

DIRECTRICES PARA LA INTERVENCIÓN EN EL SOBREPESO Y LA OBESIDAD EN PEDIATRÍA

Raquel Soares, Hospital Pediátrico - Centro Hospitalario y Universitario de Coimbra, araquelcs@yahoo.com, Av. Afonso Romão - 3000-602 Coimbra, Portugal

Sección de Pediatría Ambulatoria de la Sociedad Portuguesa de Pediatría

Resumen: La elevada prevalencia actual de sobrepeso y obesidad en la edad pediátrica tendrá consecuencias futuras en la salud y el bienestar de la población adulta. La magnitud del problema, reconocida no sólo por los profesionales de la salud sino también, y cada vez más, por las poblaciones, justifica un mayor compromiso para su resolución, tanto a nivel individual como comunitario y gubernamental.

El objetivo de este artículo es proporcionar directrices prácticas para la intervención en el sobrepeso y la obesidad, concretamente en la atención primaria de salud, abordando aspectos de diagnóstico, identificación de grupos de riesgo, prevención y terapia.

Palabras clave: Obesidad, Pediatría, Sobrepeso, Diagnóstico, Prevención, Tratamiento

Abstract: The current high prevalence of paediatric overweight and obesity will have future implications for the health and well-being of the adult population. The magnitude of the problem, recognised not only by health professionals but also increasingly by the public, justifies a greater commitment to its resolution at individual, community and governmental levels.

This article aims to provide practical strategies for intervention in overweight and obesity, especially in primary care, addressing aspects of diagnosis, identification of risk groups, prevention and treatment.

Keywords: Paediatric obesity, Overweight, Diagnosis, Prevention, Treatment, Treatment

INTRODUCCIÓN

El sobrepeso (ExP) y la obesidad (OB) tienen una alta prevalencia en la edad pediátrica y se reconocen como una enfermedad con repercusiones no sólo en la infancia sino también en la vida adulta. Aunque ya es un problema reconocido por la población, sigue siendo difícil modificar los estilos de vida que conducen a su reducción.

En Portugal y España, aproximadamente uno de cada tres niños tiene sobrepeso u obesidad. Según el estudio COSI en Portugal en 2019 (1), el 29,6% de los niños de entre 6 y 8 años tenían ExP u OB (siendo el 12,0% OB). Sin embargo, ha habido una tendencia a la mejora, ya que en 2008 esta cifra era del 37,9% (15,3% OB).

Aunque no existe una definición universal para la ExP y la OB, en la práctica clínica se utiliza sobre todo el índice de masa corporal, ya que se correlaciona bien con la adiposidad. En la edad pediátrica no se considera el valor absoluto, como en los adultos, sino su evaluación en curvas percentiles. **(Tabla 1. Definiciones de sobrepeso y obesidad)**

Tabla 1. Definiciones de sobrepeso y obesidad

	0-2 años (P/E relativo) ^(a)	2-5 años (IMC) ^{(a)(c)}	5-19 años (IMC) ^(b) (percentil y puntuación z)
Exceso de peso	P97-99 (+2 a +3DP)	P97-99 (+2 a +3DP)	P85-97 (+1 a +2DP)
Obesidad	>P99 (> +3DP)	>P99 (> +3DP)	>P97 (> +2DP)

Fuente: OMS y Valerio G. et al (2018)(2)

Puntuación Z de equivalencia y percentil: +1DP=84,1; +2DP=97,7; +3DP=99,9; Relación P/E: relación peso/estatura; IMC: índice de masa corporal; DE: desviación estándar; OMS: Organización Mundial de la Salud; ^(a)Curvas de referencia de la OMS 2016; ^(b)Curvas de referencia de la OMS 2017; ^(c)Según la OMS se debe utilizar la relación P/E hasta los 5 años con las siguientes definiciones: sobrepeso >2DP y obesidad >3DP (3), aunque en la práctica clínica se utiliza el IMC entre los 2-5 años; Considerar obesidad grave a partir de los 5 años si el IMC >P99.

Para una intervención adecuada, se requiere principalmente la evaluación e interpretación sistemática de la somatometría en las consultas de vigilancia de la salud de niños y adolescentes. Debe considerarse un seguimiento más estrecho y una actuación más temprana en cuanto se produzca un cruce ascendente de los percentiles de peso o IMC, incluso antes de que se establezca el problema.

También debe prestarse mayor atención a los niños con factores de riesgo para el desarrollo de la PEE y la OB. Los primeros años de vida y el periodo prenatal son especialmente sensibles a la influencia de factores nutricionales y ambientales que pueden influir en la expresión o supresión de la actividad de algunos genes asociados a la predisposición a la obesidad y a futuras enfermedades metabólicas (mecanismos epigenéticos). **(Tabla 2. Factores de riesgo de la obesidad)**

Sin embargo, independientemente del estado nutricional, la inversión en prevención es una forma de intervención clave para reducir la prevalencia.

Pautas de intervención en sobrepeso y obesidad en pediatría

En cuanto a la intervención, la primera línea debería aplicarse en la Atención Primaria de Salud, ya que tienen una posición privilegiada cerca de la familia y de la comunidad, que a menudo será también el objetivo de la intervención. En situaciones particulares se derivará a una atención más especializada.

Tabla 2. Factores de riesgo de la obesidad

Prenatal
Obesidad de los padres (mayor riesgo si ambos padres son obesos)
Bajo nivel socioeconómico
IMC preconcepcional >30kg/m ²
Aumento excesivo de peso en el embarazo, diabetes gestacional, tabaquismo
Neonatal
Leve para la edad gestacional (mayor riesgo si el crecimiento es rápido)
Macrosómico
Infancia
Ausencia de lactancia materna
Fórmulas infantiles ricas en proteínas
Diversificación dietética temprana
Aumento excesivo de peso en los dos primeros años
Rebote adipocítico temprano ^(a)

Fuente: Adaptado de Valerio et al. (2018)

(a) **Rebote adipocitario:** aumento del IMC que se produce en el crecimiento normal, tras una disminución de su valor entre los 2 y los 6 años.

OBESIDAD PRIMARIA Y SECUNDARIA

Es bien sabido que la mayoría de los casos de OB tienen una causa primaria o nutricional, resultante de una predisposición genética, de características poligénicas, asociada a un entorno obesogénico. Esto incluye un estilo de vida sedentario asociado a una ingesta desproporcionada de calorías, a menudo dependiente del entorno familiar y comunitario en el que se insertan los niños.

Los niños con obesidad primaria suelen mostrar un crecimiento acelerado no sólo en peso sino también en estatura, que suele estar por encima de la estatura objetivo familiar durante el crecimiento. Incluso pueden mostrar una edad ósea avanzada y un desarrollo más temprano de los caracteres sexuales secundarios.

Cuando la baja estatura o la disminución de la tasa de crecimiento lineal, la aparición temprana o la evolución rápidamente progresiva, los trastornos del neurodesarrollo o los dismorfismos están presentes en asociación con la obesidad, deben considerarse causas secundarias que, aunque raras, deben excluirse mediante una historia clínica completa y un examen objetivo.

(Tabla 3. Causas de la obesidad secundaria)

Cuando se identifican causas endocrinas, debe realizarse un tratamiento específico, al igual que en el déficit de leptina, una situación extremadamente rara. En la mayoría de las situaciones genéticas, el

Pautas de intervención en sobrepeso y obesidad en pediatría

intervención en relación con el peso es similar a la de la obesidad primaria. En cuanto a los fármacos, habrá que equiparar su continuidad evaluando el riesgo-beneficio.

Tabla 3. Causas de la obesidad secundaria

	Características
Endocrino Hipotiroidismo S. Cushing	baja estatura o ralentización de la velocidad de crecimiento estatural
S. de Obesidad Monogénica Mutación del receptor de melanocortina 4 Deficiencia de proopiomelanocortina Déficit de leptina o de su receptor	inicio severo de la OB en los primeros años de vida
S. Genética Prader-Willi, Cohen, Bardet-Biedl, Albright, Alstrom	rasgos dismórficos típicos, retraso en el neurodesarrollo y a veces baja estatura
Lesiones hipotalámicas Traumatismos, tumores, enfermedades inflamatorias	OB severa rápidamente progresiva
Drogas Corticoides sistémicos Antiepilépticos (carbamazepina, valproato sódico) Risperidona Antidepresivos (tricíclicos, paroxetina) y Antihipertensivos (propranolol, clonidina).	OB tras el inicio de la terapia

PREVENCIÓN

Incluso en las familias con conocimientos sobre los beneficios de una nutrición saludable y la importancia de la actividad física, es necesario reforzar los comportamientos saludables en cada visita de vigilancia o, en su caso, motivar el cambio.

A continuación se exponen algunos aspectos prácticos generales que deben aplicarse en las consultas de vigilancia y que pueden desempeñar un papel positivo en la prevención de la Exp y la OB(4):

- La dieta de los niños y adolescentes debe ser rica en alimentos de baja densidad calórica (verduras, frutas, legumbres, carnes magras, pescado, leche semidesnatada o desnatada sin aromas añadidos), y debe limitarse el uso de alimentos de alta densidad energética (fritos, alimentos procesados, carnes grasas, dulces, pasteles y galletas).
- Se debe sugerir a la familia que no tenga en casa alimentos asociados al desarrollo de la obesidad o que estén lejos de la observación inmediata del niño, colocando los alimentos más saludables en los estantes más accesibles.
- Debe controlarse el tamaño de la porción colocada en el plato, por ejemplo, utilizando platos y fuentes más pequeños.
- Los alimentos dulces no deben utilizarse como recompensa conductual.

Pautas de intervención en sobrepeso y obesidad en pediatría

- Hay que reforzar la importancia del desayuno y evitar los ayunos prolongados, que aumentan el apetito en la siguiente comida.
- En las comidas fuera de casa hay que evitar la *comida rápida* y ajustar la calidad y el tamaño de la ración a la edad del niño.
- La leche materna exclusiva debe fomentarse en los lactantes hasta los 6 meses y continuar durante la diversificación hasta los 12 meses y más. Los dos primeros años de vida son un periodo crítico en la programación de la obesidad y la adquisición de hábitos alimentarios. Aunque los niños pequeños tienen una preferencia innata por los alimentos dulces y salados, hay que fomentar la diversidad de sabores para evitar un patrón alimentario monótono y menos saludable en el futuro.
- Las bebidas azucaradas (colas, tés helados, refrescos) no deben formar parte de la dieta en la edad pediátrica, y hay que recordar que los zumos naturales también tienen un alto valor calórico, y siempre es preferible ofrecer la fruta entera. Tampoco se recomiendan las bebidas sin calorías o bajas en calorías, ya que perpetúan el hábito del sabor dulce. El agua es la bebida ideal para niños y adolescentes.
- En cuanto a la actividad física, se recomienda que los niños mayores de 5 años acumulen al menos 60 minutos de actividad física moderada o vigorosa al día, en actividades deportivas estructuradas o en el juego libre, así como en las rutinas diarias (subir escaleras en lugar del ascensor, ir a pie o en bicicleta al colegio). Las actividades deben adaptarse a la edad y a las preferencias individuales y, siempre que sea posible, deben realizarse también con la familia.
- Los profesionales de la salud también deben conocer los recursos de la comunidad para la actividad física recreativa (parques, rutas a pie y en bicicleta, clubes deportivos) y colaborar con la salud escolar para fomentar la accesibilidad a los alimentos saludables y la mejora de las condiciones para la actividad física.
- En cuanto a los dispositivos electrónicos, dado que hay pruebas de su relación con el desarrollo de la obesidad, no deben estar presentes en el dormitorio ni en las comidas y su uso debe ser limitado. Las comidas deben ser en la mesa y en familia. **(Tabla 4. Recomendaciones para el uso de dispositivos electrónicos)**
- También deben reforzarse las recomendaciones relativas a la duración del sueño, debido a su asociación con la obesidad.

Tabla 4. recomendaciones para el uso de dispositivos electrónicos

EDAD	
< 18 meses	Desaconsejar el uso de dispositivos (excepto las videollamadas)
18-24 meses	Si desean utilizar: elegir los programas/aplicaciones adecuados, utilizarlos junto con los cuidadores
2-5 años	Limitar a 1h/día, programa/aplicaciones adecuadas, uso con cuidadores
>5 años	Limitar a 2h/día

Fuente: Academia Americana de Pediatría (2016)(7)(8)

ORIENTACIÓN TERAPÉUTICA

No existe un modelo universal de intervención y debe adaptarse individualmente teniendo en cuenta la edad del niño o adolescente, el IMC, la motivación para la intervención y los aspectos socioculturales de la familia. El objetivo del tratamiento es conseguir un peso adecuado, pero también promover la adquisición de hábitos alimentarios y de actividad física en la edad pediátrica que se mantengan en el futuro. El acercamiento al niño/joven y a su familia debe ser empático, sin culpas ni juicios de valor, reforzando positivamente las modificaciones del estilo de vida, aunque los resultados en la reducción del IMC no alcancen el objetivo esperado. En cada consulta, más que proponer un cambio completo de hábitos, es necesario obtener un compromiso de cambio en algunos aspectos.

El cuidado de la dieta y la actividad física están en la base de la intervención, y en esta fase no basta con transmitir sólo información genérica sobre "¡debes comer menos!" y "¡debes moverte más!".

Para una orientación terapéutica estructurada y más individualizada, es necesario realizar una historia clínica detallada que incluya los hábitos alimentarios (número de comidas, composición, preferencias y aversiones, tamaño de las raciones, picoteo entre comidas, bebidas, lugar de la comida -con la televisión, con la familia, restaurante-) y la actividad física (cuantificación de la participación en actividades deportivas estructuradas escolares y extraescolares, forma de ir al colegio, tiempo libre, actividades familiares, tiempo frente a la pantalla). El cuestionario en los grupos de menor edad se dirige generalmente a los padres y en los grupos de mayor edad a los propios padres, y debe incluir las comidas y los *refrigerios* fuera de casa.

También es importante evaluar las intervenciones anteriores ya realizadas, las modificaciones del estilo de vida conseguidas y las dificultades encontradas.

Es crucial entender si el niño y sus cuidadores comprenden las consecuencias actuales y futuras del problema y el alcance de la ExP u OB. No olvide analizar los posibles recursos o barreras para la aplicación de las directrices, que pueden depender del niño o el adolescente, la familia y la comunidad familiar o escolar.

Las intervenciones basadas en la familia son más eficaces que las centradas únicamente en el niño, sabiendo que el modelo parental es fundamental para la adquisición de hábitos saludables. Cuando otros adultos participan en el cuidado, por ejemplo los abuelos, también deben recibir el mensaje de forma indirecta o directamente en la consulta.

La identificación de las comorbilidades (**Tabla 5. Comorbilidades**) puede conducir a un refuerzo o a un ajuste necesario en las recomendaciones terapéuticas. Estos pueden identificarse mediante la búsqueda de signos o síntomas sugestivos o mediante la realización de una evaluación analítica. Esta última está indicada a partir de los 2 años(5) y puede incluir la hoja de glucosa y lípidos en ayunas, AST y ALT. También se puede considerar la insulina en ayunas, la 25-hidroxivitamina D, el ácido úrico o incluso la ecografía abdominal y el estudio poligráfico del sueño después de 5 años.

Tabla 5. Comorbilidades

COMORBIDADES	Signos/síntomas/evaluación de laboratorio
Ansiedad, Baja autoestima, Depresión	Abandono escolar, bajo rendimiento académico, aislamiento, acoso escolar
Síndrome de apnea obstructiva del sueño	Ronquidos, apnea, somnolencia o agitación día
Resistencia a la insulina	Acantosis nigricans, evaluación analítica
Diabetes mellitus de tipo 2	Poliuria, polidipsia, fatiga, nicturia
Reflujo gastroesofágico, estreñimiento, litiasis vesicular	Acidez, dolor abdominal, dispepsia, náuseas, vómitos
Síndrome de ovario poliquístico	Hirsutismo, acné, menstruación irregular
Hipertensión	Evaluación de la presión arterial
Dislipidemia	Evaluación analítica
Hígado graso no alcohólico	Evaluación analítica, ecografía abdominal
Epifisiolisis de la cabeza del fémur	Dolor de cadera o de rodilla
Enfermedad de Blount	Deformación de los miembros inferiores, dolor rodillas
Pseudotumor cerebral	Dolor de cabeza, vómitos, fotofobia, diplopía, visión borrosa

Las primeras fases de intervención deberían desarrollarse en la atención primaria de salud, y las recomendaciones iniciales se superponen a las ya mencionadas en materia de prevención. En caso de no mejorar, puede ser necesario un apoyo más estructurado e individual, con un plan de alimentación y ejercicio, así como visitas más regulares y un seguimiento. En determinadas situaciones, está indicada la derivación a centros de referencia con equipos multidisciplinares que incluyan pediatra, enfermera, nutricionista, psicólogo y especialista en ejercicio físico. **(Tabla 6: Derivación a la atención especializada en obesidad pediátrica)**

Tabla 6. Derivación a la atención especializada en obesidad pediátrica

Aumento de peso excesivo muy temprano (especialmente antes de los 2 años)
Obesidad severa (IMC >P99 en mayores de 5 años)
Sospecha de obesidad secundaria
Presencia de comorbilidades asociadas (por ejemplo, dislipidemia, resistencia a la insulina, síndrome de apnea obstructiva del sueño, hipertensión)
Fracaso del tratamiento en la atención primaria

Recomendaciones dietéticas

En la mayoría de los niños en crecimiento, no está indicada una dieta restringida en calorías debido al riesgo de desequilibrio nutricional. La dieta debe adaptarse en función del conocimiento de las necesidades de cada edad. Las dietas hipocalóricas deben ser controladas cuidadosamente por los especialistas.

Pautas de intervención en sobrepeso y obesidad en pediatría

Un buen punto de partida a todas las edades es empezar por corregir los errores individuales de alimentación, negociando siempre los que puedan modificarse de forma realista. A continuación, recuerde algunas reglas generales que se aplican a todas las edades(2): hacer tres comidas principales y dos tentempiés, tomar un desayuno adecuado, respetar las raciones apropiadas para la edad, no picar entre horas, no incluir en la dieta alimentos hipercalóricos ni bebidas azucaradas, fomentar las comidas en familia retirando los dispositivos electrónicos a la hora de comer, formar a las personas para que tomen decisiones saludables en las comidas fuera de casa. Se debe promover el consumo de verduras, cereales ricos en fibra, fruta y agua.

Siempre que sea posible, se debe presentar un plan dietético, negociado y adaptado individualmente, con sugerencias para las comidas principales y los tentempiés.

A continuación se presentan algunas particularidades por grupos de edad:

- En los primeros meses de vida, debe fomentarse la leche materna exclusiva, y la diversificación de la dieta debe iniciarse preferentemente a los 6 meses.
- En los niños de hasta dos años con sobrepeso u obesidad, debe reforzarse la importancia de una correcta y completa diversificación de la dieta. Aconsejar una alimentación sana, sin alimentos azucarados (postres) ni bebidas azucaradas (incluidos los zumos de frutas y la leche o el chocolate de sabores), respetar el número de comidas y evitar picar entre horas. Se debe fomentar la alimentación manual lo antes posible y no se debe forzar la alimentación cuando el niño muestre signos de saciedad.
- En la edad preescolar también hay que evitar la comida *rápida* y las bebidas azucaradas y fomentar la experimentación con nuevos sabores para evitar una dieta monótona. A esta edad y en la edad escolar, el modelo de alimentación de los padres es fundamental y se deben fomentar las comidas en la mesa familiar. También deben evitarse las recompensas conductuales con alimentos azucarados.
- En la edad escolar, además de lo ya mencionado en el grupo anterior, es muy recomendable la implicación de toda la familia en el plan de alimentación, evitando que haya alimentos inadecuados accesibles en casa. El consumo de dulces debe reservarse para situaciones especiales. Hay que prestar especial atención a la composición de los tentempiés que se envían a la escuela, que deben ser siempre saludables.
- En la adolescencia, saltarse el desayuno y saltarse las comidas son errores frecuentes que contribuyen a un mayor volumen consumido en las comidas principales y al final del día. Hay que explicar la importancia de hacer comidas frecuentes (tentempiés entre las comidas principales). Una mayor independencia con acceso a los alimentos fuera del entorno familiar y la influencia de los compañeros también pueden favorecer el consumo de alimentos inadecuados. Hay que enseñarles a tomar decisiones saludables. Se puede fomentar el uso de dispositivos móviles para controlar la ingesta de alimentos y el ejercicio, así como la evolución del peso.

Actividad física

Pautas de intervención en sobrepeso y obesidad en pediatría

La actividad física, además de mejorar la composición corporal, mejora la autoestima y favorece la integración social. Aunque hay poca evidencia sobre el ejercicio ideal, se debe sugerir una combinación de ejercicio aeróbico y de resistencia (2).

Además de promover la participación en deportes estructurados, también deben planificarse el juego libre, las actividades familiares y el aumento del ejercicio en las rutinas diarias. Al igual que con el plan de dieta, el plan de ejercicios debe negociarse y registrarse.

En este punto podemos identificar algunos obstáculos como la falta de seguridad en el entorno del domicilio, actividades deportivas costosas o alejadas del lugar de residencia, conflicto de horario con las actividades académicas, falta de disponibilidad de tiempo de los padres para acompañar el ejercicio o promover el transporte de los niños. Los profesionales de la salud deben tratar de sugerir alternativas a los contratiempos enumerados.

En los niños y adolescentes muy inactivos, el ejercicio debe iniciarse gradualmente para evitar lesiones y, sobre todo, el desánimo por las dificultades encontradas.

La actividad física debe promoverse en los niños más pequeños mediante la interacción con los cuidadores, las actividades al aire libre y el uso frecuente de parques infantiles o campos de juego. A partir de la edad escolar, los niños deben participar en actividades deportivas organizadas (2-3 veces a la semana), y deben aumentar el tiempo de juego activo. En la adolescencia, las actividades sedentarias suelen aumentar, por lo que es importante implantar una actividad física regular, preferiblemente estructurada e intensa (al menos 60 minutos dos veces por semana)(2), que sea agradable para el adolescente para evitar el abandono temprano.

Reducir el sedentarismo también implica controlar el uso de dispositivos electrónicos (televisión, teléfonos móviles, *tabletas*, videojuegos), ya que varios estudios han demostrado que su uso excesivo se asocia a un mayor riesgo de obesidad. Las recomendaciones generales son evitarlas durante las comidas y en el dormitorio, así como limitar su uso a la hora de dormir. **(Tabla 4. Recomendaciones para el uso de dispositivos electrónicos)**

Fármacos y cirugía bariátrica

La indicación del uso de los fármacos es muy limitada, ya que la mayoría no están aprobados para la edad pediátrica, sus efectos son modestos y los efectos secundarios no son despreciables. Con el orlistat, aprobado por la FDA para personas mayores de 12 años, la pérdida de peso es pequeña y, como provoca movimientos intestinales grasos, no se tolera bien. La metformina sólo está aprobada por encima de los 10 años en niños con diabetes mellitus de tipo 2 y puede ser útil si los niveles de insulina son elevados. Sin embargo, la pérdida de peso conseguida también suele ser baja y provoca efectos secundarios gastrointestinales.

La cirugía bariátrica en la edad pediátrica sólo está indicada en la obesidad severa, en adolescentes que ya han alcanzado la madurez sexual y esquelética. Las recomendaciones incluyen un IMC >35 Kg/m² asociado a comorbilidades de moderadas a graves o un IMC >40 Kg/m².(5)

Pautas de intervención en sobrepeso y obesidad en pediatría

El uso de fármacos y la cirugía bariátrica deben ser siempre llevados a cabo por equipos experimentados en un programa en el que participe un equipo multidisciplinar.

Objetivos en el control de peso

Los objetivos de pérdida de peso dependen de la edad, el IMC inicial y se basan en las recomendaciones clínicas y el sentido común, ya que la evidencia clínica es escasa. **(Tabla 7. Objetivos de la intervención en el sobrepeso y la obesidad)**

En la mayoría de los niños en crecimiento, el mantenimiento del peso o la disminución del aumento de peso puede ser suficiente para mejorar su estado nutricional y su bienestar. En los niños mayores y en los adolescentes es necesaria una pérdida de peso lenta y constante. Las pérdidas rápidas deben analizarse cuidadosamente y excluir otras causas.

Tabla 7. *Objetivos de la intervención en el sobrepeso y la obesidad*

2-5 años	6-11 años	12-18 años
IMC P85-94:		
mantenimiento del peso o reducción del aumento de peso		
IMC >P95:	IMC P95-98:	
gestión del peso	mantenimiento del peso o pérdida de peso de hasta 0,5 kg/mes	pérdida de peso de hasta 0,5 kg/mes
IMC >21kg/m2:	IMC ≥P99:	
pérdida de peso de hasta 0,5 kg/mes	pérdida de peso de hasta 1kg/semana	

Fuente: Barlow S.E. Academia Americana de Pediatría (2007)

CONCLUSIÓN

La intervención en el sobrepeso y la obesidad es compleja y con resultados a menudo insatisfactorios. Es importante recordar al niño y a la familia que se trata de un proceso a largo plazo y que es importante valorar los cambios positivos en el estilo de vida. Sin duda, esto repercutirá en su salud y calidad de vida actuales y futuras.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Iniciativa de Vigilancia de la Obesidad Infantil (COSI), Informe, Portugal 2019. Obtenido de <http://www.ceidss.com/cosi-portugal/>
- (2) Valerio, G., et al (2018). Diagnóstico, tratamiento y prevención de la obesidad pediátrica: declaración de posición consensuada de la Sociedad Italiana de Endocrinología y Diabetología Pediátrica y la Sociedad Italiana de Pediatría. *Revista Italiana de Pediatría*, 44(1):88.
- (3) Organización Mundial de la Salud (OMS). Qué son la obesidad y el sobrepeso. Obtenido de <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- (4) Daniels, SR, Hassink, SG, y Comité de Nutrición. (2015). El papel del pediatra en la prevención primaria de la obesidad. *136(1)*, e275-e292
- (5) Cuda, S.E., Censani, M. (2019). Algoritmo de obesidad pediátrica: Un enfoque práctico del diagnóstico y el tratamiento de la obesidad. *Fronteras de la Pediatría*, 6(431), 1- 14
- (6) Chassiakos, Y.L.R., Radesky, J., Christakis, D., Moreno M.A., Cross C., y Council on Communications and Digital Media. Academia Americana de Pediatría. (2016). Niños y adolescentes y medios digitales. *Pediatrics*, 138(5), e20162593
- (7) Consejo de Comunicación y Medios de Comunicación. Academia Americana de Pediatría. (2016). Los medios de comunicación y las mentes jóvenes. *Pediatrics*, 138(5), e20162591
- (8) Barlow, S.E. y el Comité de Expertos. (2007). Recomendaciones sobre la prevención, la evaluación y el tratamiento del sobrepeso y la obesidad en niños y adolescentes: Informe resumido. *Pediatría*, 120, S164-S192