

De la obesidad y sus puntos de corte para definirla en niños

(About obesity and the cut off points in children)

Leopoldo Vega Franco

*Comer hasta matar el hambre es bueno;
Mas comer por cumplir con el regalo es malo,
Hasta matar el comedor, es malo:
Y la templanza es el mejor galeno.*
Francisco Gómez de Quevedo y Santibáñez Villegas
(1580-1645)

El epígrafe expresa con ironía lo que todos sabemos: es malo excederse al comer cuando el hambre ha sido satisfecha; a la vez menciona como remedio cultivar *la templanza* para no exceder el límite de nuestras necesidades diarias de alimentos.

Tal parece que hace ya cuatro centurias había la certidumbre de que la única opción racional para evitar la gula, era seguir como norma de conducta una selección moderada y sobria de los alimentos. Quevedo y muchos otros que crecieron rodeados de nobles y potentados, sabían ya que una vida aficionada a «comer hasta matar el hambre» conduce a la muerte: como hoy lo afirman las autoridades responsables de la salud con base a los numerosos estudios epidemiológicos.

Aunque sería aventurado afirmar que desde tiempos pretéritos se consideraba la figura corporal obesa en los adultos como atributo y símbolo de opulencia, y que en la infancia los bebés rollizos y niños regordetes eran, como hasta ahora, motivo de orgullo de sus madres y envidia de muchas mujeres: lo que en la medicina tradicional de este país se atribuye que los bebés enfermen de «mal de ojo»;¹ hay en la historia del arte evidencias de que la obesidad en la infancia y la niñez era ya símbolo de belleza y salud: al menos de esta manera cabe interpretar que grandes maestros hayan plasmado en sus pinturas y modelado con cincel en mármol a niños rechonchos, en especial cuando representaban a Jesús en su niñez con un cortejo de ángeles «barrigones»: sólo por excepción he encontrado dos o tres madonas con niños desnutridos en sus brazos.

Si bien ahora la imagen de un niño sonriente y cachetón sigue siendo el modelo de un niño sano, hemos llegado a una etapa de la humanidad en que a un lado de la ciencia y la tecnología aplicada a las ciencias médicas nos sorprende con innovaciones jamás imaginadas (la más reciente: crear espermatozoides a partir de células madre); y sin embargo, como parangón nos conmueve la inequidad en el mundo de las maravillas por sus consecuencias en los niños: cada año diez millones de menores de cinco años mueren por causas «totalmente prevenibles» y 99% de esas muertes se producen en países en vías de desarrollo, según un informe hecho por la Organización «Save The Children».²

Es natural, pero no deseable, que en aquellos países en los que aún persiste la miseria y la desnutrición acompañada de una carga de enfermedades infecciosas, sigan muriendo miles de niños de los segmentos de población más desposeída y a éstos se sumen los «afortunados» sobrevivientes de las silenciosas consecuencias de la deficiente alimentación de las madres durante la gestación.

Cabe reconocer que al cabo de 50 años de avances técnicos y científicos en las ciencias médicas, es otro el panorama de la humanidad, que los adelantos han contribuido no sólo al bienestar de la población, sino a la incorporación de nuevos estilos de vida en un mundo globalizado: con la creciente integración de las economías nacionales en una economía de mercado mundial.

En este contexto, amplios segmentos de población de los países en desarrollo han adoptado patrones de alimentación en los que la «comida rápida» con alto contenido de energía: pizzas, hamburguesas, tacos... y bebidas gaseosas con azúcar, han contribuido al gradual incremento de la obesidad en niños, jóvenes y adultos de este país, coincidiendo con la declaración hecha por la Organización Mundial de la Salud (OMS) al declarar que el mundo se encontraba ya inmerso en una pandemia.³

A este respecto, en México, como en otros de los países en desarrollo, la prevalencia de desnutrición ha disminuido en los pasados diez años, pero con mayor cele-

ridad se ha incrementado el número de personas afectadas por sobrepeso u obesidad,^{4,5} a grado tal que en la última encuesta de nutrición la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad en los niños de 5 a 11 años, se aproximó a 26% para ambos sexos (26.8% en niñas y 25.9% en niños).⁵

Cabe reconocer que a medida en que la obesidad empezó a cobrar importancia, por su relación con enfermedades crónicas y degenerativas, la OMS promovió el desarrollo de estrategias para definirla y adoptar las estrategias de lucha en contra de esta enfermedad. Era necesario adoptar criterios uniformes al definir el sobrepeso y la obesidad para poder conocer y comparar las mediciones epidemiológicas de distintos países en el mundo. En esos últimos años del siglo pasado, en los adultos la obesidad que era ajena a causas metabólicas, endocrinas o genéticas cobró interés epidemiológico al proponer Florey,⁶ para valorar la obesidad, el índice de masa corporal (IMC) propuesto por Quetelet en el siglo XIX. La propuesta nació porque hasta entonces la obesidad en los adultos se calificaba cuando el porcentaje de peso corporal era mayor de 20%; fue así que la idea de dividir el peso corporal en kg por la estatura en metros elevada al cuadrado (kg/m^2) permitía cancelar impreciso: al definir los puntos de corte para calificar lo normal, el sobrepeso y la obesidad.

Esta medición es particularmente útil en adultos, en quienes la estatura se asume estable; pero en los niños el peso y talla están en constante cambio y manifiestan distinta velocidad, por lo que ha sido necesario definir las curvas de crecimiento de la masa corporal considerando seis estudios transversales en niños de seis países, cuyos resultados fueron publicados hace ya casi dos lustros⁷ y se han empleado para definir el sobrepeso y la obesidad en las encuestas nacionales de nutrición de este país en 1999 y 2006; por su utilidad en la práctica diaria de la pediatría, me ha parecido de interés analizar brevemente en este editorial la razón de su empleo.

Si bien en su desarrollo los autores tuvieron como objetivo principal contar con un procedimiento que permitiese en estudios de población identificar a los niños con sobrepeso u obesidad entre los 2 y 18 años, aplicando el IMC, la información aplicable para los pediatras es proporcionada por los autores en una tabla y dos gráficas, que facilitan seguir la evolución de los niños semestralmente.

Para lograr esta información colectaron datos obtenidos en seis estudios transversales hechos en sendos países: Brasil, Gran Bretaña, Hong Kong, Singapur, Holanda y Estados Unidos de América. Acumularon los IMC obte-

nidos en cerca de 200,000 personas: desde recién nacidos hasta los 25 años de edad, en proporción semejante de hombres y mujeres.

La información que proporcionan corresponde a poblaciones que tenían diferentes índices de prevalencia de obesidad y en cada una de las seis obtuvieron los puntos de corte a los 18 años: considerando para sobrepeso un $\text{IMC} = 25$ y para obesidad el $\text{IMC} = 30$, de acuerdo con el grupo de trabajo sobre obesidad (IOTF).⁸ Estos puntos de corte fueron extrapolados para cada edad y sexo, conservando el percentil del IMC a los 18 años. Después, suavizaron las curvas y obtuvieron los valores z (para estimar su desviación). Finalmente lograron las curvas aplicables entre los 8 y 18 años de edad, que mostraron ser razonablemente consistentes en los seis países en estudio: razón por la cual, a pesar de haber considerado los puntos de corte de los adultos, las curvas son, hasta ahora, una propuesta útil y confiable en la vigilancia periódica de los niños para conocer a tiempo cuándo empiezan a desviarse en su crecimiento corporal hacia un exceso de grasa, pues aunque los niños regordetes parezcan más bonitos y saludables, es preferible tener la seguridad de no correr los riesgos de la morbilidad asociada al exceso de grasa corporal.

Referencias

1. Vega FL, Toca PT, Rojas CM, Hernández Z. Las enfermedades en la medicina tradicional. *Bol Hosp Infant Mex* 1978;32 (Supl. 2): 69-87.
2. Save The Children. Diez millones de niños menores de cinco años mueren cada año por causas prevenibles. <http://www.wikio.es/article/73748300#news73748300> (Junio 30/2009).
3. World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation, Geneva, 3-5 Jun 1997. Geneva: WHO, 1998. (WHO/NUT/98. 1.) <http://www.who.int/en/>
4. Rivera DJ, Shamah-Levy T, Villalpando HS, González CT, Hernández PB, Sepúlveda J. *Encuesta Nacional de Nutrición 1999. Estado nutricional de niños y mujeres en México*. Cuernavaca, Morelos, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2001.
5. Shamah-Levy T, Villalpando-Hernández S, Rivera-Dommarco JA. *Resultados de Nutrición de la ENSANUT 2006*. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2007.
6. Florey C, du V. The use and interpretation of ponderal index and other weight-height ratios in epidemiological studies. *J Chron Dis* 1970; 23: 93-103.
7. Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WH. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *BMJ* 2000; 320: 1240-3.
8. Obesity Task Force (IOTF). The Global Challenge of Obesity and the International OIF Tables. <http://www.iuns.org/features/obesity/tabfig.htm#Table%201> (Junio 20/2009).