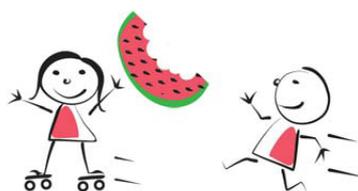


**PROTOCOLO DE ATENCIÓN AL SOBREPESO Y
A LA OBESIDAD INFANTIL
EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD.
INTERVENCIÓN INDIVIDUAL.**

PLAN INTEGRAL DE
OBESIDAD INFANTIL
DE ANDALUCÍA



INDICE CONTENIDOS

1	INTRODUCCIÓN	3
1.1	Magnitud del problema.....	3
1.2	Aspectos claves para el abordaje del sobrepeso/obesidad en la infancia:	4
2	ALGORITMO DE ACTUACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA	5
3	POBLACIÓN DIANA. CRITERIOS DE ENTRADA AL PROGRAMA. CAPTACIÓN DE PACIENTES. VALORACIÓN DE LA PREDISPOSICIÓN AL CAMBIO DE PACIENTES Y FAMILIAS.	6
4	CUESTIONES A TENER EN CUENTA DE CARA A LA INTERVENCIÓN.....	8
5	PRIMERA VISITA. ASPECTOS CLAVE	10
6	PLAN DE TRATAMIENTO. PROPUESTA DE SESIONES.....	12
6.1	Propuesta de segunda visita.....	12
6.2	Propuesta de tercera visita.	14
6.3	Propuesta de cuarta visita	15
6.4	Propuesta de quinta visita.....	15
6.5	Propuesta de visitas 6, 7 Y 8.....	16
6.6	Visita de seguimiento	17
7	LISTADO DE ANEXOS.....	17
8	BIBLIOGRAFÍA.....	17

1 INTRODUCCIÓN

1.1 Magnitud del problema.

Se ha producido un inexorable cambio en el balance energético durante los últimos veinte años. Una combinación de la disminución de la actividad física, el aumento del sedentarismo y el consumo excesivo de calorías ha dado como resultado un aumento incesante de las tasas de obesidad en la infancia, en la adolescencia y en la etapa adulta.

La **situación de la obesidad infantil en Andalucía**, al igual que en el resto de las sociedades occidentales, es preocupante. Ya en el año 1998-2000 los datos que aportaba el Estudio EnKid ⁽¹⁾ sobre la prevalencia de sobrepeso y obesidad en una franja de edad de 2 a 24 años de edad eran alarmantes, sólo Canarias tenía peor situación que Andalucía. Según este estudio, la prevalencia de sobrepeso era 29.4% (>p85) y de obesidad 15.6% (>p97).

Los últimos datos de los que disponemos son los de la **Encuesta Andaluza de Salud 2011** ⁽²⁾ - que por primera vez ha llevado a cabo mediciones antropométricas en una muestra significativa de menores de 2 a 15 años de Andalucía- se observa que el **40.2% los niños** y el **36.2% de las niñas tienen exceso de peso**. En conjunto, el **20.9% de estos menores tienen sobrepeso y el 17.7% obesidad**.

Contamos también con una idea preliminar de la situación del **exceso de peso** en las **gestantes andaluzas** que se sitúa en el **47%** (29.80% con sobrepeso y 17.34 con obesidad en la primera consulta de seguimiento del embarazo). Este hallazgo, pendiente de confirmar con un estudio más exhaustivo, es relevante por las consecuencias que la obesidad en el embarazo tiene tanto para la salud de la madre como de su descendencia.

Desde un enfoque de **desigualdades en salud**, se sabe que la obesidad infantil es más prevalente en los grupos sociales más desfavorecidos y, también, en los menores con problemas de discapacidad.

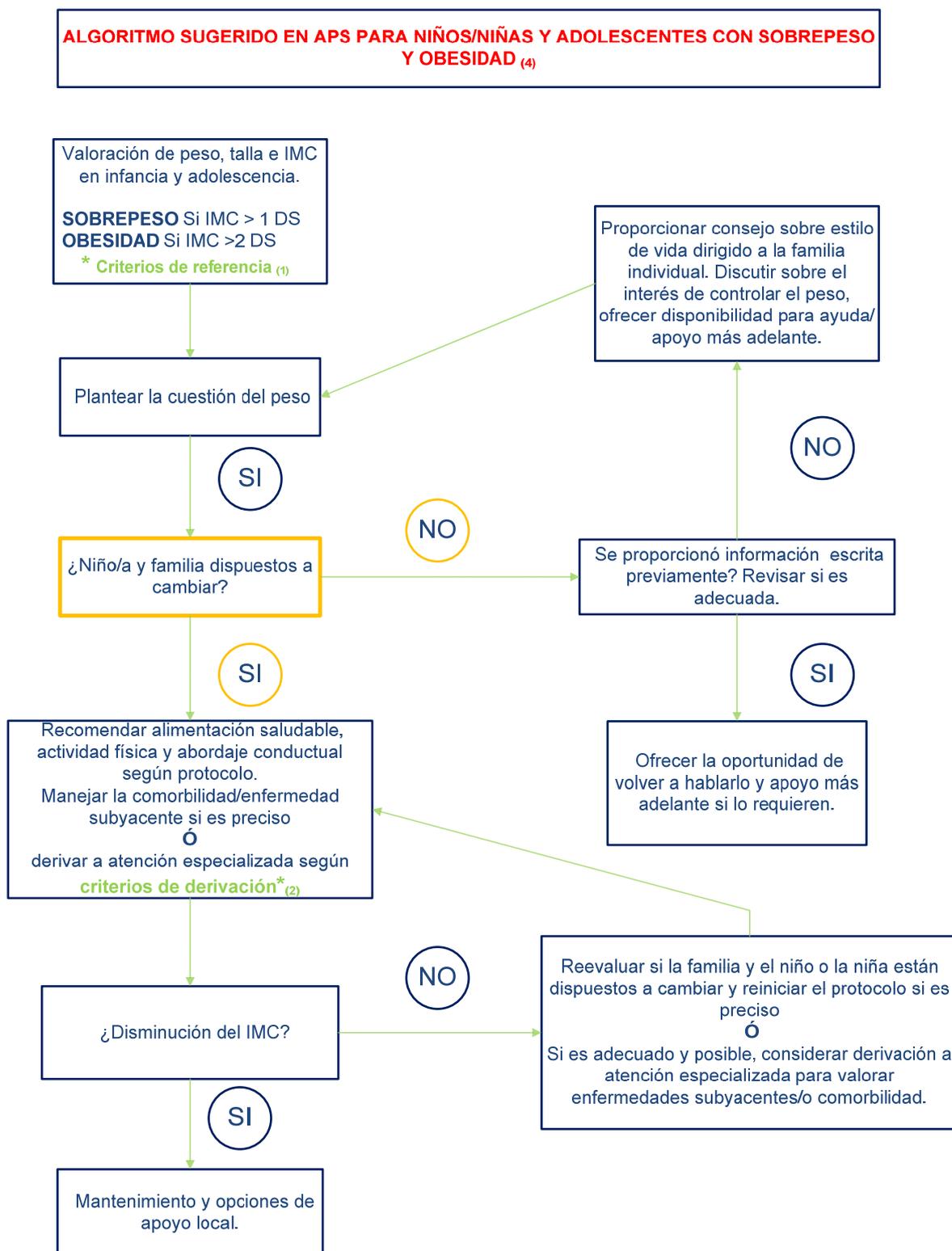
Hay que entender la **epidemia de obesidad infantil** en Andalucía en el contexto de la epidemia en la población adulta y de una sociedad obesogénica. La epidemia en la infancia y en la edad adulta se retroalimentan y perpetúan el problema en el marco de una sociedad obesogénica.



1.2 Aspectos claves para el abordaje del sobrepeso/obesidad en la infancia:

- En la población infantil y adolescente con sobrepeso/obesidad la **intervención dietética no debe ser una actuación aislada** sino que debe llevarse a cabo en el contexto de un **cambio** en el **estilo de vida** que incluya ejercicio físico, tratamiento conductual y **abordaje familiar**. (3)
- En la población con sobrepeso y en la mayoría de los que tienen obesidad el **mantenimiento del peso** se considera un objetivo aceptable ya que lleva consigo un descenso del IMC. En aquellos que presenten comorbilidad o padezcan una obesidad mas severa se requiere una pérdida de peso gradual que no debería exceder de 800 gr. a la semana para la edad de 6 a 18 años (3, 4).
- En el caso de que no se consiga disminuir el IMC, hay que tener en cuenta que la práctica de ejercicio físico y las mejoras en la calidad de la alimentación son logros que hay que destacar porque son **hábitos que favorecen una vida más sana** (5).
- Las intervenciones para promover una alimentación saludable y fomentar la actividad física deben favorecer una **imagen positiva del propio cuerpo** y ayudar a construir y reforzar la autoestima de los menores. Se recomienda prestar especial cuidado para evitar la estigmatización y culpabilización de los menores con sobrepeso o de sus familiares. (3)
- Familia y profesionales deben estar atentos a la **aparición de desórdenes alimentarios** en los menores tratados de obesidad. (4)
- Se recomienda valorar las dinámicas familiares preexistentes, así como la **predisposición al cambio**, tanto en el menor como en el entorno familiar, para poder orientar adecuadamente cualquier intervención frente al sobrepeso o la obesidad. (3)
- Deben establecerse como **OBJETIVOS** del tratamiento la **práctica diaria de 60 minutos mínimos de actividad física moderada** y **limitar el tiempo de pantalla a menos de 2 horas/día**. (4)
- Las **intervenciones conductuales** implican: actividades de autocontrol, establecer metas, control de estímulos, recompensas por alcanzar metas y resolución de problemas. (6)
- El número de **sesiones** y la duración del tratamiento **se adaptarán a las necesidades de cada paciente y de su familia**.
- La eficacia del **tratamiento** está en relación con la **intensidad** del mismo. La U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF) los clasifica en: <10 horas intensidad muy baja; 10-25 horas intensidad baja; 26-75 intensidad moderada y >75 horas intensidad alta. (7)

2 ALGORITMO DE ACTUACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA



* Criterios de referencia:

- Los criterios de referencia están tomados de los estándares de crecimiento y desarrollo infantiles de la OMS (8)
- Se recomienda utilizar la Tabla de valores de IMC para realizar el diagnóstico de sobrepeso y obesidad en la infancia y adolescencia, según sexo y edad correspondientes de la OMS. (9)

*** Criterios de derivación** ⁽³⁾

Se recomienda derivar a la consulta de endocrinología de referencia a:

- Niños, niñas o adolescentes con obesidad y sospecha de enfermedades subyacentes causantes de la misma
- Presencia de obesidad en edades muy tempranas (menores de 2 años).
- Coexistencia de patologías asociadas o grados extremos de obesidad.
- A la unidad de salud mental de referencia si existe patología psiquiátrica asociada.

3 POBLACIÓN DIANA. CRITERIOS DE ENTRADA AL PROGRAMA. CAPTACIÓN DE PACIENTES. VALORACIÓN DE LA PREDISPOSICIÓN AL CAMBIO DE PACIENTES Y FAMILIAS.

POBLACIÓN DIANA: Niños y niñas con sobrepeso y/o obesidad de 5 a 14 años (y sus padres o cuidadores). Se toma esta franja de edad inicialmente por ser la de mayor prevalencia de Sobrepeso/Obesidad en el estudio Enkid ⁽¹⁾. A juicio de cada profesional pueden incluirse otras edades.

CRITERIOS DE ENTRADA AL PROGRAMA.

Desde el año 2008 disponemos de los estándares de crecimiento y desarrollo infantiles de la OMS que son sensiblemente iguales a los puntos de corte de Cole recomendados por la International Obesity Task Force (IOTF) y con la ventaja de poder expresar el IMC utilizando tanto percentiles como desviaciones estándar (DS).

Los **criterios diagnósticos** en población de 5 a 19 años si utilizamos como referencia las tablas y curvas de crecimiento de la OMS ⁽⁸⁾ serían los siguientes:

Diagnóstico SOBREPESO: IMC mayor a 1DS
Diagnóstico OBESIDAD: IMC mayor a 2DS

En el **Anexo 1**: se puede consultar la tabla de IMC para valoración antropométrica infantojuvenil según estándares de la OMS. ⁽⁹⁾

CAPTACIÓN DE PACIENTES:

Se hará de forma oportunista en consulta, urgencias, visitas de seguimiento del programa de salud infantil, a petición de los niños y niñas o de sus familias o por derivación de otros profesionales de salud, educación o trabajo social.

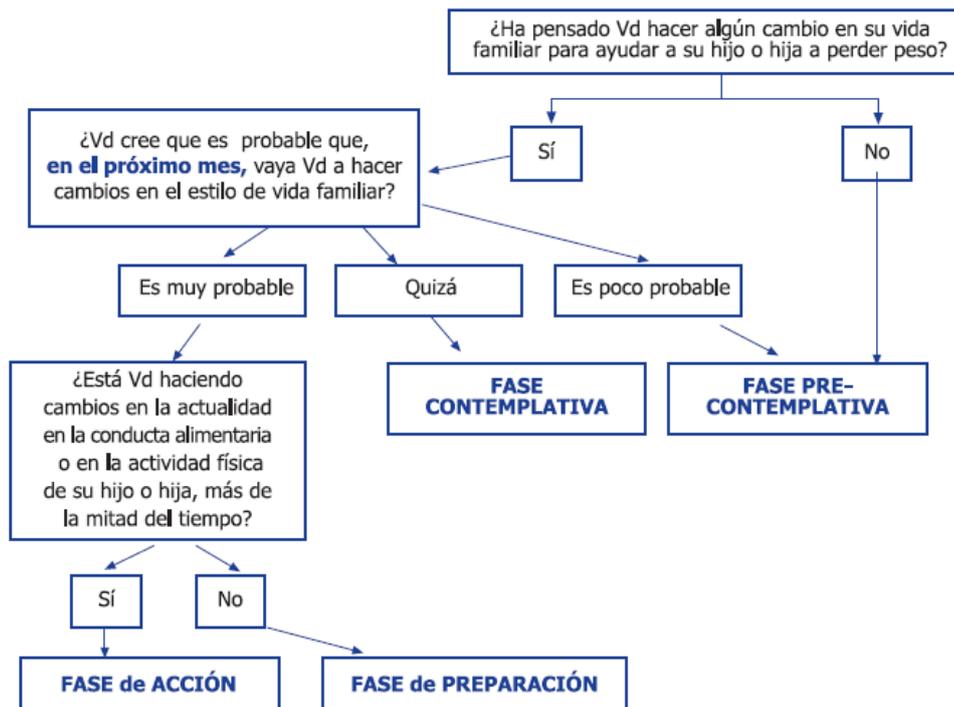
VALORACIÓN DE LA PREDISPOSICIÓN AL CAMBIO DE PACIENTES Y FAMILIAS:

Se recomienda valorar la predisposición al cambio tanto en el menor como en el entorno familiar para poder orientar adecuadamente cualquier intervención frente al sobrepeso o la obesidad. ⁽³⁾

En los niños y niñas en los que se haya detectado sobrepeso u obesidad, se planteará a la familia y a los propios niños y niñas la idoneidad y la posibilidad de trabajar para abordar el exceso de peso. Si la familia y el niño o niña, aceptan se pasa a los siguientes pasos del protocolo.

En el caso de que no estén todavía preparados para su abordaje, se le facilitará consejo básico y materiales de educación para la salud, ofreciéndoles, además, la posibilidad de volver a tratar el problema en futuras consultas.

**ALGORITMO PARA DETERMINAR LA PREDISPOSICIÓN AL CAMBIO EN
PROGENITORES CON HIJOS O HIJAS CON SOBREPESO.**



Fuente: Rhee KE, De Lago CW, Arscott-Mills T, Mehta SD, Davis RK, Factors associated with parental readiness to make changes for overweight children, Pediatrics 2005; 116(1):e94-101.

Tomado del Plan Integral de Obesidad Infantil de Andalucía 2007-2012 (10)

Una vez valorado el estadio de cambio se utilizarán técnicas motivacionales que se basan principalmente en el respeto al paciente (y a la familia), a sus creencias y escalas de valores. Intentan estimular la motivación y favorecer el posicionamiento hacia hábitos sanos enfatizando los puntos de vista del paciente y su libertad de escoger. Persigue, sobre todo, no generar resistencia. (11)

TAREAS Y ESTRATEGIAS ADAPTADAS A LOS ESTADIOS DE CAMBIO.

TAREAS Y ESTRATEGIAS ADAPTADAS A LOS ESTADIOS DE CAMBIO			
ESTADIOS	TAREAS	ESTRATEGIAS	
PRECONTEMPLATIVO (no ve el problema)	<ul style="list-style-type: none"> . Priorizar el hábito y estadiarlo. . Elaborar mapa de creencias. . Trabajar la ambivalencia. . Evitar y trabajar las resistencias. . Aumentar la autoeficacia y la automotivación. 	EMPATIA	<ul style="list-style-type: none"> . Apoyo narrativo . Evitar trampas . Reconocer resistencias
CONTEMPLATIVO (Ve el problema pero con muchas dudas)	<ul style="list-style-type: none"> . Aumentar las contradicciones entre lo que hace y lo que desea 	EMPATIA	<ul style="list-style-type: none"> . Lo anterior . Diario de salud . Hoja de balance
DETERMINACIÓN (Dispuesto a cambiar)	<ul style="list-style-type: none"> . Que el paciente verbalice el compromiso del cambio . Ayudar a elegir la mejor estrategia. . Desarrollar un plan de actuación conjunto. 	EMPATIA	<ul style="list-style-type: none"> . Hacer sumarios . Preguntas activadoras
ACCIÓN (Ha iniciado el cambio)	<ul style="list-style-type: none"> . Aumentar la autoeficacia . Informar sobre otros modelos que han tenido éxito 	EMPATIA	<ul style="list-style-type: none"> . Apoyo narrativo . Preguntas activadoras
MANTENIMIENTO (Mantiene el cambio)	<ul style="list-style-type: none"> . Prevenir recaídas . Aumentar la autoeficacia 	EMPATIA	Identificación conjunta de las situaciones de riesgo y elaboración de estrategias para afrontarlas.
RECAÍDA (Vuelve a la conducta anterior)	<ul style="list-style-type: none"> . Reconstruir positivamente y ayudar a renovar el proceso . Aumentar la autoeficacia y la automotivación. 	EMPATIA	<ul style="list-style-type: none"> . Señalamiento emocional . Reestructuración positiva.

Tomado de: Entrevista motivacional. S Lizarraga, M. Ayarra (11).

4 CUESTIONES A TENER EN CUENTA DE CARA A LA INTERVENCIÓN.

Cuando un menor tiene un IMC mayor a 1DS (sobrepeso) o mayor a 2DS (obesidad) es el momento para un análisis más profundo sobre la alimentación y la actividad física, los antecedentes familiares y la obesidad familiar.

En la mayoría de las familias es fundamental una comprensión clara de su propia historia familiar para conocer el riesgo de obesidad. Hay estudios que demuestran que la obesidad paterna es un riesgo grande y significativo para el desarrollo de obesidad en la siguiente generación. Los progenitores con obesidad deben comprender este riesgo y trabajar con el pediatra o con otros profesionales para desarrollar un plan de cambios en los hábitos de alimentación, de actividad física y sedentarismo en toda la familia, con el objetivo de prevenir o atajar la obesidad en sus hijos o hijas.

Una buena anamnesis familiar enfocada en la obesidad y en la presencia de enfermedades relacionadas con ella puede ayudar a conocer los riesgos a corto y a largo plazo de obesidad para los menores.

Además de enfatizar en los conceptos anteriormente analizados, es probable que progenitores y familiares tengan que mejorar su capacidad de proporcionar una buena nutrición y un buen nivel de actividad física, e influir en ellos centrándose en el balance energético, la estructura de tiempo y hábitos y el modelado de hábitos saludables.

- **Balance energético:** a medida que el menor se adapta al medio, los retos contra un balance energético óptimo aumentan. En una alimentación que en principio podría ser razonable, un aumento de los tentempiés o del tamaño de las porciones puede modificar el balance energético, a menudo sin que los progenitores se den cuenta.
- **Estructura:** la planificación y el manejo del tiempo se vuelven cada vez más importantes, se debe analizar el tiempo después del colegio, para que los padres puedan reestructurarlo para incluir una merienda saludable, el tiempo al aire libre, la cena, las tareas y el tiempo libre. Los fines de semana también pueden ser todo un reto, ya que a menos que planifiquen el tiempo, puede ser un momento para que los niños y las niñas pasen muchas horas frente al televisor o al ordenador.
- **Modelado de hábitos saludables:** los menores a esta edad detectan rápidamente las discrepancias entre lo que sus padres están pidiéndoles que hagan y lo que los padres y madres están realmente haciendo por ellos. También son sensibles respecto de lo que otros niños o niñas están haciendo y sobre las desigualdades respecto de los hermanos y amigos. Los padres y las madres deben ser quienes establezcan los límites generales para una alimentación saludable y un buen nivel de actividad física. ⁽⁵⁾

RECOMENDACIONES BÁSICAS CON LAS QUE VAMOS A TRABAJAR:

1. Los cambios en los estilos de vida se realizarán para toda la familia.
2. Procuraremos hacer énfasis en los mensajes en clave positiva.
3. El mejor modelo para los menores son los miembros de su familia, tanto en temas de alimentación como de actividad física y pantallas.
4. Hay que favorecer la comida en familia y evitar discusiones durante su desarrollo.
5. La alimentación para toda la familia debe ser variada (comer colores) y siguiendo las pautas de la dieta mediterránea.
6. Uno de los objetivos del tratamiento debe ser un desayuno completo todos los días.
7. Es importante no saltarse ninguna comida de las 5 recomendadas.
8. Hay que ser especialmente cuidadosos con la cantidad de grasa utilizada en las comidas (aceite, margarina, nata, cremas).
9. Las familias deben evitar comprar bollería, golosinas, gusanitos, patatas chips, refrescos con azúcar y zumos envasados.
10. No des dinero a tu hijo/a para que se compre algo a media mañana o para la merienda, dale un bocadillo.
11. Sustituir la leche entera y los yogures por productos desnatados.
12. No utilizar los alimentos como premio o castigo.
13. Aumentar las actividades en la familia, tanto al aire libre como en casa.
14. Favorecer la actividad física en la vida cotidiana (ir andando, subir escaleras...) y en las actividades extraescolares.
15. Limitar la televisión y el uso de otras pantallas (ordenador, videoconsolas) a menos de 2 horas diarias.

¿CÓMO EMPEZAMOS?

Para aquellas personas/familias que se encuentren en **estadio de preparación para la acción**, es decir, quieren controlar su peso y modificar su estilo de vida:

- Reforzar su toma de decisión
- Valorar el plan personalizado de tratamiento más adecuado para el/la paciente y la familia.

Fijar una fecha para la primera consulta "**INTERVENCIÓN AVANZADA INDIVIDUAL OBESIDAD INFANTIL (IAI)**":

- Registrar IAI Obesidad Infantil
- Dar cita (Agenda Diraya)

5 PRIMERA VISITA. ASPECTOS CLAVE

Una vez valorada la predisposición al cambio de la familia y si ésta es favorable, los pasos a seguir pueden ser los siguientes:

1. Realizar una **HISTORIA FAMILIAR Y PERSONAL** completa, se debe recoger la siguiente información:

Hª familiar → Conviene recoger información sobre: la etnia, el país de origen, los antecedentes familiares de obesidad (uno u ambos progenitores) y las patologías asociadas (hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, dislipemia o patología coronaria precoz). Registrar, si es posible, el IMC de los miembros de la unidad familiar.

Hª personal → Incidiendo en los antecedentes obstétricos (diabetes gestacional materna) y la antropometría neonatal; la pauta de lactancia (ausencia de lactancia materna o menor de 3 meses) e introducción de la alimentación complementaria, los hitos del desarrollo psicomotor, las enfermedades y/o tratamientos previos o actuales; el momento de inicio y progresión de la ganancia ponderal (rebrote adiposo precoz antes de los 6 años), y la eventual existencia de posibles fenómenos desencadenantes. En la exploración física hacer hincapié en:

- **Peso y talla** (Pesar sin zapatos y sin ropa de abrigo). Anotar edad en años y meses.
- **Calcular el IMC** y tipificar el peso corporal excesivo en SP u OB mediante la utilización de los patrones de crecimiento de la OMS. Se adjunta **Tabla de valores de IMC para el diagnóstico de sobrepeso y obesidad infantojuvenil**. Ver **Anexo 1**
- Se puede utilizar el perímetro de cintura para diagnosticar y valorar el sobrepeso y la obesidad. Aunque no están disponibles las tablas de referencia para comparar. ⁽⁴⁻¹⁰⁾
- Aspecto general (distribución de tejido adiposo, tono muscular, signos de retraso psicomotor).
- Registro de la **presión arterial**, con valoración de percentiles para la edad, la talla y sexo. Ver **Anexo 2**
- Exploración de la piel y las mucosas (ictericia, piel seca, alteraciones de pigmentación, acantosis nigricans, presencia de estrías, acné y/o hirsutismo).
- Rasgos dismórficos faciales y corporales.

- Inspección y palpación de la glándula tiroidea.
 - Presencia de hepatomegalia.
 - Estadio de desarrollo puberal, presencia de ginecomastia en varones. Presencia de adrenarquia prematura. Valorar según Estadíos de Tanner Ver [Anexo 3](#).
 - Menarquia si/no
 - Presencia de alteraciones ortopédicas compensatorias: hiperlordosis, genu valgo.
2. Considerar la realización de una **analítica general**, con determinación de glucosa, colesterol, HDL, LDL, triglicéridos y hormonas tiroideas, para valorar la presencia de otras patologías asociadas.
3. En esta primera consulta se pueden hacer las dos pequeñas encuestas sobre alimentación que se señalan a continuación:
- **Cuestionario de adherencia a la dieta mediterránea** ⁽¹²⁾. Este cuestionario está dirigido a la familia Ver [Anexo 4](#).
 - **Cuestionario Kidmed de alimentación** ⁽¹³⁾, dirigido al niño o niña. Ver [Anexo 5](#).
4. Valoración de la **situación y dinámica familiar**:
- La información sobre la familia puede proporcionar un punto de partida para analizar cómo se toman decisiones sobre la alimentación, la actividad física y el sedentarismo y cómo se incorporan los cambios.
- La forma de ejercer la maternidad y la paternidad son importantes para la familia a la hora de realizar cambios en el estilo de vida.
- Para valorar la **dinámica familiar** se pueden hacer algunas preguntas sencillas o recoger la información a través de la observación ayudándose del **cuestionario sobre dinámica familiar** ⁽¹⁴⁾ Ver [Anexo 6](#).
5. A continuación se indican algunas **herramientas** que pueden ayudar a valorar mejor la situación del paciente y de la familia. Se pueden entregar y explicar los siguientes **cuestionarios** para que los traigan rellenos en la visita siguiente:

- **Cuestionario sobre hábitos alimenticios** ⁽¹⁵⁾. Ver [Anexo 7](#).
- **Autorregistro de comidas**. Registro de comidas y bebidas durante al menos 2 días. No se debe olvidar anotar los refrescos, zumos envasados, Ketchup, batidos y la comida entre horas (picoteo). Anota la cantidad de alimento o bebida con medidas caseras (1 taza, medio vaso, un plato grande). Ver [Anexo 8](#).
- **Cuestionario de actividad física y horas de pantalla** ⁽¹⁶⁾. Ver [Anexo 9](#).
- **Autorregistro de actividad física y horas de pantalla**. Registro de actividad física durante 7 días, incluye días laborables y fin de semana. Se debe anotar el tiempo en horas o minutos que se realiza la actividad. En el caso de las escaleras se puede anotar el número de pisos o el número de escalones que se sube o baja. Ver [Anexo 10](#).

Estos cuestionarios son interesantes para diagnosticar la situación, para que conozcan su situación de partida y sobre todo, para ayudar a establecer objetivos de mejora.

6. Citar para la **próxima visita**:

En este esquema de intervención individual la próxima visita será con un intervalo de 1-2 semanas para hacer coincidir ésta con los resultados de la analítica (si se ha solicitado).

*Es importante que el profesional fomente la **motivación de la familia** para participar en el plan de tratamiento, animándoles a hacer **cambios en su conducta alimenticia, de actividad física y ambiente en el hogar**, haciendo énfasis en el bienestar y en una manera más saludable y placentera de vivir más que en la pérdida de peso. Es importante que sepan que los **cambios van a ser positivos para toda la familia**.*

En el caso de que se haya detectado sobrepeso u obesidad en algún miembro adulto de la familia considerar la posibilidad de remitirle a Consejo dietético intensivo.

6 PLAN DE TRATAMIENTO. PROPUESTA DE SESIONES.

El número de las **visitas de seguimiento y la frecuencia** de las mismas se hará en función de la complejidad del problema en cada caso y de los resultados que se estén obteniendo:

- Los niños y las niñas con **bajo riesgo de complicaciones** relacionadas con la obesidad (físicas, psicológicas o sociales), sin antecedentes de obesidad en la familia y sin complicaciones relacionadas, con datos de laboratorio normales y resultados clínicos satisfactorios (mejora en el estilo de vida y/o disminución en el IMC), pueden tener pocos controles y con carácter mensual o trimestral.
- Los niños y las niñas con **obesidad más marcada** o cuando no hay resultados iniciales satisfactorios y el riesgo de complicaciones relacionadas con la obesidad es alto precisarán más controles y más seguidos.

El **periodo de seguimiento no debe ser inferior a 6 meses** y es **recomendable mantenerlo hasta un año** para asegurar que los cambios son estables y poder evaluarlos. ⁽¹⁷⁾

6.1 Propuesta de segunda visita.

A los 7-15 días aproximadamente después de la valoración inicial

1. El **objetivo** de esta visita es continuar con la valoración de la conducta alimentaria y de actividad física de la familia y del menor, su grado de sedentarismo y el **establecimiento de objetivos** de mejora en alimentación, horas de pantalla y actividad física. Entre los **objetivos de mejora** se encuentran también los de la **alimentación familiar**. En general, utilizaremos para la familia la referencia de la dieta mediterránea.
2. Discutir, si procede, el resultado de los análisis. En el caso de que haya algún valor alterado puede servir de estímulo para mejorar la adherencia de la familia al plan terapéutico.
3. Valorar con el niño o la niña el **REGISTRO DE COMIDAS** (Anexo 8) y establecer **OBJETIVOS** en función de los problemas detectados.

- Si el niño o niña **no desayuna** todos los días, ese debe ser el **primer objetivo** de mejora a incluir, indicándole la importancia del desayuno y las características de un desayuno saludable (leche, fruta y cereales).
- **Posibles objetivos:** por ejemplo se pueden proponer 2 objetivos, limitados y fáciles de cumplir para la próxima visita, a ser posible alguno de ellos en clave positiva, los objetivos deben ser acordados o negociados con el niño o niña, y la familia.
Ejemplo: disminuir algún alimento o bebida hipercalórico (refrescos azucarados, bollería industrial...) y aumentar el consumo de fruta o de ensaladas.
- Establecer con la **familia** algún **objetivo** de mejora en la adherencia a la dieta mediterránea para la próxima visita.

Valorar también el **REGISTRO DE ACTIVIDAD FÍSICA** (Anexo 10) y acordar algún **OBJETIVO** de mejora según problemas detectados. Es recomendable asociar dos objetivos complementarios:

- a. Aumentar **la actividad física de la vida cotidiana** (subir escaleras, ir andando al cole o a los recados, ayudar en las tareas de casa, pasear al perro, jugar, ayudar en el jardín...).
- b. Llevar a cabo una **actividad física programada**. Animar a los padres a que busquen una actividad idónea para su hijo o hija barajando las opciones del entorno.

Ídem con el **REGISTRO DE HORAS DE PANTALLA** (Anexo 10), lo ideal es proponer objetivos que disminuyan la inactividad, por ejemplo sustituir horas de pantalla por horas de actividad física.

Un menor que inicialmente tiene un bajo nivel de actividad física y empieza a realizar actividades cotidianas que impliquen movimiento, obtiene un mejor beneficio para la salud que otro que ya sea más activo.

RECUERDE:

- Es importante seleccionar siempre actividades que gusten a su hijo o hija.
- Si uno de los progenitores le acompaña a realizar alguna actividad puede aprovechar para mejorar la comunicación con su hijo o hija.

La idea de que los **CAMBIOS INCREMENTALES** son efectivos e importantes es crucial para que las familias traten de cambiar los hábitos. Ayudarlos a elegir un **cambio factible, alcanzable y medible** contribuirá a que comprendan que el cambio es posible. Es importante que en la **familia trabajen todos juntos** para efectuar los cambios, ambos progenitores deben estar completamente de acuerdo con los cambios que quieren hacer. ⁽⁴⁾

4. Tanto los **autorregistros** como los **cuestionarios** de alimentación y actividad física pueden proporcionar un punto de partida para la intervención dirigida con los padres en consulta breve.

A través de las preguntas o de los autorregistros se pueden identificar los hábitos que la familia y/o en el niño/a necesitan mejorar y así establecer los aspectos que deben modificarse en primer lugar.

En el **Anexo 11** se muestran algunas **alternativas de posibles objetivos a negociar** ⁽⁵⁾ con la familia y/o niño/a, la forma de establecer estos objetivos es que ellos clasifiquen el grado de dificultad para modificar dicho objetivo.

Se puede utilizar el **REGISTRO DE OBJETIVOS** ⁽¹⁸⁾ para que el niño/a escriba en la propia consulta los objetivos negociados y vaya anotando a lo largo de la semana su grado de cumplimiento. Ver **Anexo 12**.

- En esta visita se recomienda entregar a los padres algunos **materiales de educación para la salud**, como son el **Folleto de Actividad física en familia** y el documento **Consejo sobre alimentación para familias de niños y niñas con exceso de peso**. Estos materiales contienen mensajes similares a los que se van a tratar en las distintas visitas con el menor y la familia.



Además es recomendable aconsejar a las familias que **VISITEN** la **Red de la sandía**, ya que tiene habilitada una parte **publica destinada específicamente para ellas**, allí encontrarán y podrán utilizar todos los recursos y materiales que están disponibles. El enlace a la Red de la Sandía es: www.lareddelasandia.org

- Citar** para **próxima consulta** con intervalo de 7-15 días.

6.2 Propuesta de tercera visita.

A los 7-15 días de la visita anterior

Se utilizarán las mismas herramientas conductuales que en las anteriores sesiones de seguimiento.

En ella se analizarían las posibles recaídas en el entorno familiar, fortalecimiento de los logros obtenidos y reforzamiento de los mismos.

- Repasar **CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS** (alimentación, ejercicio y horas de pantalla), felicitar por los logros, analizar problemas y barreras, discutir posibilidades de superarlas, debatir alternativas para la resolución de problemas.
- PLANTEAR NUEVOS OBJETIVOS** de alimentación saludable, actividad física y horas de pantalla para la visita siguiente que deben recogerse también por escrito como en la consulta anterior en el modelo de registro de cumplimiento de objetivos.
- Repasar cumplimiento de **OBJETIVOS DE LA FAMILIA** (adherencia a la dieta mediterránea, aumento de la actividad física familiar, disminución de las horas de TV...)
- Pesar y medir y volver a calcular el IMC.

En el caso de que no se haya conseguido todavía disminuir el IMC, hay que alentar a la familia para **continuar con los cambios** y recordarle que la práctica de ejercicio físico y las mejoras en la calidad de la alimentación son logros muy positivos para la salud presente y futura independientemente de la pérdida de peso.

5. Aconsejar a las familias que **VISITEN la Red de la sandía**, para utilizar todos los recursos y materiales que están disponibles. www.lareddelasandia.org
6. Citar para próxima consulta con intervalo de 7-15 días.

6.3 Propuesta de cuarta visita.

Con el intervalo que se considere oportuno en función del caso.

Se utilizarán las mismas herramientas conductuales que en las anteriores sesiones de seguimiento.

En ella se analizarían las posibles recaídas en el entorno familiar, fortalecimiento de los logros obtenidos y reforzamiento de los mismos.

1. Repasar **CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS**, felicitar por los logros conseguidos, analizar problemas y barreras, discutir posibilidades de superarlas, debatir alternativas para la resolución de problemas.
2. Plantear **NUEVOS OBJETIVOS** de alimentación saludable, actividad física y horas de pantalla para la visita siguiente que deben recogerse también por escrito como en la consulta anterior.
3. Si se considera oportuno, pesar y medir y volver a calcular el IMC
4. Se les puede pedir que para la próxima visita traigan 3 envases de alimentos que consuma habitualmente para analizar su composición y comentar los nutrientes con sus ventajas e inconvenientes.

Pueden ser interesantes para analizar con ellos alimentos como los cereales de desayuno, zumos envasados y bebidas refrescantes, bollería industrial...
5. Aconsejar a las familias que **VISITEN la Red de la sandía**, para utilizar todos los recursos y materiales que están disponibles. www.lareddelasandia.org
6. Citar para próxima consulta con intervalo de 7-15 días.

6.4 Propuesta de quinta visita

Con el intervalo que se considere oportuno en función del caso.

Se utilizarán las mismas herramientas conductuales que en las anteriores sesiones de seguimiento.

En ella se analizarían las posibles recaídas en el entorno familiar, fortalecimiento de los logros obtenidos y reforzamiento de los mismos.

1. Repasar **CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS**, felicitar por los logros conseguidos, analizar problemas y barreras, discutir posibilidades de superarlas, debatir alternativas para la resolución de problemas.
2. Plantear **NUEVOS OBJETIVOS** de alimentación saludable, actividad física y horas de pantalla para la visita siguiente que deben recogerse también por escrito como en la consulta anterior.
3. Analizar conjuntamente los envases de los productos aportados identificando los ingredientes hipercalóricos y/o poco saludables (azúcares añadidos y grasas). Si se le han olvidado echar mano de alguno disponible en la consulta.
4. Pesar y medir y volver a calcular el IMC.
5. **EVALUAR LA SITUACIÓN**. Si no se han producido avances, volver a hacer autorregistro de comidas para revisar el patrón alimentario, de actividad física y horas de pantalla.

Un punto importante a tener en cuenta durante todo seguimiento, es que las **familias** que han implementado cambios en su estilo de vida pero ven que el impacto sobre el IMC es pequeño **pueden desmotivarse**. Es importante señalar que la práctica de ejercicio físico y las mejoras en la calidad de la alimentación son logros que hay que destacar porque son hábitos que favorecen una vida más sana. ⁽⁴⁾

6. Aconsejar a las familias que **VISITEN la Red de la sandia**, para utilizar todos los recursos y materiales que están disponibles. www.lareddelasandia.org
7. Citar para próxima consulta con intervalo de 7-15 días.

6.5 Propuesta de visitas 6, 7 Y 8

Valorar la necesidad de hacer estas visitas y el intervalo entre ellas según cada caso.

Se utilizarán las mismas herramientas conductuales que en las anteriores sesiones de seguimiento.

En ella se analizarían las posibles recaídas en el entorno familiar, fortalecimiento de los logros obtenidos y reforzamiento de los mismos.

1. Los objetivos de estas consultas son: **REPASAR CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS**, felicitar por los logros conseguidos, analizar problemas y barreras, discutir posibilidades de superarlas, debatir alternativas para la resolución de problemas.
2. Plantear **NUEVOS OBJETIVOS** de alimentación saludable, actividad física y horas de pantalla para la visita siguiente que deben recogerse también por escrito como en las consultas anteriores.
3. Pesar y medir y reevaluar el **IMC**.
4. En caso de no producirse avances, volver a revisar los autorregistros y **EVALUAR LA SITUACIÓN**.
5. Aconsejar a las familias que **VISITEN la Red de la sandia**, para utilizar todos los recursos y materiales que están disponibles. www.lareddelasandia.org

6.6 Visita de seguimiento

Valorar la pertinencia de incluir una visita al año:

Sesión a realizar **al año de inicio del programa de tratamiento**. En esta sesión se planteará la posibilidad de dar el alta en el caso de que los logros marcados al inicio del tratamiento hayan sido alcanzados y se haya conseguido el cambio conductual con respecto a la familia.

7 LISTADO DE ANEXOS

Anexo 1: Tabla de valores de IMC para el diagnóstico de sobrepeso y obesidad infantojuvenil. OMS

Anexo 2: Tablas de Tensión Arterial

Anexo 3: Estadios de Tanner

Anexo 4: Cuestionario familias adherencia dieta mediterránea.

Anexo 5: Cuestionario kidmed modificado para niños/as

Anexo 6: Cuestionario sobre la dinámica familiar

Anexo 7: Cuestionario sobre alimentación niños/as

Anexo 8: Registro de alimentación

Anexo 9: Cuestionario sobre actividad física y horas de pantalla

Anexo 10: Registro de actividad física y horas de pantalla

Anexo 11: Posibles metas/objetivos a plantear con la familia y niños/as

Anexo 12: Registro objetivos/metás

8 BIBLIOGRAFÍA

1. Serra Majem L, et al. Obesidad Infantil y Juvenil en España. Resultados del Estudio EnKid (1998-2000). Med Clin (Barc) 2003;121(19):725-32
2. Encuesta andaluza de Salud Pública 2011.
3. Guía de Práctica Clínica sobre la Prevención y el Tratamiento de la Obesidad Infantojuvenil. Grupo de trabajo de la guía sobre la prevención y el tratamiento de la obesidad infantojuvenil. Centro Cochrane Iberoamericano, coordinador. Guía de práctica clínica sobre la prevención y el tratamiento de la obesidad infantojuvenil. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques; 2009. Guía de práctica clínica: AATRM N.º 2007/25.
4. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Part of NHS Quality Improvement Scotland. Management of obesity. A National clinical guideline. February 2010.
5. Obesidad Infantil. Prevención, intervenciones y tratamiento en atención primaria. Sandra G. Hassink, MD, FAAP. Título del original: Pediatric Obesity. Prevention, intervention and treatment strategies for primary Care. American Academy of Pediatrics. 2007
6. Guidance on the prevention, identification, assessment and management of overweight and obesity in adults and children. NICE clinical guideline 43 Developed by the National Collaborating Centre for Primary Care and

-
- the Centre for Public Health Excellence at NICE. Issue date: 2006.
7. Evelyn P. Whitlock, MD, Elizabeth A. O'Connor, PhD, Selvi B. Williams, MD, MPH, Tracy L. Beil, MS, and Kevin W. Lutz, MFA. Effectiveness of weight Management interventions in children: a targetet systematic review for the USPSTF.
 8. Patrones de Crecimiento Infantil de la OMS. www.who.int/childgrowth/es
 9. Melo Salor, JA. Fuente: WHO Child Growth Standards for 0-5 years,2006 and WHO Growth Reference 5-19 years,2007. Tabla de valores de IMC para el diagnostico de sobrepeso y obesidad infantojuvenil.
 10. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía (sitio web). Plan INtegral de Obesidad Infantil de Andalucía 2007-2010 [citado 14 ene 2008]. Disponible en http://www.csalud.junta-andalucia.es/salud/channels/temas/temas_es/P_2_ANDALUCIA_EN_SALUD_PLANES_Y ESTRATEGIAS/plan_obesidad_infantil/plan_obesidad?perfil=org&desplegar=/temas_es/P_2_ANDALUCIA_EN_SALUD_PLANES_Y ESTRATEGIAS/&idioma=es&tema=/temas_es/P_2_ANDALUCIA_EN_SALUD_PLANES_Y ESTRATEGIAS/plan_obesidad_infantil/&contenido=/channels/temas/temas_es/P_2_ANDALUCIA_EN_SALUD_PLANES_Y ESTRATEGIAS/plan_obesidad_infantil/plan_obesidad
 11. Entrevista motivacional. The motivational interview. S. Lizarraga, M. Ayarra. Especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria. Grupo Comunicación y Salud de Navarra. Centro de Salud de Huarte (Navarra).
 12. Cuestionario de Adherencia a la dieta mediterránea. Tomado de Consejo Dietético en atención Primaria. Consejería de Salud. 2005. Modificado de: Trichopoulou A, Costacou T, Bamia C, Trichopoulos D. Adherence to a mediterranean diet and survival in a greek population. N Engl J Med 2003; 348: 2.599-2.608
 13. Cuestionario KIDMED. Modificado de: Serra Majem L, Ribas Barba L, Ngo de la Cruz J, Ortega Anta RM, Pérez Rodrigo C, Aranceta Bartrina J. Alimentación, jóvenes y dieta mediterránea en España. Desarrollo del KIDMED, índice de calidad de la dieta mediterránea en la infancia y la adolescencia. In: Serra Majem L, Aranceta Bartrina J, editores. Alimentación infantil y juvenil. Masson; 2004(reimpresión). p. 51-59.
 14. Cuestionario sobre dinámica familiar. Modificado de: Obesidad Infantil. Prevención, intervenciones y tratamiento en atención primaria. Sandra G. Hassink. 2007
 15. Cuestionario sobre hábitos alimenticios. Modificado de Cuestionario Hábitos Alimenticios. Programa PERSEO (Programa piloto escolar de referencia para la salud y el ejercicio, contra la obesidad) enmarcado en la Estrategia NAOS (Nutrición, Actividad física, prevención de la Obesidad y Salud). 2007
 16. Cuestionario de actividad física y horas de pantalla. Modificado de Cuestionario Hábitos Alimenticios. Programa PERSEO (Programa piloto escolar de referencia para la salud y el ejercicio, contra la obesidad) enmarcado en la Estrategia NAOS (Nutrición, Actividad física, prevención de la Obesidad y Salud). 2007
 17. Como adelgazar por la Seguridad Social. Sorigel Escofet y Olveira Fuster. Editorial Arguval. Málaga 2008.
 18. Registro de Objetivos. Modificado de Registro de objetivos semanales de conducta. Guía de Consejo Dietético intensivo en Atención Primaria. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. 2007.