



CARTAS EDITOR

Prevalencia del sobrepeso y la obesidad infantil en una localidad extremeña



Prevalence of overweight and childhood obesity in an area of Extremadura

Sr. Editor

La obesidad infantil está tomando especial relevancia en los últimos años, ya que puede desarrollar diversas enfermedades y trastornos patológicos que van acompañados de cambios en la composición de los distintos compartimentos corporales, como la masa libre de grasa, la masa grasa o el agua corporal total. La medida de estos parámetros reviste una gran importancia en la práctica clínica y dietética, y es útil para la valoración del estado nutricional, y el diagnóstico y seguimiento de la obesidad¹.

Con la finalidad de estimar la prevalencia de sobrepeso y obesidad infantil en Villanueva de la Serena (Badajoz), se realizó un estudio descriptivo trasversal sobre una población diana de 1.346 niños, con edades comprendidas entre los 6 y los 12 años, pertenecientes a los centros escolares de dicha localidad. Se realizó un muestreo por conveniencia, debido a la necesidad de disponer de consentimiento informado de los padres, consiguiéndose una muestra de 617 participantes voluntarios (328 niñas y 289 niños), representativa con

respecto a la población diana para las variables sexo y edad. Los padres de los niños y niñas participantes dieron el consentimiento informado, garantizándose la confidencialidad de los datos, cumpliendo los principios de la declaración de Helsinki.

Las mediciones se realizaron en un espacio cerrado con unas condiciones de temperatura y humedad estables (25,9 °C y 45% respectivamente). Las variables estudiadas fueron las medidas antropométricas peso (kg) y talla (m) de cada sujeto, utilizando una báscula-tallímetro (SECA®, Model 767; Hamburg, Alemania), y se calculó el índice de masa corporal (IMC: peso [kg]/talla² [m]). Se determinó el porcentaje graso mediante bioimpedancia eléctrica utilizando el instrumento Tanita BF-350 (Tanita Corp., Japón). Y se midió el pliegue tricipital ya es uno de los métodos más prácticos y ofrece una correlación con la grasa corporal total, utilizando para ello un plicómetro (Holtain LTP, Grymch, Gran Bretaña).

Se emplearon como criterios para definir sobrepeso y obesidad los valores de los percentiles 85 y 97 específicos por edad y sexo, respectivamente, de la distribución del IMC, porcentaje graso y pliegue tricipital de las tablas de la Fundación Orbegozo².

En la tabla se muestran los resultados principales, observándose sobrepeso en el 17,9% de la muestra (IC 95%: 16,8-19,0), y obesidad en el 8,2% (IC 95%: 7,8-8,6), siendo ambas prevalencias superiores en los chicos que en las chicas (tabla 1).

Tabla 1 Resultados obtenidos en la medida del índice de masa corporal, pliegue tricipital y masa grasa expresados en porcentajes

Total	IMC			Pliegue tricipital				Porcentaje graso			
	Normal %	Sobrepeso (IC 95%)	Obesidad (IC 95%)	Bajo %	Normal %	Desviado %	Muy desviado %	Bajo %	Normal %	Desviado %	Muy desviado %
Chicas (n = 328)	76,4	16,9% (15,7-18,1)	6,7% (5,9-7,5)	10,1	65,3	15,3	10,1	24,2	39,9	13,22	22,7
Chicos (n = 289)	71,1	19,1% (18,7-19,5)	9,8% (9,0-10,6)	8	71,4	13,3	7,3	17,1	44,9	19,2	18,8
Total (n = 617)	73,9	17,9% (16,8-19,0)	8,2% (7,8-8,6)	9,1	68,2	14,2	8,5	20,9	42,3	16	20,9

IMC: índice de masa corporal.

El IMC es la fórmula de adiposidad más utilizada para estudios poblacionales, aunque es necesario cuantificar la grasa corporal de forma más precisa en diversas situaciones clínicas. Por ello hemos utilizado, además del IMC, el porcentaje grasa y el pliegue tricipital, tal y como recomiendan algunos estudios³.

El estudio más reciente y de mayor magnitud realizado en España fue el llevado a cabo en 2011 por el Ministerio de Educación y Ciencia⁴, en el que se expusieron valores representativos de toda la población infantil española y se obtuvo un porcentaje de sobrepeso del 26,1% y un porcentaje de obesidad infantil del 19,1%. A nivel europeo, se han realizado estudios que han revelado diferencias apreciables en la prevalencia entre países⁵. En un estudio transversal publicado en 2011 sobre peso y talla medidos en niños de 10-12 años de 7 países europeos, las diferencias en exceso de peso (sobrepeso más obesidad) oscilaron entre el 44,4% de los varones en Grecia y el 13,5% de las mujeres en Bélgica⁶.

Por tanto, España presenta valores altos, de los mayores de Europa, aunque los de la población infantil de Villanueva de la Serena son inferiores a los de la población española (19,1%).

Bibliografía

1. Russolillo G, Astiasarán I, Martínez JA. Valoración nutricional en el paciente obeso. En: Universidad de Navarra, editora. En: Intervención dietética en la obesidad. Pamplona: EUNSA; 2003. p. 29-41.
2. Sobradillo B, Aguirre A, Aresti U, Bilbao A, Fernández Ramos C, Lizárraga A, et al. Curvas y tablas de Crecimiento y Desarrollo (Estudio Longitudinal y Transversal). Bilbao: Fundación Faustino Orbegozo; 2004.
3. Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO). Consenso SEEDO 2000 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica. Med Clin (Barc). 2000;115:587-97.
4. Estudio PRONAF (2011). Ministerio de Ciencia e Innovación. Convocatoria de Ayudas I+D; 2011.
5. Van Stralen MM, Te Velde SJ, Singh AS, de Bourdeaudhuij I, Martens MK, van der Sluis M, et al. European Energy balance Research to prevent excessive weight Gain among Youth (ENERGY) project: Design and methodology of the ENERGY cross-sectional Survey. BMC Public Health. 2011;11:65.
6. Brug J, van Stralen MM, Te velde SJ, Chinapaw MJM, de Bourdeaudhuij I, Lien N, et al. Differences in weight status and energy-balance related behaviors among schoolchildren across Europe: The ENERGY-project. PLoS ONE. 2012;7:e34742.

Fco. Javier Grijota Pérez*, M. Concepción Robles Gil, Diego Muñoz Marín y Marcos Maynar Mariño

Facultad de Ciencias de la Actividad Física y del Deporte, Universidad de Extremadura, Cáceres, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: fgrijota@gmail.com
(Fco.J. Grijota Pérez).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2015.05.007>

Factores psicosociales implicados en la amputación. Revisión sistemática de la literatura



Psycho-social factors involved in amputation. Systematic review of the literature

Sr. Editor:

Las amputaciones causan gran impacto a nivel físico, emocional, familiar y social. La pérdida de una extremidad es similar al dolor provocado por la muerte de un familiar, apareciendo un proceso de duelo¹. Todo ello repercute en la salud psicológica, especialmente en los primeros 2 años, con un alto porcentaje de ansiedad y depresión².

De etiología diversa, las amputaciones vasculares son las más frecuentes, especialmente en la edad avanzada.

El objetivo de nuestro estudio fue mostrar la evidencia sobre los aspectos psicológicos y sociales en el amputado, y aportar conocimientos suficientes que permitan mejorar la práctica clínica dirigida a esta población. Para ello se realizó una búsqueda sistemática de artículos indexados en *Scopus* y *Web of Science*, sobre las experiencias y el impacto psicosocial en las personas amputadas. Publicados entre 2007 y 2014. De 71 artículos revisados a texto completo se seleccionaron

18 artículos de diferentes países, con distintas metodologías (tabla 1). Previo a su selección cada artículo fue evaluado siguiendo el programa de lectura crítica CASPe³.

Tras la amputación aparecen sentimientos de tristeza, sorpresa, no aceptación de la situación, ira y pensamientos suicidas⁴. El cambio en la imagen corporal es vivido como un estigma y una pérdida de independencia, lo que genera sentimientos de inferioridad, negativismo ante su vida, y sus roles social y profesional. También se aprecia un descenso en la calidad de vida percibida, en comparación con la población general. Se presentan tasas de depresión y ansiedad en porcentajes superiores a la población general, entre el 18-31%⁵; cuyos factores predisponentes son la falta de autonomía, la discapacidad, la dificultad en la adaptación a las limitaciones, la alteración de la imagen corporal y la falta de apoyo social².

La adaptación a su nueva identidad exige tomar conciencia de uno mismo y de los nuevos retos. Esta adaptación psicosocial comienza al conocer la posibilidad de ser amputado. Describen sentimientos de impotencia, al percibir una pérdida de control de su situación de salud, donde una úlcera o isquemia causan la amputación. En los pacientes de mayor edad, la comorbilidad presente genera discapacidades físicas y psicológicas sobreañadidas. No obstante, algunos amputados viven esta situación como una liberación del dolor invalidante presente antes de la cirugía.