

PROFILAXIA OBEZITĂȚII LA COPIL ȘI ADOLESCENT ÎN MEDICINA DE FAMILIE

Obesity prevention in children and teenagers in family medicine

Șef Lucr. Dr. Adriana Cosmescu, Conf. Dr. Doina Felea,
Asist. Univ. Dr. Liliana Barbacariu, Asist. Univ. Dr. Antoneta Petroaie,
Asist. Univ. Dr. Mihaela Manole

Disciplina Medicină de Familie, Universitatea de Medicină și Farmacie „Gr. T. Popa”, Iași

REZUMAT

Obezitatea este o problemă majoră de sănătate, cu o prevalență în creștere în rândul copiilor și adolescenților. Un rol crucial în prevenirea acestei afecțiuni îl are medicul de asistență primară, care poate interveni asupra tuturor membrilor familiei, în primul rând prin promovarea unui stil de viață sănătos. De asemenea, medicul de familie poate face selecția grupelor de risc (antecedentele heredo-colaterale, greutatea la naștere, vârsta, obiceiuri alimentare ș.a.) pentru obezitate, asupra cărora va acționa în scop preventiv.

Cuvinte cheie: obezitate, copil, medic de familie, prevenție

ABSTRACT

Obesity is a major public health issue, with an increasing prevalence among children and teenagers. A crucial role in preventing this disease belongs to the primary care physician, who can interact with all family members, promoting a healthy lifestyle. The family physician may also select the risk groups for obesity (family history, weight at birth, nutritional habits, etc.) and operate in a preventive manner on everyone of them.

Key words: obesity, children family physician, prevention

IMPORTANȚA PROBLEMEI, DATE EPIDEMIOLOGICE

Dacă în secolul trecut omenirea se confrunta cu malnutriția și bolile infecțioase, în zilele noastre obezitatea a devenit o problemă majoră de sănătate, afectând calitatea și durata vieții pacienților.

Alarmant este faptul că această afecțiune afectează toate grupele de vârstă, având o prevalență din ce în ce mai mare în rândul copiilor și adolescenților.

În lume, aproximativ 155 de milioane de copii și adolescenți cu vârsta între 5-17 ani au exces ponderal, 30-45 de milioane dintre aceștia fiind obezi (1). În ce privește copiii sub 5 ani, dacă în 2002 statisticile OMS arătau 22 de milioane de copii obezi (2), datele din 2010 estimează un număr de 42 de milioane de copii supraponderali sub 5 ani (3). Aceste cifre susțin afirmația că obezitatea a atins proporții epidemice în unele țări.

Astfel, în SUA, datele existente în prezent arată o prevalență globală a obezității de 17% la copiii și

adolescenții cu vârste între 2 și 19 ani, iar în Marea Britanie 15% dintre copiii de 2-11 ani sunt obezi și 15% supraponderali (2). Modificarea obiceiurilor alimentare (inclusiv creșterea consumului de alimente hipercalorice) și sedentarismul au condus la triplarea incidenței obezității în Australia, America de Nord, Marea Britanie, Europa de Est sau China, din 1980 până în 2002 (2).

În Europa, din cei 14 milioane de copii cu exces ponderal, circa 3 milioane sunt obezi (1), cifrele existente arătând că peste 20% dintre copiii și adolescenții cu vârsta între 5 și 17 ani sunt supraponderali sau obezi.

În altă ordine de idei, dacă în trecut excesul ponderal era asociat cu țările industrializate, în prezent obezitatea se întâlnește și în țările în curs de dezvoltare prin implicarea factorilor de mediu cum ar fi urbanizarea, modificarea stilului de viață, dezvoltarea economică ș.a.

Adresa de corespondență:

Șef Lucr. Dr. Adriana Cosmescu, Universitatea de Medicină și Farmacie „Gr. T. Popa”, Str. Universității Nr. 16, Iași

DEFINIȚIE

Obezitatea se definește ca un exces ponderal peste percentila 95, sau mai mare de 2 deviații standard, sau mai mare de 20% (30% după alți autori), raportat la greutatea medie normală în funcție de vârstă, talie și sex (4).

International Obesity Task Force (IOTF) a validat indicele de masă corporală IMC pentru definirea supraponderii și obezității astfel: supraponderali sunt copiii cu IMC peste percentila 85, corespunzător vârstei și sexului, iar copiii obezi sunt cei cu IMC peste percentila 95 pentru vârstă și sex (5). Obezitatea severă este definită de un IMC mai mare de percentila 99 iar obezitatea morbidă de $IMC > 40 \text{ kg/m}^2$ (1).

ETIOLOGIA ȘI COMPLICAȚIILE OBEZITĂȚII

Obezitatea este o boală multifactorială ce apare datorită intervenției combinate a factorilor genetici și a factorilor de mediu (6). Se cunosc în prezent aproximativ 200 de gene de „susceptibilitate” pentru obezitate, obezitatea fiind o maladie multi-genică în marea majoritate a cazurilor (1).

Factorii de mediu (socio-economici, psihologici și educaționali) condiționează, la cei cu fond genetic predispozant, apariția obezității prin modificarea comportamentului alimentar și față de activitatea fizică.

Gravitatea și importanța acestei afecțiuni rezultă din comorbiditățile ce pot apărea și care afectează nu numai calitatea dar și durata vieții acestor pacienți. Complicația cea mai importantă a obezității copilului este reprezentată de riscul apariției obezității la vârsta de adult, unul din 3 copii obezi devenind un adult obez. (7)

Dintre complicațiile obezității menționăm: complicații metabolice (scăderea toleranței la glucoză, diabet zaharat de tip 2, sdr. metabolic, steatoză hepatică); endocrine (dezvoltare pubertară precoce, boala ovarelor polichistice); cardiovasculare (HTA); respiratorii (apneea obstructivă în somn; scheletale (boala Blount, coxa vara; cutanate (piodermite, intertrigo); psihologice (tulburări de comportament, scăderea stimei de sine).

PROFILAXIE

În profilaxia obezității, un rol esențial îi revine medicului de familie care are posibilitatea de a promova un stil de viață sănătos prin educarea tuturor membrilor familiei. De asemenea, medicul de familie poate acționa direct asupra grupelor cu risc de supraponderare și obezitate.

Selecția grupelor de risc vizează antecedentele heredo-colaterale, greutatea la naștere, obiceiurile alimentare familiale, vârsta, factorii socio-economici și apartenența etnică (5).

Este cunoscut faptul că riscul unui copil de a deveni obez este de 80% când ambii părinți sunt obezi și de 40% dacă doar un părinte este obez (6).

Atunci când părinții sunt normoponderali, riscul este de 4 ori mai mic, respectiv de 20%. Subliniem încă o dată importanța profilaxiei obezității copilului încă din perioada de sugar și responsabilizarea părinților în acest sens.

În ce privește greutatea la naștere, se pare că o greutate normală asociată cu alimentația naturală crește considerabil șansa acestor copii de a deveni adulți normoponderali. În opoziție, atât copiii cu greutate mică, cât și cei cu greutate mare la naștere au un risc crescut de dezvoltare a obezității. Astfel, s-a demonstrat, de către Seidman și colab., un risc de obezitate de 4 ori mai mare la copiii cu o greutate mai mare de 4.500 grame la naștere, în timp ce alți autori au demonstrat corelația între greutatea mică la naștere și obezitate (Carney și colab.). Se pare că greutatea mică la naștere crește riscul depunerii de tip central a țesutului adipos la adolescență.

Alimentația naturală ar reduce incidența obezității la copil și, de asemenea, a mamei care alăptează. Într-un studiu efectuat de Harder și colab. s-a demonstrat relația invers proporțională între durata alăptării la sân și riscul de a deveni supraponderal (8). Referitor la vârstă, se pare că sunt 3 perioade critice în dezvoltarea obezității la copil: perioada perinatală, perioada de preșcolar și școlar mic și adolescența.

Perioada perinatală este deosebit de importantă, deoarece în ultimul trimestru de sarcină, precum și în primele luni de viață are loc o creștere rapidă a țesutului gras cu un maxim de dezvoltare în luna a nouă.

Între 3 și 10 ani există altă perioadă critică în dezvoltarea obezității, tot datorită hiperplaziei adipocitare. Este vorba de perioada de rebound a obezității, a doua perioadă de dezvoltare a țesutului adipos care începe în jurul vârstei de 6 ani și continuă până la vârsta adultă (5). Există studii ce demonstrează că aproximativ 50% dintre preșcolarii supraponderali vor deveni adulți supraponderali, riscul de a deveni adult obez fiind crescut până la 75% la copiii cu unul sau ambii părinți cu exces ponderal (4).

La adolescență, a treia perioadă critică de dezvoltare a obezității, au loc modificări cantitative și de distribuție a țesutului adipos. Riscul de obezitate este mai mare la fete la care, după Cheek, țesutul adipos crește în cursul adolescenței de la 17% din greutate la 24%, spre deosebire de băieți, la care depozitele de țesut gras scad în această perioadă (5).

Referitor la obiceiurile alimentare, acestea se formează în prima parte a vieții, modelul stilului de viață fiind influențat de modelul parental. S-a observat că obiceiurile și preferințele alimentare sunt aproape similare la copii și părinți. În acest sens, personalul sanitar, respectiv medicul de familie, va informa părinții în legătură cu nevoile calorice ale

copilului, conceptul de alimentație sănătoasă și importanța activității fizice.

Aceste informații vor fi explicate mai facil prin intermediul piramidei alimentare (Fig. 1) în care pot fi vizualizate grupele de alimente ce trebuie consumate, precum și numărul de porții din fiecare tip de aliment (9).

În cazul copiilor cu tendință de creștere mai accentuată în greutate, medicul de familie trebuie să depisteze și să remedieze obiceiurile alimentare greșite. Consumul de fructe, de legume și de cereale trebuie încurajat de la cele mai mici vârste, spre deosebire de alimentele de tip fast food (hipercalorice și bogate în lipide) ce ar trebui evitate. Se va recomanda ca, la desert, copiii să primească preponderent fructe și mai rar dulciuri concentrate, fiind preferate cele făcute în casă (clătite, papanași, colțunași, budinci ș.a.). Sucurile din comerț ar trebui înlocuite cu sucuri naturale făcute în casă și, pe cât posibil, să se evite snacksurile, chipsurile ș.a., în general alimentele cu un conținut crescut de lipide. Foarte important este să li se explice părinților că nu trebuie interzis nici un aliment, dar trebuie să aibă grijă la cantitatea acestuia și cât de frecvent este consumat.

Deoarece nevoile energetice variază în funcție de perioada de dezvoltare și de rata creșterii, este important să promovăm autoreglarea (4), permițându-i copilului să-și stabilească singur aportul alimentar, lucru greu acceptat de majoritatea părinților.

Obiceiurile alimentare ale copiilor sunt influențate și de școală, deoarece elevii consumă o mare

parte din alimente la școală. Mediul școlar este din acest punct de vedere important în dezvoltarea obiceiurilor alimentare și cele privind activitatea fizică, dar și un cadru optim pentru intervenții cum ar fi implementarea unor programe educaționale de prevenire a obezității. Activitatea fizică trebuie încurajată de la cele mai mici vârste, iar timpul petrecut în fața ecranelor (televizor, calculator, jocuri video) redus la maximum două ore pe zi.

Nivelul socio-economic al familiei este un alt factor ce trebuie luat în considerare în prevenția obezității infantile.

În familiile cu statut socio-economic scăzut, dieta copiilor este mai puțin diversificată și mai bogată în lipide și glucide, în aceste familii existând și concepția că un copil gras este un copil sănătos.

Prevenirea obezității se realizează prin dietă adecvată, activitate fizică și modificarea stilului de viață, fiind influențată în principal de familie, de intervenția medicului de asistență primară, de școală, precum și de unii factori sociali, economici și politici. Practic, încercările de prevenție trebuie să țină cont de contextul familial, al comunității și al culturii de care copilul aparține. În prezent, pot fi promovate următoarele strategii de profilaxie care solicită intervenția acestor factori: ridicarea nivelului de educație sanitară a populației; creșterea calității ofertei de produse alimentare sănătoase; creșterea accesibilității acestor produse prin stabilirea unor prețuri scăzute; creșterea accesului la activitatea fizică.

Subliniem încă o dată importanța școlii în profilaxia obezității prin includerea în programa școlară a orelor de educație nutrițională și igienă alimentară, precum și implicarea mass-media în realizarea de programe de prevenire a obezității.

În concluzie, se poate afirma că obezitatea copilului este o problemă de sănătate publică atât prin creșterea prevalenței, cât și prin efectele pe termen lung asupra sănătății.

BIBLIOGRAFIE

1. Popa I., Brega D. – Obezitatea la copil și adolescent – Revista Medicală Română – vol. LVI, Nr. 3, 2009, pag. 197-202.
2. Panaite C., Elian V. – Obezitatea – inamicul public nr. 1. În: Cheța D. (ed.), Cum să trăim mai mult și mai bine, Editura Academiei Române, București, 2008, 297-320.
3. WHO – Childhood overweight and obesity. Disponibil pe: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood/en/>
4. Popa I., Brega D., Alexa A., Dragan M., Raica M. – Obezitatea copilului și țesutul adipos – Editura Mirton, Timișoara, 2001.
5. Popa A., Oltean C. – Particularități ale obezității copilului - Revista pentru educație medicală continuă, Vol.1, Nr. 7, 2003, pag. 135-143.
6. Răcaru V. – Genetica Obezității - Revista pentru educație medicală continuă, Vol.1, Nr. 7, 2003, pag. 37-43.
7. WHO – Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation, Geneva, 3-5 iunie 1997.
8. Harder T., Bergmann R., Kallschnigg G., Plagemann A. – Duration of breastfeeding and risk of overweight: a metaanalysis. *Am J Epidemiol* 162:397-403, 2005.
9. Graur M. – Ghid pentru alimentația sănătoasă, Editura Performantica Iași, 2006.



FIGURA 1. Piramida alimentară