 garçons), traités tous de la même façon. En général, il y a eu une mauvaise évolution face à la thérapeutique employée, bien que les résultats les plus mauvais aient été obtenus chez les patients présentant obésité modérée et intense. Il n'y a pas eu de différences significatives en ce qui concerne les résultats du traitement par rapport à l'âge de l'application et au sexe du patient. Enfin, les auteurs signalent que les traitements de l'obésité à court terme ne résolvent pas le problème, et ils insistent sur le fait que la meilleure façon de traiter la malnutrition par excès c'est la prévention.

РЕЗЮМЕ

Ромео Гайардо, Х. и др. Детская тучность: терапевтическое лечение. *Rev Cub Ped* 52: 3, 1980.

Проводится оценка результатов лечения на короткий срок 70-пациентов, страдающих тучностью, из них: 35 девочек и 35 мальчиков, лечение которых проводилось по одному и тому же методу. Плохая эволюция как ответа на применявшийся терапевтический метод, несмотря на то что наилучшие результаты были получены на тех пациентах, которые страдали чрезмерной и средней тучностью. Не имели места значительные расхождения в результатах лечения в отношении возраста применения и пола пациента. Подчеркивается, что лечения тучности на короткий срок не достигают решения проблемы и настаивается на том, что самой лучшей формой лечения нарушений, вызванных неправильным питанием чрезмерным, является превентивные меры.

BIBLIOGRAFIA

1. Peña, M.; L. Peña. Algunas consideraciones sobre la obesidad exógena primaria en el niño. *Rev Cub Ped* 49: 707, 1977.
2. Romeo Gallardo, J. y otros. La obesidad: un problema en el niño. En prensa.
3. Hermelo, M.; J. Illnait. Sobre peso y obesidad en niños de círculos infantiles. *Rev Cub Ped* 47: 23, 1975.
4. Hernández, M. y otros. Malnutrición por exceso en niños menores de 1 año de la Regional Guantánamo. *Rev Cub Ped* 49: 19, 1977.
5. Carvajal, F.; L. Escobar. Obesidad infantil: algunos aspectos importantes. *Rev Cub Ped* 50: 11, 1978.
6. González, J. y otros. Tratamiento del niño obeso con dieta reductora. *Rev Cub Ped* 50: 235, 1978.
7. Güell, R. y otros. Tratamiento del niño obeso con Nulip y dieta reductora. *Rev Cub Ped* 50: 241, 1978.
8. Braunstein, J. J. Tratamiento del paciente obeso. *Clin Med Nort Am* 55: 371, 1971.
9. González, J. y otros. Efecto de la obesidad sobre el crecimiento y desarrollo. *Rev Cub Ped* 4: 599, 1976.
10. Padrón, R. Algunos aspectos de la obesidad en la niñez. *Rev Cub Ped* 48: 303, 1976.
11. Bonnet, F.; H. Lozet. Les erreurs diététiques habituelles de l'enfant obèse. *Rev Med Liege* 22: 454, 1967.
12. Mayer. Citado por Peña¹.
13. Eid, E.E. Follow-up study of physical growth of children who had excessive weight gain in first six months of life. *Br Med J* 2: 274, 1970.
14. Dauncey, M.J.; O.J. Gairdner. Size of adipose cells in infancy. *Arch Dis Child* 50: 286, 1975.
15. Adebajo, F.O. Primary exogenous obesity. A conceptual classification. *Clin Pediat* 13: 715, 1974.
16. Salans, L.B. et al. Role of adipose cells size and adipose tissue insulin sensitivity on carbohydrate intolerance of human obesity. *J Clin Invest* 47: 153, 1968.

Recibido: noviembre 7, 1979.

Aprobado: diciembre 15, 1979.

Dr. Joaquín Romeo Gallardo
Instituto de Endocrinología
y Enfermedades Metabólicas
Zapata y C. Vedado
Ciudad de La Habana.