



Informe GATPAP

”INFORME PARA LA ATENCIÓN DE LA OBESIDAD EN LA CONSULTA PEDIÁTRICA DE ATENCIÓN PRIMARIA”

Autores: *Lucía Ciancotti Oliver, Ana Fullana Montoro, Manuel Martínez Pons, Ramona Mínguez Verdejo, M^a José Palomares Gimeno, M^a Jesús Redondo Gallego, Felicidad Sanantonio Valdearcos, Valero Sebastián Barberán, y José Villarroya Luna.*

Patronos



Valencia, a 22 de Febrero de 2017

Contenido

1. Introducción	3
2. Justificación del informe	3
3. Objetivos.....	4
3.1. Generales	4
3.2. Específicos	4
4. Metodología.....	5
4.1. Encuesta.....	5
4.2. Información desde Salud Pública.....	5
4.3. Elaboración de recomendaciones	5
5. Prevalencia de sobrepeso y obesidad en la infancia y adolescencia	7
5.1. En la Comunitat Valenciana	7
5.2. A nivel internacional	9
6. Resultados de la encuesta de opinión de los pediatras de atención primaria sobre la obesidad infantil y su manejo.....	12
7. Recomendaciones para la mejora de la práctica asistencial en la prevención y manejo del exceso de peso de los niños/as de la consulta pediátrica de Atención Primaria	17
8. Anexos.....	20
ANEXO 8.1: Encuesta sobre obesidad infantojuvenil.....	21
ANEXO 8.2: Cuestionario sobre alimentación	27
ANEXO 8.3: Cuestionario sobre la actividad física y horas de pantalla de niños y niñas	29
ANEXO 8.4: Recomendaciones alimentación infantil	32
8.4.1.- Consejos de alimentación en menores de 1 a 3 años	32
8.4.2.- Consejos de alimentación preescolar y escolar (3-10 años)	33
8.4.3.- Consejos de alimentación preadolescente y adolescente	34
ANEXO 8.5: Recomendaciones sobre actividad física	36
8.5.1.- Actividades para los bebés	37
8.5.2.- Actividades para niños pequeños que caminan	37
8.5.3.- Actividades para niños y jóvenes de 5 a 17 años.....	37
ANEXO 8.6: Medición del perímetro de cintura y tablas de percentiles	39
9. Bibliografía.....	42

1. Introducción

El Grupo Asesor Técnico para la Pediatría de Atención Primaria (GATPAP) es un grupo de pediatras de atención primaria que, bajo el patronazgo de la Sociedad Valenciana de Pediatría, de la Asociación Valenciana de Pediatría de Atención Primaria (AVaIPap) y la Asociación de Pediatría Extrahospitalaria y Primaria de Alicante, pretende convertir los desafíos en oportunidades de mejora de la pediatría en el ámbito de la Atención Primaria (AP). Uno de los trabajos propuestos fue realizar un informe sobre la prevención y manejo de la obesidad en la consulta pediátrica de Atención Primaria.

Agradecemos a todos los pediatras que colaboraron en la realización de una encuesta entre septiembre a diciembre del 2015, esperamos que el esfuerzo de todos sirva para mejorar la calidad de las consultas de pediatría de Atención Primaria.

2. Justificación del informe

Se ha divulgado mucho tanto entre profesionales sanitarios como entre la población general, la creciente frecuencia del exceso de peso en nuestra población y su importancia en la salud actual y futura. A pesar de los esfuerzos realizados se ha avanzado muy poco en la resolución de este problema. Dado el papel clave que los profesionales de pediatría de Atención Primaria pueden desempeñar en la prevención y manejo del exceso de peso hemos creído conveniente valorar cómo se podría mejorar y hacer efectivas las actuaciones realizadas desde este nivel asistencial.

3. Objetivos

3.1. Generales

- Conocer la situación de la prevención y manejo del exceso de peso en los niños/as que acuden a las consultas de pediatría de Atención Primaria.
- Realizar las recomendaciones para la mejora de la prevención y manejo del exceso de peso en los niños/as que acuden a la consulta de pediatría de Atención Primaria.

3.2. Específicos

- Análisis de los factores modificables para la prevención y manejo del exceso de peso en los niños/as que acuden a la consulta pediátrica.
- Conocer la prevalencia de sobrepeso y obesidad infantil en la Comunitat Valenciana.
- Determinar las herramientas validadas y útiles que se deben disponer en Atención Primaria para el manejo de los niños con exceso de peso.
- Elaborar un conjunto de recomendaciones concretas para los pediatras de Atención Primaria, en relación a la prevención y tratamiento del exceso de peso en la población infantil.

4. Metodología

4.1. Encuesta

- Estudio descriptivo y transversal mediante envío “on-line” de encuesta autocumplimentada, voluntaria y anónima, a las direcciones de correo de las listas de distribución de AvalPap, entre septiembre y diciembre de 2015. El cuestionario se diseñó mediante un formulario GoogleDocs y el contenido de las preguntas se consensuó entre los integrantes del grupo GATPap de obesidad infantil. La encuesta contenía 14 ítems dirigidos a conocer la percepción y abordaje de los profesionales sobre la obesidad infantil en la práctica diaria. Para ello se emplearon escalas numéricas (1-10), tipo Likert y preguntas de respuesta única y múltiple. Además, el cuestionario incluía variables sociodemográficas y profesionales (edad categorizada, sexo, tipo de contrato y departamento de salud) y un campo de respuesta abierta para realizar comentarios (anexo 1).
- Se realizó un análisis estadístico descriptivo de las respuestas mediante cálculo de frecuencias absolutas y relativas y su representación gráfica mediante diagramas de barras y sectores. Los cálculos se efectuaron utilizando el paquete estadístico SPSS versión 17.0.

4.2. Información desde Salud Pública

- Se solicitaron a la Dirección General de Salud Pública datos recientes de prevalencia de sobrepeso y obesidad infantil en la Comunidad Valenciana.

4.3. Elaboración de recomendaciones

- Se realizó una búsqueda bibliográfica de los últimos 5 años en castellano e inglés de la literatura científica relacionada con el tema de estudio en bases de datos de ciencias de la salud (Medline, IME, Cochrane), utilizando diferentes buscadores como pubmed, tripdatabase, etc. Se emplearon diferentes términos MeSH y descriptores de ciencias de la

salud: childhood obesity, overweight, diet, physical activity, prevalence, prevention, treatment, intervention...

5. Prevalencia de sobrepeso y obesidad en la infancia y adolescencia

5.1. En la Comunitat Valenciana

En la Comunitat Valenciana (CV), según datos obtenidos del Informe de Salud del Escolar (ISE), en el año 2014 un 30% de niños/as de 0-16 años presenta exceso de peso (tabla 1), más frecuentemente en niños (32% niños y 28% niñas). De ellos, el 19% tiene sobrepeso y el 12% obesidad (14% niños y 10% niñas).

Tabla 1: Prevalencia de sobrepeso y obesidad en menores de 0-16 años por edad. Comunitat Valenciana, 2014

	Sobrepeso ≥P85 <P97	Obesidad ≥P97	Exceso peso ≥P85
< 1 año	11,8	3,9	15,6
1 año	16,6	5,9	22,4
2 años	17,5	8,0	25,5
3 años	17,2	7,5	24,7
4 años	15,4	9,9	25,3
5 años	16,1	11,7	27,8
6 años	15,9	13,6	29,5
7 años	17,5	16,4	33,9
8 años	21,1	19,0	40,1
9 años	19,9	20,8	40,8
10 años	21,0	21,7	42,7
11 años	24,4	18,8	43,2
12 años	23,6	17,7	41,3
13 años	20,9	13,9	34,8
14 años	19,7	10,4	30,1
15 años	16,4	6,4	22,8
16 años	14,9	6,1	20,9
0 -16 años	18,6	11,8	30,4

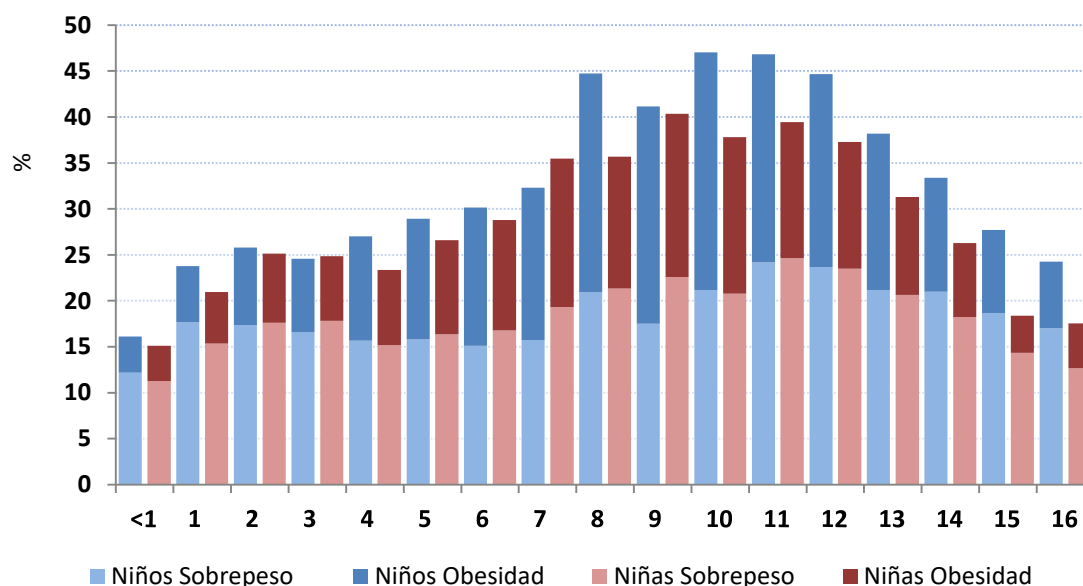
Nota: Porcentajes calculados según estándares de crecimiento de la OMS. Exceso de peso: sobrepeso más obesidad.

Fuente: ISE curso escolar 2014-2015. Servicio de Promoción de la Salud y Prevención en las Etapas de la Vida. Dirección General de Salud Pública (www.sp.san.gva.es)

La prevalencia de exceso de peso va aumentando progresivamente con la edad hasta los 11 años y desciende en edades posteriores, apreciándose un incremento brusco entre los 7 y los 8 años (de 34% a 40%). En el sobrepeso, se objetiva un aumento de la prevalencia entre los 6 y los 11 años, alcanzando su cénit a esta edad. Sin embargo, en la obesidad se observa un incremento progresivo y marcado de las cifras hasta los 10 años (Gráfica 1).

Se observa un comportamiento diferencial por sexo a partir de la pubertad, con disminución más marcada de sobrepeso y de obesidad en las niñas.

Gráfica 1: Prevalencia de exceso de peso (sobrepeso y obesidad) en menores de 0 a 16 años según sexo y edad. Comunitat Valenciana, 2014



Nota: Porcentajes calculados según estándares de crecimiento de la OMS. Exceso de peso: sobrepeso más obesidad.

Fuente: ISE curso escolar 2014-2015. Servicio de Promoción de la Salud y Prevención en las Etapas de la Vida. Dirección General de Salud Pública (www.sp.san.gva.es)

En cuanto a la evolución de la prevalencia de sobrepeso y obesidad en el periodo 2007-2014, existe discreta tendencia descendente, más notable en

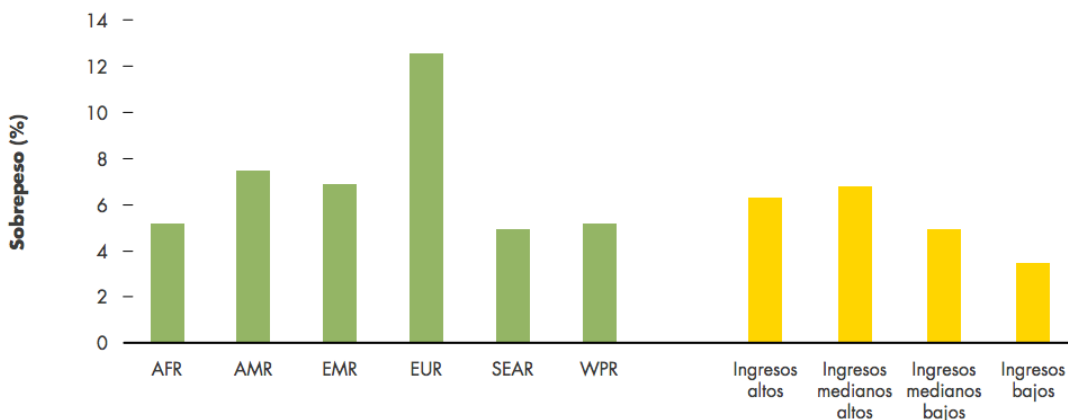
los menores de 3 años, mientras que en el resto de edades las cifras de prevalencia se mantienen relativamente estables.

5.2. A nivel internacional

Existe dificultad para comparar las cifras de prevalencia de sobrepeso y de obesidad debido a diferencias en la metodología empleada. En la CV, los datos se analizan utilizando las curvas de la OMS y se establecen como puntos de corte para sobrepeso: $\geq P85$ y $< P97$ y para obesidad $\geq P97$.

A nivel mundial, la obesidad ha ido en aumento en las últimas décadas. Según el Informe de la Comisión para acabar con la obesidad infantil¹, en 2014 aproximadamente 41 millones de niños/as menores de 5 años presentaban sobrepeso u obesidad. En cifras absolutas, hay más niños/as con exceso de peso en países de ingresos bajos y medianos que en los países de ingresos altos, de hecho, el 48% de los niños con sobrecarga ponderal viven en Asia y el 25% en África (Gráfica 2).

Gráfica 2: Prevalencia del sobrepeso en menores de 5 años, por región de la OMS y por grupo de ingresos del banco mundial, estimaciones comparables, 2014



AFR=Región de África, AMR=Región de las Américas, SEAR=Región de Asia Sudoriental, EUR=Región de Europa, EMR=Región del Mediterráneo Oriental, WPR=Región del Pacífico Occidental
Fuente: UNICEF, OMS, Banco Mundial. Joint Child Malnutrition Estimates. (UNICEF, Nueva York; OMS, Ginebra; Banco Mundial, Washington, D.C.; 2015).

Fuente: Informe de la Comisión para acabar con la obesidad infantil, 2016. Sobrepeso: peso para la estatura con más de 2 DE por encima de la mediana establecida en los patrones de crecimiento infantil de la OMS.

La Región Europea de la OMS promovió la iniciativa COSI (Childhood Obesity Surveillance Initiative) con el objetivo de monitorizar la obesidad infantil en Europa empleando los estándares de crecimiento de la OMS y como criterios de la situación ponderal: sobrepeso: $IMC > +1DE$ si mayor de 5 años e $IMC > +2 DE$ si menor de 5 años, obesidad: $IMC > +2DE$ si mayor de 5 años e $IMC > +3DE$ si menor de 5 años. Los últimos datos publicados son los referentes a la 2ª oleada de 2009-2010 en niños de 6 a 9 años y en la que intervinieron 13 países, entre ellos España². Según este estudio, la prevalencia de sobrepeso varía considerablemente entre los diferentes países, con cifras que oscilan del 18 al 57% en sobrepeso y de 5 al 31% en obesidad, confirmándose un gradiente norte-sur ya referido en estudios anteriores, con cifras más elevadas en Grecia, Italia y España, que registra las cifras más altas en los niños de 9 años con un 49% de sobrepeso (42% en niñas) y 22% de obesidad (15% en niñas).

En España, la participación en este proyecto se llevó a cabo a través de la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN) y dio lugar a los Estudios de Alimentación, Actividad Física, Desarrollo Infantil y Obesidad (ALADINO) 2011 y 2013³. Este último estudio se realizó sobre una muestra representativa de niños/as de 7 y 8 años y se valoró la situación ponderal, obteniendo una prevalencia de sobrepeso de 25% y de obesidad de 18%, según los criterios de la OMS. Estas cifras son superiores a las observadas en la CV para este grupo de edad en el año 2014 (sobrepeso 19% y obesidad 18%). No existen diferencias por sexo en sobrepeso, pero hay mayor prevalencia de obesidad en los niños (21% vs 16%). La comparación del estudio ALADINO 2013 respecto al previo de 2011 sugiere una estabilización de las cifras con una tendencia a la baja.

Existen otras experiencias en España que obtienen los datos a partir de los registros procedentes de la historia clínica informatizada, de forma similar a lo realizado en la CV, y siguiendo los estándares de la OMS. En Aragón, en

el año 2012 la prevalencia de exceso de peso en niños de 2 a 14 años de un sector sanitario según estos registros fue de 31% (sobrepeso 19% y obesidad 12%)⁴. En la Región de Murcia⁵, los datos de los controles de salud establecidos en el Programa de Atención al Niño y Adolescente durante el periodo 2005-2011 para las mismas edades muestra una prevalencia de exceso de peso del 44%, con cifras de sobrepeso elevadas a los 10-11 años, alcanzando aproximadamente el 27%. La obesidad también aumenta con la edad hasta los 9 años, alcanzando el 30% y la evolución de las prevalencias muestra una estabilización del exceso de peso, con ligero aumento de la obesidad y disminución del sobrepeso. Por último, en Navarra en 2014-2015 refieren que en los menores de 2 a 14 años la prevalencia de obesidad aumenta con la edad hasta alcanzar el 15% en niños y el 12% en niñas a los 8-9 años⁶.

6. Resultados de la encuesta de opinión de los pediatras de atención primaria sobre la obesidad infantil y su manejo

Para conocer dicha opinión se realizó la encuesta descrita en el apartado 4.1, cuyo cuestionario figura en el anexo 8 de este informe. Se remitió la encuesta a 296 pediatras. El número de encuestas cumplimentadas fue de 174 (58% de participación), de las que se eliminaron 3 por errores de cumplimentación y finalmente se analizaron 171.

El 80% de los participantes en la encuesta fueron mujeres y la distribución por edad mostró ligero predominio del grupo de 55 o más años (28%), siendo el 68% de los participantes personal fijo.

Se recibieron respuestas de todos los departamentos sanitarios, pero la mayoría (51%) correspondieron a los departamentos asignados a Valencia ciudad.

Del análisis de estas encuestas se deduce que:

1. **Importancia del problema:** El 90% de los pediatras de Atención Primaria de la Comunitat Valenciana que respondieron la encuesta considera alta (7-8 sobre 10) o muy alta (9-10/10) la importancia de la obesidad como problema de salud en la población que atiende.
2. **Práctica clínica en la consulta:** La mayoría de los pediatras dice insistir en la prevención del exceso de peso (90%), en su detección (95%), advirtiéndole de su importancia cuando el niño/a lo padece (99%) y realizándole intervención (94%) y seguimiento (92%).

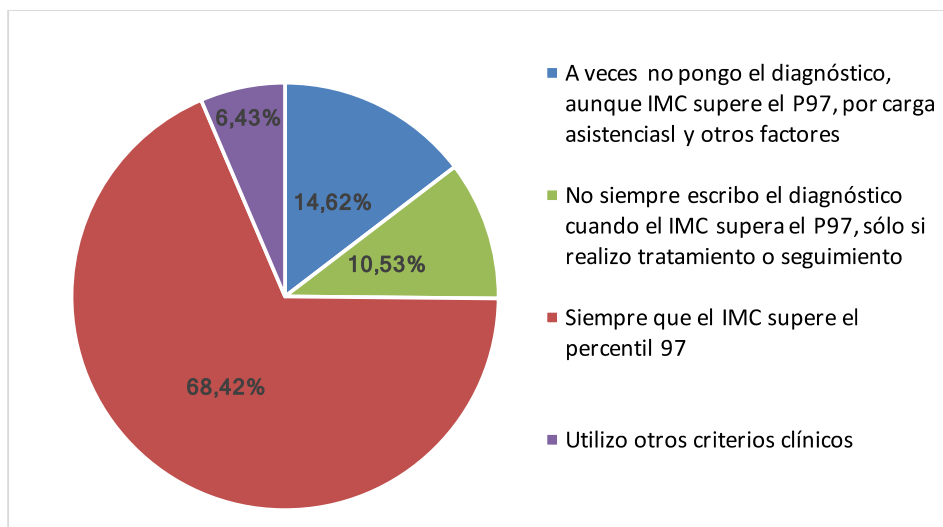
Sin embargo, un porcentaje considerable de pediatras declara que en los casos de obesidad no valora la tensión arterial (12%), ni el perímetro de cintura (64%), ni la presencia de síndrome de apnea-hipoapnea del sueño (66%).

3. **Valoración del IMC:** Aunque la mayoría utiliza las curvas del IMC de la OMS en la historia clínica de Atención Primaria (SIA), un 12,3% de los pediatras no lo tiene en cuenta.

La valoración del IMC se realiza por la mayoría de pediatras en los exámenes de salud del Programa de Salud Infantil (81%) y cuando se sospecha por el aspecto del niño un exceso de peso (81%). Solo el 52% de los pediatras lo valora de forma sistemática con una frecuencia mayor de la establecida por dicho Programa. Además, el 44% de los pediatras afirman también valorar el IMC siempre que lo solicitan los padres.

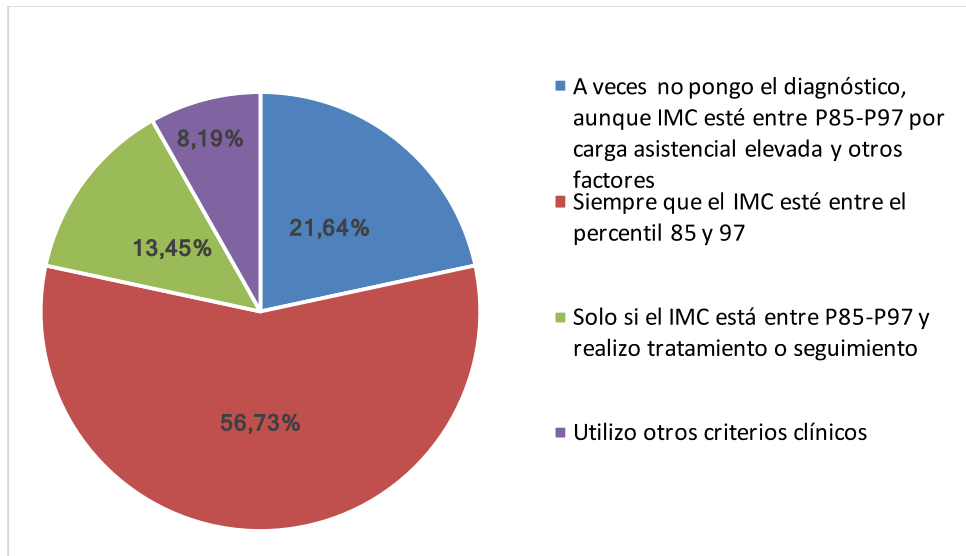
4. **Consignación del diagnóstico en la historia clínica:** Cuando el IMC es >P97 solo el 68% de los pediatras lo registra siempre en SIA con el CIE correspondiente a obesidad. Un 10% adicional solo lo registra cuando realiza tratamiento o seguimiento. El 15% de pediatras refiere no registrarlo por exceso de carga asistencial y el 6% utiliza otros criterios clínicos.

Gráfica 3: Registro del diagnóstico de obesidad (CIE correspondiente en la historia electrónica en SIA)



Cuando el IMC está entre P85 y P97 solo el 57% de pediatras lo registra siempre en SIA con el CIE correspondiente a sobrepeso, y un 13% solo cuando realiza tratamiento o seguimiento. El resto refiere no reflejarlo por exceso de carga asistencial (22%) o utiliza otros criterios clínicos (8%).

Gráfica 4: Registro del diagnóstico de sobrepeso (CIE correspondiente en la historia electrónica en SIA)

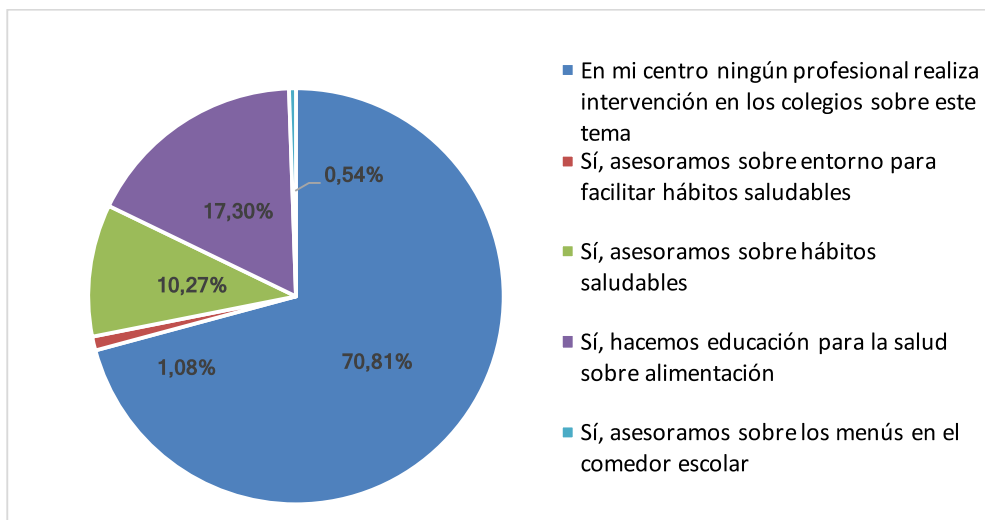


- 5. Derivación a asistencia especializada:** La realizan los pediatras fundamentalmente en los casos que no responden al tratamiento (66%), en los que presentan un síndrome metabólico (64%), una obesidad mórbida (61%) o una obesidad secundaria (55%).
- 6. Recomendaciones sobre alimentación y actividad física:** La mayor parte de los pediatras hace recomendaciones dietéticas en los exámenes de salud del Programa de Salud Infantil (75% en todos y 19% en algunos) y cuando lo consideran relevante para el niño/a independientemente de su edad (80%). Las recomendaciones sobre actividad física las ofrecen con una frecuencia algo menor (58% de los pediatras en todos los exámenes

de salud, 37% en algunos exámenes de salud y 77% cuando lo consideran relevante para el niño/a).

7. **Intervenciones en los centros docentes:** Un elevado porcentaje de pediatras (71%) declara que ningún profesional de su centro de salud realiza intervenciones en colegios sobre alimentación y actividad física. El 17% realiza educación para la salud sobre alimentación y el 10% asesora sobre hábitos saludables en los centros docentes.

Gráfica 5: Intervenciones en los centros docentes dirigidas a la prevención de la obesidad



8. **Tratamiento:** En caso de exceso de peso inician el tratamiento en la consulta la mayor parte de los pediatras: el 59% siempre y el 40% solo cuando el niño/a y sus padres están motivados.

Sin embargo, solo el 14 % percibe un éxito moderado en el tratamiento, el 57% lo perciben como bajo y el 29% muy bajo.

Por otro lado, solo el 10% de los pediatras refiere que en su centro de salud se realiza algún programa de tratamiento en grupo.

9. **Herramientas para mejorar la atención sanitaria al exceso de peso:**

- La mayor parte (80%) de los pediatras considera útil o muy útil disponer de test sencillos sobre alimentación.
- La mayor parte (76%) de los pediatras considera útil o muy útil disponer de test sencillos sobre actividad física.
- El establecimiento automático del diagnóstico de sobrepeso se considera útil o muy útil por aproximadamente el 71% de los pediatras, y el de obesidad por aproximadamente el 75%.
- La valoración del peso, talla e IMC entre las revisiones de 5-6 años y 11 años la considera útil o muy útil el 80% de los pediatras.
- La inclusión de los percentiles del perímetro de cintura en SIA la valoran como útil o muy útil el 75% de pediatras.
- Una amplia mayoría (85%) valora como útil o muy útil disponer de recomendaciones sobre alimentación y actividad física.
- Un 79% de pediatras considera útil o muy útil mejorar la relación entre centros docentes y sanitarios, y un 72 % entre atención primaria y especializada.
- Poder disponer de programas de tratamiento grupal en atención primaria se valora como útil o muy útil por el 82% de los pediatras.

7. Recomendaciones para la mejora de la práctica asistencial en la prevención y manejo del exceso de peso de los niños/as de la consulta pediátrica de Atención Primaria

1. Poner a disposición de los profesionales sanitarios **test sencillos sobre alimentación y actividad física** en diferentes etapas de edad pediátrica. Se propone utilizar como cribado el cuestionario KIDMED⁷ para alimentación, único cuestionario validado en España para niños y adolescentes (anexo 2) y como cuestionario de actividad física el utilizado por el grupo de trabajo PIOBIN de actividad física y modificado del Programa PERSEO⁸ (anexo 3). Dicho cuestionario podría incluirse en SIA para facilitar su utilización en la consulta pediátrica. En los casos en que se requiera una valoración más exhaustiva de la alimentación se utilizarán otras herramientas como el diario dietético de 2 días no consecutivos o el recuerdo de 24 horas.
2. Poner a disposición de los profesionales sanitarios **recomendaciones sobre alimentación y actividad física** en diferentes etapas de edad pediátrica. Se propone en este informe una hoja informativa para niños/as y sus padres y madres con dichas recomendaciones (anexos 4 y 5). Se considera útil su inclusión en SIA para facilitar su entrega en la consulta pediátrica.
3. Proponer a los gestores de SIA el **registro automático del diagnóstico** de sobrepeso y de obesidad en la historia clínica informatizada cuando el IMC tenga un valor entre P85-P97 y >P97 respectivamente. En caso de que el pediatra no considere adecuado tal diagnóstico, tendrá la capacidad de suprimirlo y que no se registre.
4. Proponer a los gestores de SIA la inclusión de las **curvas de perímetro de cintura** en la edad pediátrica (anexo 6).

5. Facilitar la **formación de los profesionales sanitarios** en esta materia, tratando de mejorar:
- El uso de las curvas del **IMC** de la OMS⁹.
 - El registro del diagnóstico de sobrepeso y obesidad en la historia clínica.
 - La valoración del **perímetro de cintura** en los casos de exceso de peso se puede hacer con diversas tablas españolas, las de la Fundación Orbegozo¹⁰ son de uso extendido en nuestro medio (anexo 6).
 - El diagnóstico de **síndrome metabólico** (criterios de la Federación Internacional de Diabetes¹¹).
 - La valoración de la **tensión arterial** en los casos de exceso de peso. Siguiendo las recomendaciones de la Sociedad Europea de Hipertensión, se utilizarán como valores de referencia los de la Task Force for Blood Pressure in Children¹². Existe una aplicación para estimar los percentiles y z-score de la tensión arterial (según los valores de la Task Force for Blood Pressure in Children):
<https://www.bcm.edu/bodycomplab/Flashapps/BPVAgeChartpage.html>.
 - La investigación de la presencia de **síndrome de apnea-hipoapnea del sueño** (SAHS), es útil en los obesos pasar el test de Chervin¹³. Estudios españoles que incluyeron polisomnografía encontraron una alta prevalencia de SAHS superior al 21% en niños obesos españoles¹⁴.
6. Poner a disposición de los centros de Atención Primaria **programas de tratamiento grupal de la obesidad**. Existe evidencia de un mayor éxito con el tratamiento grupal de la obesidad¹⁵, lo que justifica que se facilite su implementación en los centros sanitarios.

7. Implementar estrategias para mejorar la **relación** entre los centros sanitarios y los **docentes**.
8. Implementar estrategias para mejorar la **relación** entre los centros de Atención Primaria y **Especializada**.
9. A la vista de los datos, se recomienda **reforzar el Programa de Salud Infantil** realizando valoraciones del peso, talla y de IMC entre los exámenes de salud de 5-6 años y 11 años.
10. Elaborar un **protocolo de prevención y tratamiento del sobrepeso** y obesidad infantil desde AP, que facilite el abordaje efectivo, y permita homogeneizar los criterios de identificación de factores de riesgo, diagnóstico, seguimiento y tratamiento, contemplando la participación de todos los agentes implicados y optimizando todos los recursos y medios a nuestro alcance.
11. Incorporar un enfoque de género, que permita diferenciar comportamientos y actitudes entre niños y niñas, y prestar especial atención a **grupos vulnerables**, tales como bajo nivel socioeconómico, inmigrantes, pacientes con diversidad funcional... para intensificar las actuaciones en estos grupos de riesgo.
12. Potenciar la utilización de la **entrevista motivacional**, en la que el profesional sanitario se convierta en acompañante en el proceso de cambio, consiguiendo que el paciente y su entorno tomen consciencia de la necesidad de adoptar un estilo de vida saludable.

8. Anexos

ANEXO 8.1: Encuesta sobre obesidad infantojuvenil



ENCUESTA SOBRE OBESIDAD INFANTOJUVENIL

Se ha hablado mucho sobre el aumento de la obesidad infantil en nuestra población y de sus posibles consecuencias. Desde este grupo de AvalPap estamos profundizando en cómo manejamos este tema en la Comunitat Valenciana, y necesitamos conocer cómo percibes y abordas la obesidad en tu práctica diaria. Por lo que te agradeceríamos que respondieras esta encuesta.

*Obligatorio

1. ¿Qué grado de importancia crees que tiene la obesidad como problema de salud en la población que atiendes? *

(Valóralo de 0 a 10, 0=nada importante, 10=máxima importancia).

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2. Respecto a la obesidad ¿qué haces en tu consulta? *

	Siempre	A menudo	A veces	Nunca
Insisto en la prevención	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Intento detectarla	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Advierto de su importancia si hay exceso de peso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Descarto patología secundaria si hay obesidad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Valoro la tensión arterial si hay obesidad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Valoro el perímetro de cintura si hay obesidad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Valoro si hay SAHS (síndrome de apnea/hipopnea del sueño)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Realizo intervención				

si hay exceso de peso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Realizo seguimiento si hay exceso de peso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3. ¿Utilizas las curvas del IMC de la OMS en SIA? *

- Si
- No

4. ¿Cuándo valoras el IMC en tus pacientes? (puedes señalar varias respuestas) *

- En los exámenes de salud del Programa de Salud Infantil
- En la población que atiendo realizo valoración de peso y talla con mayor frecuencia a la establecida en el Programa de salud infantil de forma regular
- Cuando me lo piden los padres
- Cuando sospecho por el aspecto que tiene exceso de peso
- Casi nunca lo valoro

5. ¿Cuándo escribes el diagnóstico de obesidad (CIE correspondiente en la historia clínica en SIA)? *

- Siempre que el IMC supere el percentil 97
- No siempre escribo el diagnóstico cuando el IMC supera el P97, sólo si realizo tratamiento o seguimiento
- A veces no pongo el diagnóstico, aunque IMC supere el P97, por carga asistencial y otros factores
- Utilizo otros criterios clínicos

6. ¿Cuándo escribes el diagnóstico de sobrepeso (CIE correspondiente en la historia clínica en SIA)? *

- Siempre que el IMC esté entre el percentil 85 y 97
- Solo si el IMC está entre P85-P97 y realizo tratamiento o seguimiento
- A veces no pongo el diagnóstico, aunque IMC esté entre P85-P97 por carga asistencial elevada y otros factores
- Utilizo otros criterios clínicos
- Nunca

7. Cuando detectas obesidad en un paciente ¿lo derivas a Asistencia Especializada? (puedes señalar varias respuestas) *

- Sí, todos los casos de obesidad
- Los casos de obesidad secundaria
- Los casos con IMC superior a +3DS (obesidad mórbida)
- Los casos con síndrome metabólico
- Los casos que no responden al tratamiento
- A requerimiento de los padres

Nunca los derivo

8. ¿A qué edades haces recomendaciones dirigidas a una alimentación equilibrada y sin exceso de calorías independientemente del IMC? (puedes señalar varias respuestas) *

- En todos los controles del Programa Salud Infantil
- En algunos controles del Programa Salud Infantil
- Fuera del Programa Salud Infantil a requerimiento de los padres
- Fuera del Programa Salud Infantil si lo considero relevante para el niño, independientemente de su edad
- No suelo hacer recomendaciones, las delego en enfermería

9. ¿A qué edades haces recomendaciones sobre actividad física en la consulta? *

(puedes señalar varias respuestas)

- En todos los controles del Programa Salud Infantil
- En algunos controles del Programa Salud Infantil
- Fuera del Programa Salud Infantil a requerimiento de los padres
- Fuera del Programa Salud Infantil si lo considero relevante para el niño, independientemente de su edad
- No suelo hacer recomendaciones, las delego en enfermería

10. ¿Los profesionales de tu centro de salud (pediatras o enfermería) vais a hacer intervenciones a los colegios dirigidos a la prevención de la obesidad (alimentación o actividad física)? *

(puedes señalar varias respuestas)

- Sí, hacemos educación para la salud sobre alimentación
- Sí, asesoramos sobre los menús en el comedor escolar
- Sí, asesoramos sobre hábitos saludables
- En mi centro ningún profesional realiza intervención en los colegios sobre este tema

11. Cuando detectas que un paciente tiene exceso de peso ¿inicias un tratamiento en tu consulta en el centro de salud? *

- Sí, siempre
- Sí, pero solo cuando el niño/a y los padres están motivados
- No

12. ¿Hacéis algún programa de tratamiento de la obesidad en grupo? *

- Sí.
- No

¿En qué consiste?

13. ¿Cuál es tu percepción del nivel de éxito que obtienes en el tratamiento de niños/as con obesidad? *

- Muy bajo, <10% de casos
- Bajo, entre el 10 y 30% de casos
- Moderado, entre el 30 y 50% de casos
- >50% de los casos

14. ¿Qué crees que te sería útil para mejorar la atención a los niños/as en relación al exceso de peso? *

Valorar de 1 a 10, siendo 10 máxima utilidad y 1 de nula utilidad

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Disponer de test sencillos sobre alimentación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Disponer de test sencillos sobre actividad física	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Establecimiento automático en SIA de sobrepeso si IMC P85-97	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Establecimiento automático en SIA de obesidad si IMC >P97	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Valoración del peso, talla e IMC entre la revisión de los 5-6 años y revisión 11-12 años	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Incluir tablas de percentiles de cintura en SIA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mayor relación entre Asistencia Primaria y Especializada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Disponer de recomendaciones dietéticas en exceso de peso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Disponer de recomendaciones de actividad física en exceso de peso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mayor relación entre centros sanitarios y centros docentes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Disponer de programas de tratamiento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

¿Puedes decirnos tu edad? *

- 25-34 años
- 35-44 años
- 45-54 años
- 55 o más

¿Y tu sexo? *

- Mujer
- Hombre

Tipo de contrato *

- Fijo
- Interino
- Eventual

Departamento de Salud *

- Vinaròs
- Castelló
- La Plana
- Sagunt
- Valencia Clinic – La Malva-Rosa
- Valencia-Arnau de Vilanova-Llíria
- Valencia-La Fe
- Requena
- Valencia-Hospital General
- Valencia-Dr Peset
- La Ribera
- Gandía
- Dènia
- Xàtiva-Ontinyent
- Alcoy
- Marina Baixa
- Alacant-Sant Joan d'Alacant
- Elda
- Alacant-Hospital General
- Elx-Hospital General
- Orihuela
- Torrevieja

- Manises
- Elx-Crevillent

DESEAS REALIZAR ALGUNA OBSERVACIÓN O COMENTARIO

Muchas gracias por tu colaboración

Enviar

Nunca envíes contraseñas a través de Formularios de Google.



100%: has terminado.

Con la tecnología de
 Google Forms

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.
[Informar sobre abusos](#) - [Condiciones del servicio](#) - [Otros términos](#)

ANEXO 8.2: Cuestionario sobre alimentación

La valoración de la ingesta alimentaria es uno de los parámetros clave en la prevención, diagnóstico y seguimiento del exceso de peso. Debe conocerse la cantidad y calidad de los alimentos ingeridos, así como los hábitos y creencias de la familia respecto a la alimentación. Por ello conviene recabar información sobre el tipo de alimentos que se ofrecen al niño/a, el número de comidas, si realiza alguna dieta especial por intolerancias, rechazo de determinados alimentos o creencias familiares, si toma suplementos de vitaminas o minerales, o si existen dificultades en la alimentación, masticación o deglución.

Existen diversos métodos para valorar la ingesta alimentaria en la infancia y el que elijamos dependerá de nuestras circunstancias y necesidades. Cuando precisemos una valoración pormenorizada se recomienda realizar un registro dietético de dos días no consecutivos, el recuerdo de 24 horas con apoyo de modelos fotográficos de raciones de alimentos, y el cuestionario de frecuencia de consumo de alimentos detallado¹⁶. En Atención Primaria, donde disponemos de tiempo limitado, no nos es posible aplicar estos métodos de forma generalizada, y los reservaremos para los casos que requieren una valoración más precisa.

Como aproximación inicial en la consulta pediátrica de Atención Primaria nos puede resultar útil disponer de métodos breves de valoración dietética, más sencillos de aplicar, aunque con menor precisión que los anteriores. Consisten en cuestionarios breves, que pueden cumplimentar los padres y son sencillos de analizar para identificar patrones de consumo alimentario. Entre los dirigidos a la población infantil cabe destacar los cuestionarios KIDMED⁷, la versión rápida del Healthy Eating Index y NutriSTEP.

De ellos solo el cuestionario KIDMED ha sido validado en España, en el contexto del estudio EnKid, para niños y adolescentes. Es útil como método de cribado de hábito alimentario en nuestro medio, es decir, puede ayudarnos a identificar a los niños y niñas con mayor riesgo nutricional.

Test de evaluación rápida de adherencia a la dieta mediterránea *KIDMED*

Puntuación	Items del cuestionario <i>KIDMED</i>
+1	<i>Toma una ración de fruta o zumo de fruta recién exprimido todos los días</i>
+1	<i>Toma una segunda ración de fruta todos los días</i>
+1	<i>Toma verduras y hortalizas frescas o cocinadas habitualmente una vez al día</i>
+1	<i>Toma verduras y hortalizas frescas o cocinadas habitualmente más de una vez al día</i>
+1	<i>Consume pescado habitualmente (por lo menos 2-3 veces por semana)</i>
-1	<i>Acude más de una vez por semana a establecimientos tipo fast-food</i>
+1	<i>Le gustan las legumbres y las consume más de una vez a la semana</i>
+1	<i>Consume pasta o arroz casi todos los días (5 o más veces a la semana)</i>
+1	<i>Toma cereales o productos elaborados con cereales (ej. pan) en el desayuno</i>
+1	<i>Consume frutos secos habitualmente (al menos 2-3 veces a la semana)</i>
+1	<i>Se utiliza aceite de oliva en casa para cocinar</i>
-1	<i>No desayuna</i>
+1	<i>Toma un lácteo para desayunar (yogur, leche, etc.)</i>
-1	<i>Toma productos de bollería o pastelería industrial con el desayuno</i>
+1	<i>Toma dos yogures y/o algo de queso (40 g) al día</i>
-1	<i>Toma dulces y golosinas varias veces todos los días</i>

Valor del índice *KIDMED*

- Menor o igual a 3: Dieta de muy baja calidad
- De 4 a 7: Necesidad de mejorar el patrón alimentario para ajustarlo al modelo mediterráneo.
- Mayor o igual a 8: Dieta mediterránea óptima

ANEXO 8.3: Cuestionario sobre la actividad física y horas de pantalla de niños y niñas

La actividad física representa uno de los pilares fundamentales para la prevención y tratamiento de la obesidad infantil. Sin embargo, tanto la medición como la evaluación de la actividad física mediante cuestionarios de actividad física validados en la edad pediátrica, son pocos y a la vez complejos de realizar y poco prácticos en la consulta diaria de atención primaria. Los cuestionarios de actividad física pueden fallar especialmente al estimar la actividad física no vigorosa, y suelen centrarse de forma específica en el ejercicio planificado (ir en bicicleta, correr, andar...) y no suelen recoger las actividades de la vida diaria y movimientos de intensidad baja no planificada. Por todo ello un cuestionario útil y ya utilizado en un programa de prevención de obesidad infantil y consensuado por un grupo de trabajo podría ser el que se refleja a continuación, utilizado por el grupo de trabajo PIOBIN de actividad física⁸.

CUESTIONARIO SOBRE LA ACTIVIDAD FÍSICA Y HORAS DE PANTALLA

1. ¿Cómo vienes al colegio/instituto habitualmente?:

- Andando
- En bici
- En transporte público
- En coche
- En autobús escolar
- No se

2. ¿Cuántas horas de clase de actividad física realizas durante la semana en el colegio/instituto?

3. ¿Participas en actividades de deporte organizado en el colegio/instituto (fútbol, baloncesto, baile, aeróbic,...)?

- SI NO

3.1 En caso afirmativo, ¿Qué actividad practicas?

4. Habitualmente, FUERA DE LAS HORAS DE CLASE: ¿Cuántas horas a la SEMANA practicas algún deporte o haces ejercicio jugando hasta sudar o cansarte?

- Ninguna
- Alrededor de 1 hora a la semana
- Alrededor de 2 horas a la semana
- Alrededor de 3 horas a la semana
- Alrededor de 4 horas a la semana
- 5 horas a la semana o más

5. ¿Cuántas horas al DÍA sueles ver la televisión y vídeos?

- Ninguna
- Menos de 1 hora al día
- Alrededor de 1 hora al día
- Alrededor de 2 horas al día
- Alrededor de 3 horas al día
- Alrededor de 4 horas al día
- Alrededor de 5 horas o más al día

6. ¿Cuántas horas al DÍA sueles utilizar el ordenador (para jugar, mandar correo electrónico, chatear o navegar en internet) y/o las videoconsolas en tu tiempo libre?

- Ninguna
- Menos de 1 hora al día
- Alrededor de 1 hora al día
- Alrededor de 2 horas al día
- Alrededor de 3 horas al día
- Alrededor de 4 horas al día
- Alrededor de 5 horas o más al día

7. Ayer, EN TU TIEMPO LIBRE, alrededor de cuánto tiempo participaste en actividades deportivas o hiciste actividad física (que hizo perder el aliento o sudar más de lo habitual):

7.1 ... jugando solo/a o con amigos

- Nada
- Menos de 30 minutos
- Entre 30 minutos y menos de 1 hora
- Entre 1 hora y 1 hora y media
- Entre 1 hora y media y 2 horas
- 2 horas o más

7.2 ... jugando, haciendo ejercicio o deporte con tu familia

- Nada
- Menos de 30 minutos
- Entre 30 minutos y menos de 1 hora

- Entre 1 hora y 1 hora y media
- Entre 1 hora y media y 2 horas
- 2 horas o más

7.3 ... en deporte extraescolar

- Nada
- Menos de 30 minutos
- Entre 30 minutos y menos de 1 hora
- Entre 1 hora y 1 hora y media
- Entre 1 hora y media y 2 horas
- 2 horas o más

8. ¿A qué hora te sueles ir a dormir entre semana?

9. ¿A qué hora te sueles levantar entre semana?

10. ¿Qué es lo que más te gusta?

11. ¿Qué dificultades encuentras?

ANEXO 8.4: Recomendaciones alimentación infantil

8.4.1.- Consejos de alimentación en menores de 1 a 3 años

La velocidad de crecimiento disminuye en este periodo por lo que los niños necesitan comer menos que en el primer año. Para prevenir la obesidad es fundamental respetar el apetito natural de cada niño y no forzar a comer¹⁷. Se debe insistir en comer variado. No es importante la cantidad.

Progresivamente se deben eliminar todos los hábitos de succión y pasar a beber en vaso, es cuando el niño aprende a usar los cubiertos¹⁸. Para mejorar la aceptación de nuevos alimentos es conveniente cuidar la presentación de los mismos y variar las texturas. Además, se deben favorecer las comidas en familia con un ambiente relajado y sin televisión. Ofrecer sólo agua o leche para beber y eliminar el picoteo entre horas.

Las recomendaciones generales son¹⁸⁻²⁰:

- Consumo de leche o lácteos 2 veces al día. Leche preferiblemente entera, unos 500 ml. No sustituir por batidos de cacao. Dos yogures y aproximadamente 30 gr de queso equivalen a un vaso de leche.
- Pescado 3-4 raciones a la semana. Blanco y azul. Evitar el pescado azul grande (atún rojo, emperador y lucio) por su mayor contenido en mercurio.
- Huevos no hay que tomar más de 1 al día ni más de 3 o 4 a la semana.
- Frutas, verduras y hortalizas 5 raciones al día
- Legumbres 2-3 veces por semana.
- No consumir frutos secos, aceitunas con hueso y patatas fritas de bolsa por riesgo de atragantamiento. No consumir precocinados.
- Aporte de sal y azúcar refinado reducido. Utilizar aceite de oliva para cocinar y aliñar²¹.
- Solo excepcionalmente se pueden tomar golosinas, zumos y refrescos

comerciales, chocolate y bollería industrial.

8.4.2.- Consejos de alimentación preescolar y escolar (3-10 años)

En esta edad los gustos y preferencias de los niños se manifiestan claramente. A menudo esto lleva a dietas monótonas y rechazo marcado de alimentos nuevos¹⁷. Es habitual que tengan una dieta rica en cereales (pastas, arroces, sopas) y lácteos, con escasas verduras, frutas y pescado²¹.

Se debe insistir en un desayuno abundante, planificar para ello el tiempo necesario. Intentar que la mayoría de las comidas sean en familia con un ambiente relajado. Evitar las discusiones.

Animarles a que participen en la compra de alimentos y en su preparación. Les resulta divertido y puede ser muy educativo²² (comprar alimentos frescos y evitar al máximo los precocinados).

Recomendaciones generales^{19,20}:

- Asegurarnos una alimentación variada con raciones no muy grandes. Respetar el apetito del niño.
- Sigue siendo importante el consumo de leche de vaca (entera o semidesnatada, individualizar).
- Fomentar el consumo de frutas y verduras tanto como plato principal como guarnición.
- Beber agua o leche, no otro tipo de bebidas comerciales (zumos, refrescos, batidos)²³.
- Consumir pescado 3-4 veces por semana tanto blanco como azul.
- Restringir todo lo que se pueda dulces y golosinas. No usarlos como recompensa.
- Minimizar el consumo de embutidos.

- Cocinar con aceite de oliva. No abusar de los fritos.

8.4.3.- Consejos de alimentación preadolescente y adolescente

En este periodo incluimos desde el inicio de los cambios puberales hasta el final del crecimiento. Las necesidades calóricas aumentan mucho porque se produce un crecimiento rápido. La dieta debe ser abundante en cantidad y equilibrada en composición. Otra característica de esta edad es la autonomía a la hora de decidir qué comen e incluso muchas comidas las hacen solos en casa, desayuno y comida más frecuentemente. Por otra parte, su interés por su imagen aumenta mucho y es el momento de aparición de algunos problemas relacionados con la comida como la anorexia y la bulimia.

Ningún joven debería acudir al colegio/instituto sin desayunar. Se debe insistir en la importancia de esta comida y la necesidad de levantarse con algo más de tiempo para realizar un desayuno completo (frutas, lácteos y cereales)¹⁷. Hacer la mayoría de las comidas, si es posible, en familia. Crear un ambiente agradable de conversación evitando las discusiones¹⁵. Intentar ser coherentes con las recomendaciones verbales. Comer todos lo mismo.

Recomendaciones generales^{23,24}:

- Insistir en la necesidad de comer frutas, verduras y pescado.
- Evitar los fritos y cocinar con aceite de oliva.
- Evitar precocinados.
- Tener tentempiés nutritivos y sanos en casa.
- No comprar lo que no deben comer.
- Beber agua o leche. Evitar zumos, refrescos y batidos.
- Tener en cuenta sus sugerencias en cuanto al consumo de alimentos que se preparan en casa.

- Enseñarles a elegir y a preparar alimentos saludables.
- Explicar los riesgos del consumo de alcohol.
- Asesorar a los que quieren adelgazar para que lo hagan sin riesgos.

ANEXO 8.5: Recomendaciones sobre actividad física

La actividad física es para todos²⁵. Estas recomendaciones son válidas para todos los niños sanos, independientemente de su sexo, raza, origen étnico o nivel de ingresos, salvo que coincidan dolencias médicas específicas que aconsejen lo contrario.

Nunca es tarde para empezar a hacer actividad física. En el caso de los niños y jóvenes inactivos, se recomienda un aumento progresivo de la actividad. Es conveniente empezar con una actividad ligera y aumentar gradualmente con el tiempo la duración, la frecuencia y la intensidad. Si los niños no realizan ninguna actividad física, cualquier actividad inferior a los niveles recomendados será más beneficiosa que no hacer nada en absoluto.

Efectos beneficiosos de la actividad física²⁵:

- Ayuda a desarrollar un aparato locomotor (huesos, músculos y articulaciones) sano.
- Ayuda a desarrollar un sistema cardiovascular (corazón y pulmones) sano.
- Se aprende a controlar el sistema neuromuscular (coordinación y control de los movimientos).
- Ayuda a mantener un peso corporal saludable.

La actividad física se ha asociado también a efectos psicológicos beneficiosos en los jóvenes, gracias a un mejor control de la ansiedad y la depresión. La actividad física puede contribuir al desarrollo social de los jóvenes, dándoles la oportunidad de expresarse y fomentar la autoconfianza, la interacción social y la integración.

Los jóvenes activos adoptan con más facilidad otros comportamientos saludables, como evitar el consumo de tabaco, alcohol y drogas, y tienen mejor rendimiento escolar.

8.5.1.- Actividades para los bebés ^{23,26}

Se recomienda que los bebés cuando están despiertos puedan moverse y jugar boca abajo diariamente, en entornos seguros y vigilados.

Se recomienda sacar a los bebés al aire libre diariamente.

No se recomienda que los bebés vean la televisión, ordenadores, móviles, etc.

8.5.2.- Actividades para niños pequeños que caminan^{23,26}:

Los niños pequeños deben dedicar tiempo para juego libre y actividades diarias al aire libre.

Los niños cuando caminan, siempre que sea posible no deben usar vehículo motorizado o carrito.

Hay que fomentar juegos activos en casa.

No deben ver diariamente la televisión o juegos de pantalla y nunca más de 1 hora.

No se recomienda que los niños coman delante de la televisión.

8.5.3.- Actividades para niños y jóvenes de 5 a 17 años²⁵

Hay que incluir la actividad física en su rutina diaria, ir andando o en bici a la escuela, subir escaleras, etc.

Los niños deben realizar al menos 1 hora de actividad física moderada al día, los obesos más de 1 hora. La actividad física diaria debe ser, en su mayor parte, aeróbica y consiste en juegos, deportes, desplazamientos, actividades recreativas, educación física o ejercicios programados.

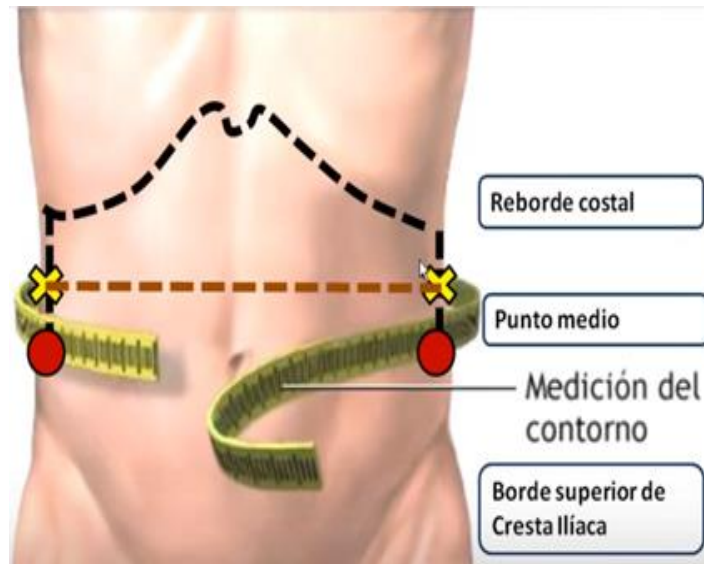
Resulta esencial que se elija el tipo de actividad (fútbol, natación, baile, extraescolares) que más se adapte a las preferencias y habilidades de cada uno, en cada etapa de su vida.

Hay que fomentar actividades físicas en familia: excursiones, nadar todos juntos, montar en bici, etc.

Limitar actividades sedentarias de ocio de pantalla (tv, redes sociales, tablets, videojuegos) a menos de 2 horas al día.

ANEXO 8.6: Medición del perímetro de cintura y tablas de percentiles

Se realiza la medida con la cinta yuxtapuesta a nivel horizontal, a la altura del punto medio entre cresta ilíaca y décima costilla, con el paciente de pie, con ambos brazos al costado del cuerpo y al final de la espiración²⁷. Las tablas de percentiles son de uso extendido en nuestro medio¹⁰. Se recomienda como punto de corte el percentil 90.



PERIMETRO CINTURA MUJERES (cm)

EDAD	n	MEDIA	DE	P3	P10	P25	P50	P75	P90	P97	EDAD
2 a	81	47,42	3,74	41,89	43,60	45,50	47,86	50,54	53,28	56,37	2 a
2,5 a	67	49,69	4,09	42,95	44,67	46,59	48,97	51,67	54,43	57,53	2,5 a
3 a	84	49,80	3,18	43,75	45,49	47,43	49,84	52,58	55,38	58,53	3 a
3,5 a	60	49,38	4,16	44,35	46,11	48,09	50,54	53,34	56,21	59,44	3,5 a
4 a	63	51,47	3,31	44,82	46,61	48,62	51,13	53,99	56,95	60,30	4 a
4,5 a	55	52,89	4,68	45,20	47,02	49,07	51,64	54,59	57,65	61,14	4,5 a
5 a	70	53,30	4,70	45,53	47,39	49,49	52,13	55,17	58,34	61,98	5 a
5,5 a	69	53,15	4,38	45,86	47,75	49,90	52,61	55,75	59,05	62,85	5,5 a
6 a	87	53,03	5,07	46,20	48,13	50,33	53,12	56,37	59,79	63,77	6 a
6,5 a	90	53,85	4,69	46,57	48,55	50,81	53,67	57,02	60,57	64,73	6,5 a
7 a	84	54,17	4,71	46,99	49,02	51,33	54,28	57,73	61,41	65,74	7 a
7,5 a	77	54,96	5,82	47,47	49,54	51,91	54,94	58,50	62,31	66,81	7,5 a
8 a	98	57,21	5,78	48,01	50,13	52,55	55,66	59,32	63,25	67,91	8 a
8,5 a	86	56,62	4,84	48,61	50,77	53,25	56,43	60,20	64,24	69,05	8,5 a
9 a	74	58,60	4,89	49,27	51,47	54,01	57,26	61,11	65,26	70,22	9 a
9,5 a	67	58,22	5,68	49,98	52,22	54,80	58,12	62,06	66,31	71,39	9,5 a
10 a	72	60,27	5,58	50,73	53,01	55,63	59,01	63,03	67,36	72,56	10 a
10,5 a	78	60,54	6,56	51,51	53,82	56,49	59,92	64,00	68,41	73,70	10,5 a
11 a	87	63,37	7,18	52,30	54,64	57,34	60,82	64,96	69,44	74,81	11 a
11,5 a	69	62,54	5,72	53,09	55,46	58,19	61,71	65,89	70,42	75,86	11,5 a
12 a	70	62,74	5,58	53,87	56,26	59,01	62,56	66,78	71,35	76,84	12 a
12,5 a	64	62,72	6,42	54,63	57,03	59,80	63,37	67,61	72,21	77,74	12,5 a
13 a	51	65,00	6,21	55,34	57,75	60,53	64,11	68,37	72,99	78,54	13 a
13,5 a	57	66,13	5,03	56,00	58,41	61,19	64,78	69,05	73,68	79,24	13,5 a
14 a	55	65,93	6,05	56,59	59,01	61,79	65,37	69,64	74,26	79,83	14 a
14,5 a	69	66,58	6,05	57,12	59,53	62,30	65,87	70,13	74,75	80,32	14,5 a
15 a	66	67,17	6,40	57,57	59,96	62,72	66,29	70,53	75,13	80,69	15 a
15,5 a	56	66,69	5,45	57,94	60,32	63,07	66,61	70,83	75,42	80,97	15,5 a
16 a	40	67,38	6,85	58,24	60,61	63,33	66,85	71,06	75,63	81,17	16 a
16,5 a	70	68,15	5,75	58,47	60,82	63,53	67,03	71,21	75,77	81,30	16,5 a
17 a	100	68,07	6,78	58,66	60,99	63,67	67,15	71,32	75,87	81,40	17 a
17,5 a	75	68,46	6,05	58,80	61,12	63,79	67,25	71,41	75,95	81,51	17,5 a
18 a	60	68,07	6,71	58,94	61,24	63,91	67,36	71,51	76,07	81,65	18 a

PERIMETRO CINTURA VARONES (cm)

a: años

EDAD	n	MEDIA	DE	P3	P10	P25	P50	P75	P90	P97	EDAD
2 a	104	47,71	3,18	42,83	44,25	45,83	47,78	49,97	52,18	54,60	2 a
2,5 a	63	48,90	2,88	43,77	45,23	46,85	48,85	51,13	53,46	56,10	2,5 a
3 a	96	49,66	2,90	44,59	46,08	47,74	49,81	52,16	54,59	57,38	3 a
3,5 a	68	51,34	4,06	45,31	46,83	48,54	50,67	53,11	55,64	58,55	3,5 a
4 a	80	52,59	3,87	45,96	47,52	49,27	51,47	54,00	56,63	59,67	4 a
4,5 a	72	53,24	3,67	46,56	48,16	49,96	52,24	54,87	57,62	60,80	4,5 a
5 a	70	54,10	4,45	47,13	48,77	50,63	52,99	55,74	58,63	61,99	5 a
5,5 a	77	54,59	5,19	47,68	49,37	51,29	53,75	56,63	59,69	63,28	5,5 a
6 a	82	54,49	4,15	48,24	49,98	51,97	54,52	57,55	60,80	64,67	6 a
6,5 a	94	55,07	4,44	48,81	50,60	52,66	55,33	58,52	61,99	66,19	6,5 a
7 a	75	55,92	4,02	49,40	51,24	53,38	56,17	59,53	63,25	67,84	7 a
7,5 a	72	57,33	5,25	50,02	51,92	54,14	57,05	60,60	64,59	69,61	7,5 a
8 a	78	58,23	6,16	50,68	52,64	54,94	57,97	61,72	65,99	71,49	8 a
8,5 a	96	59,82	6,12	51,37	53,39	55,77	58,94	62,89	67,45	73,45	8,5 a
9 a	70	62,97	8,14	52,11	54,19	56,65	59,95	64,10	68,95	75,47	9 a
9,5 a	85	64,23	7,30	52,89	55,03	57,56	60,99	65,34	70,48	77,53	9,5 a
10 a	96	63,53	6,29	53,71	55,90	58,52	62,06	66,60	72,03	79,60	10 a
10,5 a	91	65,57	9,30	54,57	56,81	59,50	63,16	67,88	73,58	81,64	10,5 a
11 a	86	64,74	7,00	55,46	57,76	60,51	64,27	69,15	75,11	83,62	11 a
11,5 a	82	65,96	6,33	56,39	58,73	61,54	65,39	70,42	76,59	85,52	11,5 a
12 a	93	68,03	8,29	57,35	59,72	62,58	66,51	71,67	78,03	87,29	12 a
12,5 a	84	69,19	7,35	58,32	60,72	63,63	67,63	72,88	79,39	88,93	12,5 a
13 a	76	70,85	9,56	59,31	61,74	64,67	68,72	74,05	80,66	90,40	13 a
13,5 a	82	71,26	8,28	60,30	62,75	65,71	69,79	75,16	81,84	91,70	13,5 a
14 a	83	72,07	7,60	61,30	63,76	66,73	70,83	76,22	82,92	92,81	14 a
14,5 a	60	73,70	9,74	62,29	64,75	67,73	71,83	77,21	83,89	93,73	14,5 a
15 a	83	73,27	8,47	63,26	65,72	68,70	72,79	78,14	84,76	94,47	15 a
15,5 a	74	76,24	7,75	64,20	66,67	69,63	73,69	79,00	85,53	95,05	15,5 a
16 a	78	76,46	9,80	65,12	67,57	70,52	74,55	79,80	86,22	95,50	16 a
16,5 a	127	77,51	8,39	65,99	68,44	71,37	75,37	80,54	86,84	95,86	16,5 a
17 a	96	78,57	8,08	66,82	69,26	72,17	76,13	81,24	87,42	96,18	17 a
17,5 a	117	76,81	6,46	67,60	70,03	72,93	76,86	81,91	87,99	96,54	17,5 a
18 a	121	79,25	8,13	68,31	70,74	73,64	77,56	82,58	88,61	97,02	18 a

9. Bibliografía

- 1.- Organización Mundial de la Salud. Informe de la Comisión para acabar con la obesidad infantil. Ginebra: OMS; 2016. Disponible en:
<http://www.who.int/end-childhood-obesity/publications/echo-report/es/>
- 2.-Wijnhoven TM, van Raaij JM, Spinelli A, Starc G, Hassapidou M, Spiroski I, et al. WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative: body mass index and level of overweight among 6-9-year-old children from school year 2007/2008 to school year 2009/2010. BMC Public Health 2014; 14: 806.
- 3.- Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición. Estudio ALADINO 2013. Estudio de Vigilancia del Crecimiento, Alimentación, Actividad Física, Desarrollo Infantil y Obesidad en España 2013. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad Madrid; 2014. Disponible en:
http://www.aecosan.msssi.gob.es/AECOSAN/docs/documentos/nutricion/observatorio/Estudio_ALADINO_2013.pdf
- 4.-Lasarte-Velillas JJ et al. Estimación de la prevalencia de sobrepeso y obesidad infantil en un sector sanitario de Zaragoza utilizando diferentes estándares de crecimiento. An Pediatr 2015;82(3):152-8.
- 5.-Espín-Ríos MI, Pérez-Flores D, Sánchez Ruíz JF y Salmerón Martínez D. Prevalencia de obesidad infantil en la Región de Murcia, valorando diferentes referencias para el índice de masa corporal. An Pediatr 2013;78(6):374-81.
- 6.- Instituto de Salud Pública y laboral de Navarra. Tendencias del sobrepeso y la obesidad en los niños de 2 a 14 años entre 2006 y 2015. Boletín de Salud Pública de Navarra: Navarra; 2015.
- 7.- Serra-Majem L, Ribas L, Ngo J, Ortega RM, García A, Pérez-Rodrigo C, Aranceta J. Food, youth and Mediterranean diet in Spain. Development of KIDMED, Mediterranean Diet Quality Index in children and adolescents. Public Health Nutr 2004;7:931-5.
- 8.- Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Protocolo de Atención al sobrepeso y a la obesidad infantil en atención primaria de salud. Intervención individual. Plan integral de obesidad infantil de Andalucía; 2014 (consultado el 15 de Enero de 2016). Disponible en:

<http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/distritomalaga/docs/cuidados/Protocolo%20Intervencion%20Individual%20PIOBIN.pdf>

9.- WHO: Multicentre Growth Reference Study Group. WHO Child Growth Standards: Length/Height-for-Age, Weight-for-Age, Weight-for-Length, Weight-for-Height and Body Mass Index-for-Age: Methods and Development. Geneva, WHO, 2006.

10.- Fernández C, Lorenzo H, Vrotsou K, Aresti U, Rica I, Sánchez E. Estudio de crecimiento de Bilbao curvas y tablas de crecimiento (Estudio transversal) Bilbao: Fundación Faustino Orbegozo Eizaguirre; 2011.

11. Zimmet P et al. IDF Consensus Group. The metabolic syndrome in children and adolescents – an IDF consensus report. *Pediatric Diabetes* 2007; 8: 299–306.

12. Task Force for Blood Pressure in Children National High Blood Pressure Education Program Working Group on High Blood Pressure in Children and Adolescents. American Academy of Pediatrics. The Fourth Report on the Diagnosis, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure in Children and Adolescents. *Pediatrics* 2004;114 (2 Suppl): 555-76.

13. Versión española del Pediatric Sleep Questionnaire. Un instrumento util en la investigación de los trastornos del sueño en la infancia. Análisis de su fiabilidad. *An Pediatr (Barc)*.2007;66:121-8. Se puede descargar este cuestionario desde

<http://www.sepeap.org/wp-content/uploads/2014/02/7.pdf>. Consultado 14/02/2017

14. Alonso Álvarez ML, Cordero-Guevara JA, Terán-Santos J, González-Martínez M, Jurado-Luque MJ, Corral-Peñafiel J, Durán-Cantolla J, Kheirandish-Goza L, Gozal D, de la Red Española del Sueño. Apnea obstructiva del sueño en niños residentes en la comunidad obesos: estudio NANOS. *SLEEP* 2014; 37 (5):943-9.

15.- García Reyna NI. Niños en movimiento: tratamiento de la obesidad infantil, una nueva forma de abordar un viejo problema. En: AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2010. Madrid: Exlibris Ediciones; 2010. p.65-77.

16.- Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición (AECOSAN). Encuesta Nacional de Alimentación en Niños y Adolescentes. Madrid: MSSSI; 2013. Disponible en <http://www.aecosan.msssi.gob.es/>

- 17.- Lama More RA, Alonso Franch M, Gil-Campos M, Lis Trabazo R, Martínez Suarez V, Morais López A et al. Obesidad Infantil. Recomendaciones Asociación Española de Pediatría. Parte I. Prevención. Detección precoz. Ann Pediatr 2006;65 (6):607-15.
- 18.- Ferrer B, Dalmau J, Ortega S, González P. Alimentación del niño de 1 a 3 años. Madrid: Ergon; 2004.
- 19.- Martínez Rubio, A. Grupo PrevInfand. "El consejo dietético en Atención Primaria dirigido a la prevención de la obesidad infantil". Form Act Pediatr Aten Prim 2013;6(4) 292-8.
- 20.- Polanco Allué I. Alimentación del niño en edad preescolar y escolar. An Pediatr. 2005;03 Supl 1:54-63 Vol 03
- 21.- Dalmau J. Nutrición en la infancia y adolescencia. En: Carbajal A, Martínez C. Manual práctico de nutrición y salud. Madrid. Exlibris Ediciones, 2012. P207-221
- 22.- Baker.Kusi-Achampay. Walker y Davison 2011. Peel health library. Effective public health Interventions in the prevention of obesity in children from birth to 6 years: a rapid review of the evidence. Canada Reguin Peel; 2011.
- 23.- Benjamin Neelon. Sara E, et al. "Preventing Obesity in Infants and Toddlers in Child Care: Results from a Pilot Randomized Controlled Trial" . Matern Child Health J 2014; 18:1246–57.
- 24.- Natale RA, Messiah SE, Asfour L, Uhlhorn SB, Delamater A, Arheart KL. "Role modeling as an early childhood obesity prevention strategy: effect of parents and teachers on preschool children's healthy lifestyle habits". J Dev Behav Pediatr 2014;35(6):378-87.
- 25.- Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. La actividad física en los jóvenes. Niveles recomendados de actividad física para la salud de 5 a 17 años.Ginebra:OMS;2014.
http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_young_people/es. Visitada 17/01/2017
- 26.- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Actividad Física para la Salud y Reducción del Sedentarismo. Recomendaciones para la población. Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS: Madrid; 2015.

https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/Recomendaciones_ActivFisica_para_la_Salud.pdf

27.- Freedman DS, Sherry B. The validity of BMI as an indicator of body fatness and risk among children. *Pediatrics* 2009;124(Suppl I): S23-34.