

El consejo de alimentación en la consulta de pediatría de atención primaria

A. MARTÍNEZ RUBIO* Y GRUPO PREVINFAD

Centro de Salud de Camas. Distrito Aljarafe (Sevilla)

RESUMEN

En la actualidad la infancia de los países desarrollados está expuesta a padecer obesidad y otras enfermedades crónicas que se relacionan con el consumo excesivo de algunos nutrientes. Algunas de estas enfermedades y hábitos son sinérgicos y contribuyen a la morbimortalidad en nuestras sociedades.

Ya se dispone de evidencia suficiente para recomendar a las familias que adopten y transmitan hábitos de alimentación y actividad física que reduzcan estos riesgos.

Las principales recomendaciones deben ser: limitar la ingesta de grasas saturadas y grasas *trans*; aumentar el consumo de ácidos grasos insaturados (aceite de oliva y pescado); reducir la ingesta de sacarosa en general y especialmente en forma líquida (bebidas dulces); moderar el consumo de lactoderivados e incrementar el de alimentos vegetales.

INTRODUCCIÓN

La supervisión de la alimentación infantil constituye una práctica habitual en las consultas de pediatría ocupando gran proporción de las actividades del Programa de Salud Infantil (PSI), pero también en las consultas a demanda. Durante el primer año de vida del bebé las familias se muestran ávidas de información acerca del tema, si bien poco a poco comienza a dejarse sentir el impacto de la publicidad y de la industria alimenticia en los patrones de consumo.

En el momento actual el mayor riesgo nutricional durante la infancia en países desarrollados no es la desnutrición, sino la obesidad y otras enfermedades crónicas que se relacionan con el consumo excesivo de algunos nutrientes. Algunas de ellas actúan de forma sinérgica y contribuyen de forma importante a la morbimortalidad en nuestras sociedades. La diabetes tipo 2 (DM2), algunos tipos de cáncer y las enfermedades cardiovasculares originadas a partir de la arteriosclerosis están entre las principales causas de mortalidad hoy en día.

Existen además otras enfermedades que, sin ser una amenaza grave, también afectan de forma negativa a la calidad de vida. Es el caso de las caries, la osteoporosis, algunas situaciones de déficit nutricional (hierro, yodo...).

Por ello, en las consultas debemos redoblar esfuerzos para reconducir las prácticas alimentarias familiares hacia patrones más saludables.

OBJETIVOS DEL CONSEJO NUTRICIONAL

El consejo nutricional tiene como objetivos generales: 1) promover un crecimiento óptimo a lo largo de la infancia y la adolescencia, 2) favorecer la adaptación a la alimentación propia de la cultura y 3) evitar o prevenir enfermedades a corto y largo plazo.

El crecimiento armónico, aunque está predeterminado por factores genéticos y regulado por diversas hormonas, precisa como elemento realizador de un aporte nutricional adecuado y equilibrado, tanto desde el punto de vista calórico como de la proporción entre nutrientes. El paradigma es la leche materna: un alimento completo que asegura un crecimiento óptimo¹.

A partir de los 6 meses de edad debe ser complementada de manera que se asegure un aporte calórico y proteico balanceado, prestando atención a diversos micronutrientes esenciales^{2,3}.

En cuanto a la prevención de enfermedades, los esfuerzos deben comenzar desde edades tempranas, puesto que algunas, como las caries pueden comenzar muy precozmente. En la sociedad occidental actual y en muchas en desarrollo se están produciendo cambios en las prácticas nutricionales que comenzando en la infancia pueden contribuir al desarrollo de algunas enfermedades crónicas de la edad adulta: obesidad y sobrepeso, DM2, algunos tipos de cáncer y diversos padecimientos cardiovasculares^{4,5}. Además, los factores dietéticos contribuyen a la morbilidad en relación con el tiempo de exposición⁶.

PREVENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES

Los factores de riesgo relacionados con las enfermedades cardiovasculares pueden acumularse y ser sinérgicos. Se sabe que algunos de ellos comienzan en la infancia, se incrementa con la edad y con el exceso de peso^{7,8}.

La grasa abdominal se correlaciona directamente con el riesgo cardiovascular (RCV) debido a que funciona como un

órgano endocrino al producir precursores de numerosas sustancias de acción hormonal e inflamatoria⁵.

El factor dietético que más se correlaciona con el RCV es la ingesta de grasas, aunque también influyen el consumo de vegetales y el nivel de actividad física. En la sociedad actual, si bien se consume menos cantidad total de grasas, ha aumentado considerablemente la proporción de grasas saturadas de origen animal y de grasas insaturadas *trans* en la dieta, éstas últimas procedentes de alimentos industriales muy difundidos: bollería, platos preparados, patatas fritas, etc.⁶.

Sabemos que el colesterol plasmático es un marcador intermedio del RCV. Los ácidos grasos saturados procedentes de la dieta son los que más incrementan los niveles de colesterol, aumentando primero los niveles de LDL-C y en menor grado los de HDL-C⁹. La mayor parte de las grasas saturadas son de origen animal.

Los ácidos grasos poliinsaturados, especialmente el ácido linoleico, contribuyen a disminuir los niveles de colesterol total, LDL-C y HDL-C.

El ácido oleico, procedente del aceite de oliva, es el principal AG monoinsaturado y es considerado cardioprotector.

Es bueno saber que si se modifica el patrón de consumo de grasas, es posible disminuir el nivel de RCV.

Los grupos de expertos recomiendan que las grasas aporten el 40% de la energía de la dieta por debajo de los 3 años de edad y después, entre los 4 y 18 años entre el 25 y el 35%¹⁰. El objetivo es disminuir el RCV y de obesidad. Por tanto conviene:

- Disminuir el consumo de grasas saturadas y colesterol de origen animal, incluyendo la grasa láctea.
- Aumentar el consumo de grasas monoinsaturadas procedentes de aceite de oliva y también las poliinsaturadas del pescado.
- Reducir el consumo de grasas insaturadas *trans* de origen industrial.

PREVENCIÓN DE LA DIABETES TIPO 2

El incremento mantenido de la prevalencia de DM2 en las sociedades industrializadas tiene una clara relación con patrones de consumo, aunque ese efecto final ocurre décadas después de establecerse el hábito.

El consumo total de hidratos de carbono en general se ha incrementado en las sociedades industrializadas, sobre todo a expensas de azúcares de alto índice glicémico, mientras que se consumen menos almidones, hidratos de carbono complejos de absorción lenta.

El consumo excesivo de alimentos ricos en azúcares tiene varios efectos negativos a largo plazo:

- Aportan mucha energía total, que de no consumirse se almacena en forma de grasa.
- Su alto índice glicémico desencadena la liberación de mayor cantidad de insulina. La hiperinsulinemia es el paso previo al desarrollo de resistencia a la insulina, la cual precede a la DM2^{5,11}.
- El consumo de zumos envasados y refrescos tiende a sustituir al de frutas, leche y agua de bebida y se asocia a numerosos problemas de salud¹².

- Muchos de los alimentos dulces llevan asociadas importantes cantidades de grasas (como los cereales de desayuno chocolateados, bollería, etc.).

Por tanto, se debe recomendar:

- Limitar la sacarosa en la dieta infantil.
- Reducir el consumo de zumos envasados, refrescos y bebidas dulces en general.

Con ello, además de disminuir el riesgo de DM2, se previenen las caries y la obesidad.

PREVENCIÓN DE LA OSTEOPOROSIS

La aposición de calcio en el esqueleto se realiza a lo largo de las tres primeras décadas de la vida. Para asegurar una densidad ósea adecuada hay que ingerir calcio en la dieta. De lo contrario, los huesos serán frágiles y con más riesgo de fracturas con la edad. También influyen factores genéticos, la cantidad total de energía y de proteínas en la dieta, la vitamina D, el consumo de alcohol o de tabaco y sobre todo, la actividad física¹³.

La leche y sus derivados son la principal fuente de calcio en la dieta (aunque no la única). En general se sobrevalora la importancia de los lácteos en la dieta infantil.

Las recomendaciones más extendidas con respecto al consumo de calcio y de lácteos son:

- La población infantil y adolescente necesita entre 1.200 y 1.500 mg/día. Eso se obtiene con 2-3 porciones de lácteos al día.
- En caso de que haya otros factores de riesgo de obesidad o enfermedad cardiovascular se debe recomendar el uso de lácteos con bajo contenido en grasa.
- No hay que olvidar otras fuentes nutricionales de calcio, especialmente en caso de personas con intolerancia a la lactosa.

PREVENCIÓN DEL CÁNCER

Se conocen menos marcadores biológicos para estudiar la asociación entre dieta y cáncer. Además hay muchos tipos diferentes y por razones éticas no se pueden hacer estudios aleatorizados.

Una alimentación de alto contenido en fibra, frutas y verduras y baja en carnes rojas es probablemente protectora frente al cáncer en la edad adulta. En cualquier momento de la vida, la modificación de la dieta puede revertir el riesgo⁶.

La ingesta de alimentos de origen vegetal además es útil para la prevención de la obesidad y sus comorbilidades. Por lo tanto, se debe recomendar:

- Consumir diariamente alimentos vegetales (frutas, hortalizas, verduras, legumbres y cereales integrales), preferiblemente en todas las comidas.

PREVENCIÓN DE LA OBESIDAD

La obesidad (OB) que comienza en la infancia o adolescencia puede facilitar que persista en la edad adulta, donde,

además de ser por sí misma un factor de RCV, se relaciona con otras patologías, entre ellas las abordadas en este documento.

Hay muchos factores no dietéticos involucrados en la actual epidemia de OB, por lo que suele hablarse de un medio social «obesogénico». Dentro de los relacionados con la dieta se incluyen los hábitos de consumo, que se adquieren a edades tempranas, en el seno de la familia. Por eso se deben dedicar esfuerzos para informar a los progenitores de aquellas medidas que pueden contribuir a que sus hijos e hijas tengan un peso saludable.

Las actuales recomendaciones de expertos incluyen medidas como¹⁴⁻¹⁷:

- Asegurar el acceso a alimentos y bebidas nutritivos y de alto contenido en fibra, tanto a las horas de comer como entre horas.
- Limitar el acceso a alimentos y bebidas de alto contenido calórico y bajo en nutrientes.
- Aplicar los principios anteriores tanto cuando se come en casa como cuando se come fuera del hogar.
- Evitar las restricciones excesivas de alimentos.
- Evitar el uso de la comida o alimentos concretos como recompensa.
- Estimular que se tome el desayuno a diario.
- Proporcionar oportunidades para realizar actividad física.
- Limitar el tiempo dedicado a la TV y a entretenimientos sedentarios.

RESUMEN

El consejo nutricional (tabla 1) a lo largo de la infancia se debe ofrecer a las familias tanto desde las consultas a demanda como en el marco de los programas de seguimiento de salud infantil. Debe ir complementado con recomendaciones para incrementar la actividad física habitual y disminuir las conductas sedentarias.

BIBLIOGRAFÍA

- Hernández Aguilar MT, Aguayo Maldonado MJ. La lactancia materna. Cómo promover y apoyar la lactancia materna en la práctica pediátrica. Recomendaciones del Comité de Lactancia de la AEP. *An Pediatr (Barc)* 2005;63:340-56.
- Gil Hernández A, Uauy Dagach R, Dalmau Serra J, Comité de Nutrición de la Asociación Española de Pediatría. Bases para una alimentación complementaria adecuada de los lactantes y los niños de corta edad. *An Pediatr (Barc)* 2006;65:481-95.
- ESPGHAN Committee on Nutrition, Agostoni C, Decsi T, Fretwell M, Goulet O, Kolacek S, et al. Complementary Feeding: a Commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition* 2008;46:99-110.
- Botero D, Wolfsdorf JI. Diabetes mellitus in children and adolescents. *Arch Med Res* 2005;36:281-90.
- Lobstein T, Baur L, Uauy R. Obesity in children and young people: a crisis in public health. *Obes Rev* 2004;5(Suppl. 1):4-104.
- Law M. Dietary fat and adult diseases and the implications for childhood nutrition: an epidemiologic approach. *Am J Clin Nutr* 2000;72(Suppl. 5):1291S-6S.
- Ness AR, Maynard M, Franckel S, Davey SG, Frobisher C, Leary SD, et al. Diet in childhood and adult cardiovascular and all cause mortality: the Boyd Orr cohort. *Heart* 2005;91:894-8.
- Niinikoski H, Lagnsström H, Jokinen E, Siltaka M, Rönönenmaa T, Viikari J, et al. Impact of repeated dietary counseling between Infancy and 14 years of age on dietary intakes and serum lipids and lipoproteins: the STRIP study. *Circulation* 2008;116:1032-40.
- Shikany JM, White GL Jr. Dietary guidelines for chronic disease prevention. *South Med J* 2000;93:1138-51.
- Nicklas T, Johnson R. Position of the American Dietetic Association: dietary guidance for healthy children ages 2 to 11 years. *J Am Diet Assoc* 2004;104:660-77.
- Schulze MB, Manson JE, Ludwig DS, Colditz GA, Stampfer MJ, Willett WC, et al. Sugar-sweetened beverages, weight gain, and incidence of type 2 diabetes in young and middle-aged women. *JAMA* 2004;292:927-34.
- Comité de Nutrición de la Asociación Española de Pediatría. Consumo de zumos de frutas y de bebidas refrescantes en España. Implicaciones para la salud de su mal uso y abuso. *An Esp Pediatr* 2003;58:584-93.
- Nicklas TA. Calcium intake trends and health consequences from childhood through adulthood. *J Am Coll Nutr* 2003;22:340-56.
- Ritchie LD, Welk G, Styne D, Dana E, Gerstein DE, Crawford PB. Family Environment and Pediatric overweight: what is a Parent to do? *Journal of the American Dietetic Association* 2005;105:S70-9.
- Lama More RA, Alonso Franch A, Gil Campos M, Leis Trabazo R, Martínez Suárez V, et al. Obesidad infantil. Recomendaciones del comité de Nutrición de la Asociación Española de Pediatría. Parte I. Prevención. Detección precoz. Papel del pediatra. *An Pediatr (Barc)* 2006;65:607-15.
- Dalmau Serra J, Alonso Franch M, Gómez López L, Martínez Costa C, Sierra Salinas C. Obesidad infantil. Recomendaciones del Comité de Nutrición de la Asociación Española de Pediatría. Parte II. Diagnóstico. Comorbilidades. Tratamiento. *An Pediatr (Barc)* 2007;66:294-304.
- Martínez Rubio A, Grupo PrevInfad. Supervisión de la alimentación en la población infantil y juvenil. *Rev Pediatr Aten Primaria* 2008;10:99-133.

Tabla 1
CONTENIDOS CONCRETOS PARA LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES CRÓNICAS Y FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN

Para prevenir	Se recomienda	Fuerza de recomendación
Enfermedad cardiovascular	<ul style="list-style-type: none"> • Disminuir consumo de grasas saturadas • Disminuir consumo de grasas trans • Disminuir consumo de colesterol • Aumentar consumo de grasas insaturadas (oliva y pescado) 	A
DM2	<ul style="list-style-type: none"> • Reducir ingesta de sacarosa • Limitar ingesta de bebidas dulces (zumos, refrescos) 	A
Osteoporosis	<ul style="list-style-type: none"> • Consumir 2-3 raciones de lácteos al día • Si hay otros riesgos asociados (RCV o sobrepeso), optar por productos bajos en grasa 	C
Cáncer	<ul style="list-style-type: none"> • Incrementar consumo de alimentos vegetales: verduras, legumbres, frutas, hortalizas y cereales integrales 	A