



OBESIDAD INFANTIL: EL LIBRO ELECTRÓNICO SOBRE OBESIDAD ECOG SOBRE OBESIDAD INFANTIL Y ADOLESCENTE

La obesidad infantil es uno de los desafíos globales de salud pública más serios del siglo XXI. Durante las últimas cuatro décadas, el número de niños y adolescentes con obesidad en edad escolar ha aumentado más de 10 veces, de 11 millones a 124 millones en 2016. La Federación Mundial de Obesidad ha estimado que unos 280 millones de niños (de 5 a 19 años) vivirá con obesidad para el año 2030, la gran mayoría de estos viviendo en países de bajos ingresos. En este número del Boletín Global de Frutas y Verduras, Tim Lobstein ofrece una breve actualización sobre los desarrollos más recientes en la prevalencia de obesidad infantil en todo el mundo.

En los últimos años, muchos estudios han correlacionado la nutrición de los primeros mil días de vida con el desarrollo de la obesidad. La adopción temprana de hábitos alimenticios saludables podría conducir al desarrollo de patrones metabólicos favorables, reduciendo así el riesgo de desarrollar obesidad más adelante. Margherita Caroli y Andrea Vania delínean brevemente por qué las prácticas correctas de destete se consideran un factor fundamental de prevención,

que no tienen costo, para contrarrestar la epidemia de obesidad pediátrica.

Además, la obesidad infantil es más ampliamente reconocida como una preocupación mundial en términos de los derechos del niño. Amandine Garde resume cómo un enfoque de los derechos del niño frente a la obesidad aumenta las oportunidades, así como la presión sobre los Estados para abordar los determinantes subyacentes de la salud y regular la industria alimentaria. El artículo describe brevemente por qué los estados deben anticipar los desafíos legales, por qué la regulación debe adaptarse para lograr su objetivo y por qué los actores políticos necesitan comprender las restricciones legales para prevenir eficazmente la obesidad infantil.

Daniel Weghuber

Departamento de Pediatría, Universidad Médica
Paracelsus, Salzburgo, AUSTRIA
Grupo Europeo de Obesidad Infantil (ECOG), Bruselas,
BÉLGI



Ediciones disponibles en:

Inglés:

www.aprifel.com / www.freshfel.org / www.kauppapuutarhaliitto.fi
www.unitedfresh.co.nz / www.5amtag.ch / www.halfyourplate.ca

Frances:

www.aprifel.com

Español:

www.5aldia.org



Prevalencia y tendencias de la obesidad infantil en todo el mundo

Tim Lobstein

Federación Mundial de Obesidad, Reino Unido

La obesidad infantil es uno de los desafíos globales de salud pública más serios del siglo XXI y afecta a todos los países del mundo. En solo 40 años, el número de niños en edad escolar y adolescentes con obesidad aumentó más de 10 veces, de 11 millones a 124 millones en 2016. Además, se estima que 216 millones fueron clasificados con sobrepeso pero no obesos en 1) 2016).

Prevalencia

Varias regiones son especialmente preocupantes: los países de América Latina han duplicado los niveles de obesidad infantil en solo 20 años; en el Medio Oriente desde Egipto a través de todo el Golfo, los niveles de prevalencia de obesidad están alrededor del %20-15; mientras que algunas islas del Caribe y del Pacífico están experimentando una prevalencia de obesidad adolescente superior al %30. Los pequeños estados insulares lideran el rápido aumento de la prevalencia de obesidad en todo el mundo (Tabla 1).

¿Cuántos niños?

Los niveles de prevalencia son solo una parte de la historia. El número total de niños que viven con obesidad es otro, y la Federación Mundial de Obesidad ha estimado que unos

280 millones de niños (de 5 a 19 años) vivirán con obesidad para el año 3) 2030). La gran mayoría de estos niños estarán en países de bajos ingresos. Según las tendencias actuales, la Federación Mundial de Obesidad predice que más de 20 millones de niños vivirán con obesidad para 2030. Solo la Federación de Rusia y los EE. UU. clasifican como países de altos ingresos (Tabla 2).

Respuesta política al rápido aumento en el número de niños que viven con obesidad

En respuesta a este rápido desarrollo (Tabla 3), todos los países han acordado un conjunto de objetivos globales para detener el aumento de la obesidad. Esto incluye ningún aumento en el sobrepeso entre niños menores de 5 años, niños en edad escolar o adolescentes para 2025 (desde los niveles de 4) (2010). La acción para revertir la epidemia es el foco de las recomendaciones formuladas por la Comisión para poner fin a la obesidad infantil (5) y es uno de los principales objetivos del Decenio de acción sobre nutrición (6). La mayoría de los países todavía están fuera del camino hacia los objetivos de 2025, muchos están tomando medidas y algunos han logrado nivelar las tasas de obesidad infantil (1).



Tabla 1: Los veinte principales países con el mayor porcentaje de jóvenes (19-10 años) clasificados como obesos, 2017

País	Porcentaje de jóvenes de 19-10 años categorizados como obesos, 2017
Nauru	32.3
Cook Islands	31.3
Palau	30.4
Niue	28.8
Tuvalu	26.4
Tonga	25.8
Marshall Islands	25.3
Tokelau	23.8
Kuwait	23.0
Kiribati	21.9
United States of America	21.0
Samoa	20.8
Micronesia	19.8
Qatar	17.9
Puerto Rico	17.6
Saudi Arabia	17.1
Bahamas	15.9
Bahrain	15.8
Egypt	15.6
New Zealand	15.3

Fuente: WHO²

Los veinticinco países que tendrán más de 1 millón de niños viviendo en obesidad en 2030

Country	Number of children 19-5y with obesity, 2030
China	37,887,009
India	14,789,136
United States of America	11,001,631
Indonesia	5,235,021
Brazil	4,517,818
Egypt	4,175,486
Mexico	4,115,673
Nigeria	3,167,370
Pakistan	3,114,125
South Africa	2,770,984
Turkey	2,062,925
Bangladesh	2,059,431
Iraq	2,037,743
Iran	1,944,425
Philippines	1,842,512
Algeria	1,716,898
Russian Federation	1,402,330
Argentina	1,349,879
Thailand	1,325,799
Saudi Arabia	1,296,075
DR Congo	1,280,160
Tanzania	1,167,477
Morocco	1,088,010
Malaysia	1,085,876
Vietnam	1,045,658

Fuente: WOF³

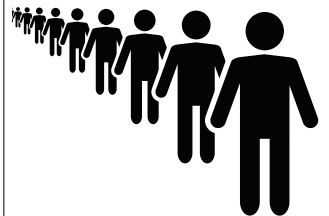


Tabla 3: Número global proyectado de niños de 5 a 19 años que viven con obesidad Fuente: WOF (3)

Año	2020	2025	2030
Número de niños (19-5 años) que viven con obesidad en el mundo	158m	206m	254m

Fuente: WOF³

Basado en: Lobstein T (2015). Prevalence And Trends Across The World. In M.L. Frelut (Ed.), The ECOG's eBook on Child and Adolescent Obesity. Retrieved from book.ecog-obesity.eu

Referencias

1. Taking Action on Childhood Obesity, World Obesity Federation and World Health Organization, 2018.
2. Global Health Observatory interactive database, World Health Organization 2019
3. Atlas of Childhood Obesity 2019, World Obesity Federation.
4. Resolution 2012) 65.6) and Resolution 2013) 66.10). World Health Assembly.
5. Report of the Commission on Ending Childhood Obesity. World Health Organization 2016.
6. Decade of Nutrition 2025-2016. United Nations 2018.

Prácticas de destete y obesidad posterior

Margherita Caroli^a & Andrea Vania^b

a. Ex Jefe de la Unidad de Nutrición, Departamento de Prevención ASL Brindisi, ITALIA

b. Profesor Agregado, Centro de Nutrición Pediátrica y Dietética, Universidad Sapienza, Roma, ITALIA.

En los últimos años, muchos estudios han correlacionado la nutrición durante los primeros 1000 días de vida con el desarrollo de la obesidad (1). En este intervalo de tiempo, las prácticas correctas de destete se consideran un factor muy importante de prevención, que no tiene costo, para contrarrestar la epidemia de obesidad pediátrica.

Cuando se habla de los efectos a largo plazo de la nutrición temprana, la "programación" debe diferenciarse del "seguimiento". La programación es un fenómeno en el cual el estímulo que actúa durante un período crítico específico tiene un impacto duradero o de por vida: una alta ingesta de proteínas durante los primeros 2 años de edad conduce a un mayor riesgo de desarrollar obesidad más adelante.

El seguimiento consiste en patrones dietéticos y de comportamiento que comienzan temprano en la infancia, con posibles efectos positivos o negativos relacionados con la exposición repetida: una ingesta alta de sal que comienza durante la infancia y dura más puede aumentar la presión arterial y provocar hipertensión.

La alimentación complementaria (AC) influye en el desarrollo posterior de la obesidad a través de varios mecanismos: la edad en que se comienzan a ofrecer alimentos sólidos, el consumo excesivo de calorías, el consumo excesivo o insuficiente de nutrientes específicos, la calidad de nutrientes específicos, el desarrollo de hábitos alimenticios, etc.

Dos revisiones sistemáticas concluyeron recientemente que todavía falta una asociación clara entre el momento de la introducción de la AC y el sobrepeso u obesidad infantil (2,3). Sin embargo, existe alguna evidencia de que un inicio muy temprano de la AC (a los 4 meses o antes), en lugar de a los 6-4 meses o > 6 meses, puede aumentar el riesgo de sobrepeso infantil.

El papel de los nutrientes en la promoción del desarrollo de la obesidad en edades posteriores debe abordarse en términos de cantidad y calidad.

Ingesta de nutrientes

Proteínas: La ingesta alta de proteínas en la infancia, y particularmente la ingesta alta de proteínas lácteas y cárnicas, parece estar asociada con el riesgo de desarrollar obesidad más adelante, pero se necesita más investigación para aclarar mejor la naturaleza de esta asociación (4).

Grasas: Además, una restricción significativa de grasas en los primeros dos años de vida podría promover la susceptibilidad al desarrollo de la obesidad cuando el niño está expuesto a una dieta alta en grasas más adelante en la vida (5).

Carbohidratos: la mayoría de las investigaciones sobre la ingesta de carbohidratos se refieren a azúcares simples presentes en las bebidas azucaradas azucaradas (SSB). Los estudios con un tamaño de muestra más grande y / o un seguimiento más largo muestran una asociación más fuerte entre la ingesta de SSB y la obesidad (6), mientras que los estudios transversales con un tamaño de muestra

muestra más pequeño y / o estudios longitudinales con un seguimiento más corto, no encuentran asociación (7).

La ingesta alta de SSB sin compensación por una menor ingesta de energía de otras fuentes de alimentos es la forma más probable a través de la cual se desencadena el desarrollo de la obesidad. Además, las bebidas endulzadas con fructosa pueden tener un impacto en la saciedad, ya que se ha demostrado que la fructosa tiene un menor poder saciante que la glucosa. Además, las bebidas endulzadas con fructosa disminuyen los niveles de leptina y aumentan los niveles de grelina. Dado que la insulina y la leptina, y posiblemente la grelina, funcionan como señales clave para el sistema nervioso central en la regulación a largo plazo del equilibrio energético, una disminución de la insulina y la leptina circulantes y un aumento de las concentraciones de grelina, causada por el alto consumo de fructosa, pueden conducir a un aumento de la ingesta calórica y, en última instancia, contribuyen al aumento de peso y la obesidad durante el consumo crónico de dietas ricas en fructosa (8).

Preferencia de alimentos

La influencia de la AC para favorecer el desarrollo de la obesidad no se limita a los efectos de los factores nutricionales y metabólicos. A los bebés tienden a gustarles los sabores dulces y salados y no les gustan los ácidos y amargos. Estas preferencias innatas pueden favorecer la ingesta de alimentos no saludables más adelante en la vida, ya que los alimentos ricos en energía, sabrosos y ricos en grasa, azúcar o sal son abundantes en nuestro entorno alimentario contemporáneo (9).

Dado que las preferencias alimentarias tempranas pueden seguir durante mucho tiempo, incluso en algunos casos hasta la edad adulta, es importante modificarlas a través de un proceso de "aprendizaje de alimentos".

En conclusión, el destete debe considerarse un momento importante para establecer hábitos alimenticios saludables que podrían impulsar un desarrollo seguro de los patrones metabólicos, reduciendo el riesgo de desarrollo de obesidad más adelante.



Basada en: Caroli M (2015). Weaning Practices And Later Obesity. In M.L. Frelut (Ed.), The ECOG's eBook on Child and Adolescent Obesity. Retrieved from ebook.ecog-obesity.eu

Referencias

1. Barker, D.J.P. The developmental origins of adult disease. *J. Am. Coll. Nutr.* 588 ,23 ,2004S-595S.
2. Moorcroft KE, et al. Association between timing of introducing solid foods and obesity in infancy and childhood: a systematic review. *Matern Child Nutr* 3;(1)7;2011e26.
3. Pearce J, et al. Timing of the introduction of complementary feeding and risk of childhood obesity: a systematic review. *Int J Obes (Lond)*. 2013 Oct;306-1295:(10)37.
4. Pearce J, Langley-Evans SC. The types of food introduced during complementary feeding and risk of childhood obesity: a systematic review. *Int J Obes (Lond)*. 2013 Apr;85-477:(4)37.
5. Hoffman DJ, et al. Why are nutritionally stunted children at increased risk of obesity? Studies of metabolic rate and fat oxidation in shantytown children from Sao Paulo, Brazil. *Am J Clin Nutr* 707-702 :72 ;2000.
6. Malik VS, et al. Intake of sugar-sweetened beverages and weight gain: a systematic review. *Am J Clin Nutr.* 288-274:(2)84;2006.
7. Libuda L, Kersting M. Soft drinks and body weight development in childhood: is there a relationship? *Curr Opin Clin Nutr Metab Care.* 600-596:(6)12;2009.
8. Teff KL, et al. Dietary fructose reduces circulating insulin and leptin, attenuates postprandial suppression of ghrelin and increases triglycerides in women. *J Clin Endocrinol Metab.* 2004 Jun;72-2963:(6)89.
9. Beauchamp GK, Mennella JA. Early flavor learning and its impact on later feeding behavior. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1)48;2009):S30-25.

La ley como disciplina importante para la prevención de la obesidad infantil

Amandine Garde

Universidad de Liverpool, Reino Unido.

La obesidad infantil se percibe cada vez más como una de las principales preocupaciones de salud pública y mundial de los derechos del niño. Al reconocer a los niños como titulares de derechos correspondientes, la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño aumenta el mandato legal que los Estados tienen para proteger el derecho del niño a la salud y otros derechos relacionados. Por lo tanto, un enfoque de los derechos del niño frente a la obesidad aumenta las oportunidades y la presión sobre los Estados para abordar los determinantes subyacentes de la salud y regular de manera efectiva la industria alimentaria.

Sin embargo, el papel que puede desempeñar la ley como disciplina en la promoción de dietas más saludables es multifacético. Las reglas legales no existen en el vacío y deben integrarse dentro de un conjunto de reglas preexistentes. En particular, la jerarquía de las normas legales requiere que las leyes sobre, por ejemplo, etiquetado de alimentos, comercialización de alimentos o impuestos alimentarios, cumplan con leyes más altas, no menos importantes normas constitucionales y las derivadas de las leyes internacionales de comercio e inversión. Por lo tanto, los Estados deben comprender las restricciones legales dentro de las cuales operan.

Los estados deben anticipar los desafíos legales

La industria alimentaria ha desarrollado algunas estrategias que pueden oponerse a las normas legales que no fomentarían sus intereses inmediatos, es decir, impedir su capacidad de obtener ganancias. Para garantizar que estas estrategias legales no tengan un éxito indebido, los Estados no deben ser intimidados: un enfoque basado en los derechos para la obesidad infantil exige que actúen donde la salud pública así lo requiere. Sin embargo, una política fuerte no es una condición suficiente para que la ley se use de manera efectiva para promover dietas más saludables: los Estados también deben aprender a anticipar los desafíos legales y garantizar que las medidas que adoptan puedan resistir tales desafíos. Por lo tanto, deberían trabajar desde la primera etapa del proceso de políticas con abogados que puedan

ayudarlos a reunir y enmarcar la evidencia requerida para apoyar la adopción de una medida específica de prevención de la obesidad a la luz de las pruebas legales existentes que tendrían que cumplirse si esta medida fuese desafiada. En particular, teniendo en cuenta que los derechos (incluido el derecho del niño a la salud) rara vez son absolutos, los abogados los ayudarán a comprender cómo los derechos del niño pueden equilibrarse con los derechos e intereses en competencia que la industria alimentaria podría invocar.

La regulación debe adaptarse para lograr su objetivo

El principio legal clave de proporcionalidad requiere que un Estado pueda demostrar que los medios utilizados para lograr un objetivo específico se adaptan al objetivo específico en cuestión: la medida debe ser adecuada para lograr el objetivo perseguido y no debe exceder lo que es necesario hacer, así que, por ejemplo, si una medida pretende proteger a los niños del impacto nocivo de la comercialización de alimentos poco saludables, un Estado deberá identificar qué se incluye en la categoría de alimentos no saludables. Una prohibición de la comercialización de todos los alimentos sería excesiva, ya que evitaría que los actores empresariales promovieran alimentos saludables cuyo consumo podría alentarse. Comprender el margen de discreción que un Estado tiene para proteger la salud de sus ciudadanos es complejo. Requiere comprometerse con abogados para asegurarse de que ha llevado a cabo el ejercicio de equilibrio requerido, aplicando la vasta jurisprudencia desarrollada por cortes y tribunales competentes a las circunstancias específicas de cada caso².

Comprender las restricciones legales para prevenir eficazmente la obesidad infantil

Es discutible que la situación esté cambiando. La ley se usa cada vez más como una espada, para regular la industria alimentaria y, por lo tanto, crear un campo de juego nivelado dentro del cual los actores empresariales deben operar, en lugar de simplemente como un escudo, para defender medidas específicas de los desafíos legales liderados por la industria. En última instancia, cuanto más se entiendan las restricciones impuestas por la ley, más podrá un Estado maximizar las oportunidades que ofrece para prevenir eficazmente la obesidad infantil en Europa y más allá.



Basado en

- Garde A (2015). Law, Healthy Diets and Obesity Prevention. In M.L. Frelut (Ed.), The ECOG's eBook on Child and Adolescent Obesity. Retrieved from ebook.ecog-obesity.eu
- Garde A. Global health law and non-communicable disease prevention: maximizing opportunities by understanding constraints. Research Handbook on Global Health Law. Edited by Gian Luca Burci & Brigit Toebes. Cheltenham, UK: Edward Elgar, 2018. p.426–389.