

do de crecimiento aparece la amenaza de un detenimiento de la curva pondoestatural. La velocidad de crecimiento debe ser interpretada dentro del contexto del niño obeso el cual experimenta un pico de crecimiento temprano comparado con niños no obesos.

#### Trastornos Alimentarios

Un tratamiento que contemple una moderada restricción calórica acompañada de educación alimentaria y modificación de conducta podría actuar como una forma de prevención de trastornos de la conducta alimentaria.

#### DISCUSIÓN

Existen distintas áreas dentro del tratamiento del niño obeso a considerar.

En la actualidad la necesidad de la modifica-

ción de conducta con el aprendizaje de nuevos hábitos que compitan con los ya aprendidos es de fundamental importancia. Son de fundamental importancia tanto la selección de alimentos como la actividad física. Aún quedan por dilucidar los diversos mecanismos de regulación del circuito hambre-saciedad y la apetencia por determinados alimentos de mayor condensación energética que se observa en pacientes obesos. Se ratifican la necesidad de tratamientos individualizados para cada niño y su familia.

Se resalta además la necesidad de evaluar la comorbilidad presente que requiere proyectar un tratamiento acorde para lograr el éxito deseado.

Con respecto al futuro de la investigación sobre obesidad infantil es importante avanzar en la integración de la investigación básica y la clínica.

**Pediatrics 1998; 101:s554-s570**

## BRITISH MEDICAL JOURNAL 6

### 933 Definición estándar de sobrepeso y obesidad en niños: Estudio internacional

**T.J. COLE, M.C. BELLIZZI, K.M. FLEGAL, W.H. DIETZ**

(Departamento de Epidemiología y Salud Pública, Instituto de la Salud del Niño; International Obesity Task Force Secretariat, Londres, Inglaterra)

*La obesidad infantil constituye un serio problema de la Salud Pública, sorprendentemente difícil de definir. En este estudio se propone una nueva definición de obesidad y sobrepeso en la infancia basada en datos internacionales sobre el índice de masa corporal (IMC ó BMI) relacionada con el punto de corte habitualmente aplicado en adultos de 30 kg/m<sup>2</sup>. Esta definición es menos arbitraria y más internacional que otras y debería estimular las comparaciones directas de las tendencias en obesidad infantil a través del mundo.*

**E**l objetivo de la siguiente investigación fue establecer una definición aceptable de obesidad y sobrepeso en la infancia y marcar puntos de corte específicos según la edad y el sexo, que puedan ser utilizados en diferentes poblaciones.

#### DISEÑO

Estudio internacional.

#### MUESTRA POBLACIONAL

97.876 varones y 94.851 mujeres, desde el

nacimiento hasta los 25 años de edad, provenientes de seis países diferentes a saber: Brasil, Gran Bretaña, Hong Kong, Holanda, Singapur y Estados Unidos.

#### INDICE DE MEDICIÓN PRINCIPAL

Índice de Masa Corporal (IMC).

#### RESULTADOS

Para cada muestra inspeccionada se confeccionaron curvas de percentilos cuyo punto de corte

según la edad y el sexo es equiparable a los valores diagnósticos de 25 kg/m<sup>2</sup> y 30 Kg/m<sup>2</sup> para el diagnóstico del Sobrepeso y la Obesidad en adultos.

## CONCLUSIONES

La investigación *provee tablas con los puntos de corte para IMC en la infancia y la adolescencia* basados en datos recabados internacionalmente y ligados a los puntos de corte aceptados para IMC de 25 Kg/m<sup>2</sup> y 30 Kg/m<sup>2</sup> en adultos.

Anula medidas arbitrarias para el diagnósti-

co de la obesidad.

Da un amplio rango de prevalencia a la edad de 18 años.

Prevalencia estimada para el sobrepeso a la edad de 18 años: 5 a 18%.

Prevalencia estimada para la obesidad a la edad de 18 años: 0.1 a 4%.

Rangos similares de obesidad entre las edades de 2 a 18 años.

La tabla de puntos de corte es recomendada para su uso en comparaciones internacionales de prevalencia de obesidad y sobrepeso.

Puntos de corte internacionales para índices de masa corporal para sobrepeso y obesidad por sexo entre los 2 y 18 años, calculados para pasar a través del IMC de 25 y 30 kg/m<sup>2</sup> a la edad de 18 años, obtenido promediando datos de Brasil, Gran Bretaña, Hong Kong, Países Bajos, Singapur y los Estados Unidos).

Edad (años)	IMC 25 kg/m <sup>2</sup>		IMC 30 kg/m <sup>2</sup>	
	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres
2	18.41	18.02	20.09	19.81
2.5	18.13	17.76	19.80	19.55
3	17.89	17.56	19.57	19.36
3.5	17.69	17.40	19.39	19.23
4	17.55	17.28	19.29	19.15
4.5	17.47	17.19	19.26	19.12
5	17.42	17.15	19.30	19.17
5.5	17.45	17.20	19.47	19.34
6	17.55	17.34	19.78	19.65
6.5	17.71	17.53	20.23	20.08
7	17.92	17.75	20.63	20.51
7.5	18.16	18.03	21.09	21.01
8	18.44	18.35	21.60	21.57
8.5	18.76	18.69	22.17	22.18
9	19.10	19.07	22.77	22.81
9.5	19.46	19.45	23.39	23.46
10	19.84	19.86	24.00	24.11
10.5	20.20	20.29	24.57	24.77
11	20.55	20.74	25.10	25.42
11.5	20.89	21.20	25.58	26.05
12	21.22	21.68	26.02	26.67
12.5	21.56	22.14	26.43	27.24
13	21.91	22.58	26.84	27.76
13.5	22.27	22.98	27.25	28.20
14	22.62	23.34	27.63	28.57
14.5	22.96	23.66	27.98	28.87
15	23.29	23.94	28.30	29.11
15.5	23.60	24.17	28.60	29.29
16	23.90	24.37	28.88	29.43
16.5	24.19	24.54	29.14	29.56
17	24.46	24.70	29.41	29.69
17.5	24.73	24.85	29.70	29.84
18	25	25	30	30

## COMENTARIO

El objetivo de trabajar con estos artículos recientemente publicados fue, en el caso de la definición standard de sobrepeso y obesidad el dar a conocer tablas de diagnóstico que se adecúan a la edad de los pacientes y pueden ser utilizadas en cualquier país pues su lectura no está influenciada por las diferencias étnicas ni otros factores de error local. Son fáciles de utilizar y de gran confiabilidad además de aptas para ser utilizadas en estudios estadísticos multicéntricos.

Estas ventajas no existían antes de la confección de estas tablas de punto de corte, pues los diferentes métodos de valoración de peso para el diagnóstico de sobrepeso y/u obesidad infantil y del adolescente se veían influenciados entre otros, por la edad, diferencias étnicas y criterios de valoración del examinador y longitud de los miembros. La reproducción de la tabla, posibilita su uso masivo entre los profesionales que tratan este tipo de patología y favorecen al pediatra clínico a realizar un diagnóstico aproximado de prevalencia de sobrepeso y obesidad.

EL artículo sobre tratamiento en la obesidad infantil del Dr. L. Epstein y colaboradores publicado en la revista *Pediatrics* fue elegido para su discusión por

considerarlo de suma importancia ya que muestra claramente que el tratamiento del sobrepeso y la obesidad infantil no se circunscribe a la prescripción de una dieta de comidas. Resalta la importancia de la práctica de actividad física y la reeducación alimentaria, destacando como pilar terapéutico el reaprendizaje del estilo de vida del grupo familiar donde el niño obeso está inmerso. Creemos que es material básico para el abordaje del tratamiento del sobrepeso en la infancia porque valoriza los resultados a largo plazo, el compromiso familiar y el concepto de prevención de otras patologías alimentarias. También abre la posibilidad de pensar en métodos más agresivos de tratamiento en casos de obesidad mórbida.

Ambos artículos aportan información que permite continuar con el conocimiento y forma de abordaje de esta patología que dado su incremento en la prevalencia ya es considerado en países desarrollados un problema de interés prioritario de la salud pública.

**DRA. ADELA SPALTER**

(Departamento de Pediatría Instituto Universitario CEMIC, Buenos Aires, Argentina)

**DRA. NELLY FERRADAS**

(Trastornos de la Conducta Alimentaria)

## BRITISH MEDICAL JOURNAL 6

## 934 La epidemia de obesidad en niños

**W. DIETZ**

(División de Nutrición y Actividad Física, Centros de Prevención y Control de Enfermedades, Atlanta, Estados Unidos)

*La promoción de la lactancia materna, la implementación regular de comidas en familia, el permitir a los niños elegir entre las comidas que los padres les ofrecen, probablemente reducirían el acceso de los niños a los alimentos ricos en calorías. La oportunidad para el juego espontáneo puede ser lo único que haga falta para que los niños aumenten su actividad física. Reducir la cantidad de horas frente al televisor es una estrategia que ofrece mayor probabilidad al niño para la actividad física.*

**E**n todo el mundo se ha producido un aumento de la prevalencia de sobrepeso, definido con un Índice de Masa Corporal (IMC) mayor al percentilo 85, y obesidad definida como IMC mayor al percentilo 95 en niños, en los últimos 10 años.

El riesgo de obesidad en la adultez no está aumentado en niños que están con sobrepeso entre 1 a 3 años de edad, pero dicho riesgo va aumentando si el sobrepeso se mantiene después de dichas edades. Mas del 60% de los chicos excedidos de peso tienen un factor de riesgo adicional: antecedentes de enfermedad cardiovascular, dislipidemia, o hiperinsulinemia, y mas del 20% tiene por lo menos 2 factores de riesgo asociados. Este rápido

aumento de la prevalencia es atribuible a factores ambientales.

La diabetes tipo 2 está aumentando en niños y adolescentes como consecuencia de la obesidad.

En los últimos 30 años se han producido cambios en la forma de alimentarse de las familias, aumento del consumo de comidas rápidas, comidas pre-hechas y consumo de gaseosas, al mismo tiempo que ha disminuido la actividad física, se usan más los medios de transporte, aumentan las horas diarias de televisión, y se hace menos actividad física en las escuelas.

Si bien aún existen controversias, la alimentación con leche materna reduce el riesgo de obe-