



# FORO PEDIÁTRICO

Publicación informativa de la Sociedad de Pediatría de Atención Primaria de Extremadura

Junio 2001

Número 6

FORO PEDIÁTRICO  
ES UNA  
PUBLICACIÓN  
TRIMESTRAL DE LA  
SOCIEDAD DE  
PEDIATRÍA DE  
ATENCIÓN  
PRIMARIA DE  
EXTREMADURA,  
QUE SE  
DISTRIBUYE  
GRATUITAMENTE A  
TODOS SUS  
ASOCIADOS  
POR CORTESÍA DE  
**SAT**

**Sociedad de  
Pediatría de  
Atención Primaria  
de Extremadura**  
Colegio Oficial de  
Médicos  
Avda. Colón 21  
Badajoz

[www.spapex.org](http://www.spapex.org)

## SUMARIO

EDITORIAL YA SOMOS AEP.....	PAG 2
CARTAS Médicos sin Fronteras.....	PAG 3
OBESIDAD. PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO M <sup>a</sup> Teresa Muñoz Calvo.....	PAG 6
ESTUDIO DE LA EFICACIA Y SEGURIDAD DE UN CORTICOIDE TÓPICO EN EL TRATAMIENTO DE LA FIMOSIS EN ATENCIÓN PRIMARIA.....	PAG 11

# EDITORIAL

## YA SOMOS AEP

El pasado 1 de Junio de 2.001 tuvo lugar en Cádiz la Asamblea General Ordinaria de la Asociación Española de Pediatría (AEP) donde fue aprobada, por amplia mayoría, la incorporación de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap) como Sección de la misma.

Nuestra Sociedad de Pediatría de Atención Primaria de Extremadura (SPAPex) aprobó el pasado 10 de Marzo, por unanimidad, integrarse en esta agrupación confederada de colectivos de pediatras de Atención Primaria que es la AEPap; es decir, que nuestra Sociedad regional es una entidad reconocida en el seno de la AEP. Y por éste motivo creo que debemos felicitarnos todos, pues esta es la casa común de todos los pediatras, desde donde debemos trabajar por la salud y bienestar del niño y adolescente, y por defender la salud y bienestar de nuestra propia actividad profesional.

Esto supone que, en la actualidad, en el seno de la AEP existen dos colectivos que pueden agrupar a los pediatras que trabajamos en Atención Primaria: la AEPap y la SPEHyAP (Sociedad de Pediatría Extrahospitalaria y de Atención Primaria). Esta última lleva 18 años trabajando, pero no parece haberse adaptado a los cambios que han ocurrido en los últimos años en la asistencia sanitaria, y más aún en el modelo de atención que ofrece la pediatría en los Equipos de Atención Primaria; ni tampoco a las necesidades de los pediatras que trabajamos en los Centros de Salud.

La Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap) surge hace un año, y aglutina a distintos colectivos de pediatras de Atención Primaria, agrupados o no en forma de Asociaciones regionales, que trabajan con objetivos comunes: mejorar la calidad de la atención sanitaria que prestamos a nuestros niños y adolescentes, y defender nuestros intereses profesionales y condiciones de trabajo. En poco tiempo hay ya constituidas 5 Asociaciones regionales (Andalucía, Extremadura, Asturias, Madrid y Castilla-León) y otras en período de formación (Aragón, Cataluña, Galicia, Valencia, . . . ) que reúnen a casi 900 pediatras; la revista Pediatría de Atención Primaria se ha convertido en nuestro órgano de expresión, pero también nos comunicamos a través de la web ([www.aepap.org](http://www.aepap.org)) y de listados de distribución (como PEDIAP) que permiten intercambiar información de forma rápida, opinar, compartir experiencias, y porque no, ilusiones y trabajos. Hay organizados diferentes Grupos de Trabajo, abiertos a la participación de cualquier pediatra de Atención Primaria, como tú.

Porque se trata de que ya no estas sólo en tu Centro de Salud. Todos nosotros queremos reivindicarnos; somos profesionales cualificados y nos hemos adaptado y trabajado bien en un medio para el que, previamente, no nos han formado adecuadamente, en los Equipos de Atención Primaria. Aquí está la motivación profesional, y este es el momento adecuado, hemos de aprovecharlo.

La Atención Primaria tiene un papel preponderante en el nuevo modelo de atención sanitaria, y el pediatra juega un papel fundamental en el cuidado de la salud del niño y del adolescente.

Además, somos el colectivo mayoritario dentro de la Sociedad de Pediatría. Es lógico por tanto que, como ha ocurrido ya, compañeros nuestros accedan a la Junta Directiva de la AEP; y que el pediatra de Atención Primaria intervenga en la defensa de una Pediatría (con mayúsculas) integradora y orientada, como siempre, a prestar una atención integral (preventiva, curativa y social) y continuada (desde antes del nacimiento hasta el final del crecimiento y desarrollo), incluso con su participación en la formación de los futuros especialistas en pediatría.

Ahora nos queda un difícil camino; tenemos obligaciones y grandes responsabilidades. Somos una Sección oficial dentro de la AEP; no podemos desaprovechar esta oportunidad única.

De aquí en un año, en el próximo Congreso Nacional de la AEP a celebrar en Bilbao, la AEPap tiene que estar organizada y elegir entonces a sus representantes. Es posible, además, que dispongamos de un día completo de dicho Congreso para dedicarlo a la Pediatría de Atención Primaria. No se pueden cometer los mismos errores del pasado; lo importante no somos nosotros, sino el niño y el adolescente, su salud y calidad de vida. Visto así, todos saldremos ganando.

Juan José Morell Bernabé  
Presidente SPAPex

# CARTAS

## MEDICOS SIN FRONTERAS. ¿QUIÉNES SOMOS?

Queridos compañeros: Soy socio de MEDICOS SIN FRONTERAS ( MSF) desde hace varios años, estamos intentando que arranquen con buen pie los Grupos de Apoyo que hemos formado en Mérida, Cáceres y Badajoz. Estos grupos están formados por voluntarios que actuamos como portavoces de MSF, nuestra labor es organizar charlas para dar a conocer esta organización humanitaria, instalar exposiciones fotográficas, o promover y divulgar campañas como la de Acceso a Medicamentos Esenciales, o el Control de Armas.

Estoy segura que todos conocéis MSF, pero si alguien no está muy al día os resumo su historia basándome en uno de sus folletos divulgativos. MSF es una organización privada, independiente y aconfesional que tiene su origen en el inconformismo de dos grupos de médicos que coincidieron en Francia a principios de los años setenta. Unos habían sido testigos del genocidio de la minoría Ibo en la guerra de secesión de Biafra (Nigeria 1968) y se sentían frustrados ante la obligación de guardar silencio que les exigía la organización con la que trabajaban. Otros acababan de comprobar sobre el terreno la descoordinación y la falta de medios con que se atendió a las víctimas de las inundaciones que en 1970 asolaron Pakistán Oriental. Pronto coincidieron en que la acción humanitaria debía adaptarse a los nuevos tiempos.

MSF tiene sedes en 18 países, está presente en más de 80 y envía cada año a los diferentes escenarios de crisis a más de 3.000 profesionales de 45 nacionalidades, que colaboran con unos 10.000 profesionales locales. MSF cuenta con más de 2 millones de socios y un elevado número de colaboradores, gracias a personas como tú, puede enviar cada año a 2.500 profesionales para atender a quienes más lo necesiten, estén donde estén y sean cuales sean su raza, su sexo, su religión o sus ideas. Es una lucha contra las consecuencias de las catástrofes y los conflictos armados, contra el hambre y las epidemias, contra las situaciones injustas que no nos cansamos de denunciar.

Si estás a favor de la acción humanitaria independiente, imparcial y neutral, únete a estos 2 millones de personas en todo el mundo. No tardes: queda mucho por hacer. Para poder asegurar la independencia es necesario que cuente con más socios todavía.

La acción humanitaria de MSF se basa en unos principios éticos contemplados en las Convenciones de Ginebra:

**HUMANIDAD.**- Aseguramos un trato humano a quien recibe la asistencia, sean cuales sean las circunstancias.

**INDEPENDENCIA.**-Creemos que el análisis y la acción humanitaria deben estar libres de cualquier presión política, económica, militar o religiosa. Por eso reclamamos la independencia de pensamiento y garantizamos la independencia financiera.

**IMPARCIALIDAD.**-Prestamos ayuda con un espíritu universal y sin ninguna discriminación por raza, sexo, ideología política o religiosa, dando prioridad a quienes más la necesitan.

**NEUTRALIDAD.**-No tomamos partido por ninguna de las partes enfrentadas en un conflicto. Cuidamos que la asistencia beneficie a las víctimas, no a los verdugos. No asumimos la neutralidad como un silencio cómplice en caso de violaciones graves de derechos humanos o del Derecho Internacional Humanitario.

**VOLUNTARIADO.**-La base de nuestro gesto humanitario es el compromiso y la acción desinteresada no lucrativa.

Para los que ya navegáis en Internet, CONECTAR CON OTRA FORMA DE VER EL MUNDO [www.msf.es](http://www.msf.es) la web humanitaria, os informará mejor que yo.

Me gustaría terminar animando a participar en las Campañas para el Acceso a Medicamentos Esenciales, y la Campaña para el Control de las Armas Ligeras, aunque tenemos mucha presión asistencial en las consultas, y Reuniones y Cursos de Formación, o Trabajos en grupos de Asma, Psiquiatría, Educación Social, Inmigrantes..., se puede colaborar, aquello de "un grano no hace granero pero ayuda a su compañero", ilustra muy bien lo que se puede conseguir cuándo somos muchos. Tengo la satisfacción personal de haber divulgado esa página web de MSF para votar en contra de la demanda que las compañías farmacéuticas interpusieron al Gobierno de Sudáfrica, entre los médicos y enfermeros de mi Centro de Salud y entre los padres de pacientes que sé que utilizan Internet. Muchos incluso me han comentado que se han hecho socios de MSF. Esta campaña ha sido un éxito, 132 países votaron y se recogieron 285.000 firmas (45.000 españolas), esto y el apoyo de 140 ONG de todo el mundo, manifestaciones de políticos, y una enorme difusión en medios de comunicación ha hecho que por el momento las compañías se replanteen sus intenciones y han retirado la demanda. Podéis obtener más información en [www.accessmed-msf.org](http://www.accessmed-msf.org).

En Octubre tenemos previsto realizar exposiciones fotográficas para explicar el trabajo en terreno de MSF, en Cáceres, Mérida, y Badajoz. Hace falta gente para trabajar en terreno, se necesita una disponibilidad mínima de 6 meses y un perfil concreto. Si esto no entra en vuestros planes, quizá si que podéis ser socios, o socios voluntarios para colaborar en grupos de apoyo, hago este llamamiento en especial para el grupo de apoyo recientemente creado en Badajoz, sus integrantes trabajan fundamentalmente en el campo de la enseñanza y se necesita algún médico que pueda hacerse cargo de la Campaña para el Acceso a Medicamentos Esenciales,

actualmente la compañera que se encarga de ella está esperando un bebé y tiene que hacer un paréntesis en su labor.

Un abrazo a todos.

Juana Solano Chamorro  
Centro de Salud Urbano I  
06800 Mérida  
e-mail: [juanasch@teleline.es](mailto:juanasch@teleline.es)

## GRUPOS DE TRABAJO DE LA SOCIEDAD DE PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE EXTREMADURA

### ASMA Y RESPIRATORIO

Juan J. Morell Bernabé (Coordinador del grupo)

C.S. Barcarrota (Badajoz) [jjmorell@teleline.es](mailto:jjmorell@teleline.es)

Jaime J Cuervo Valdés

C.S. Urbano I – Mérida (Badajoz) [jimmymag@arrakis.es](mailto:jimmymag@arrakis.es)

Catalina Durán Iglesias

C.S. Talaván (Cáceres) [carsan@airtel.net](mailto:carsan@airtel.net)

M<sup>a</sup> José Garrido Cañadas

C.S. Fuente del Maestre (Badajoz)

Nuria Menéndez González

C.S. Urbano II – Mérida (Badajoz)

Ángeles Osuna Díaz

C.S. Urbano II – Mérida (Badajoz)

Urbano Redondo Pardo

C.S. Pza Argel - Cáceres

Se plantea como objetivos específicos:

- ▶ Estudio de prevalencia de Asma infantil en Extremadura.
- ▶ Valoración de recursos necesarios para incluir el Asma en el niño en Cartera de Servicios de Pediatría de AP.
- ▶ Desarrollar actividades de formación que aseguren una atención integral del niño y adolescente con asma desde los Equipos de Atención primaria.
- ▶ Diseñar Proyectos de intervención educativa a nivel individual / familiar (autocuidados) y en la comunidad.
- ▶ Desarrollar programas de atención al niño / adolescente con asma, coordinando niveles asistenciales e implicando a la comunidad (padres, escuela y sociedad) en su abordaje, con el objeto de mejorar la calidad de vida del niño o adolescente – y su familia – con asma.

Como primera actividad a desarrollar se plantea el “**Estudio de Situación del Asma Infantil en Extremadura**”, que se inicia con un estudio de prevalencia del asma entre la población de 0 a 14 años en Extremadura; y el objetivo a medio plazo de un programa de formación sobre Diagnóstico funcional del asma (espirometría y medidores de FEM) en Atención Primaria.

Queda abierto a todas aquellas personas o colectivos que deseen integrarse en dicho Grupo de Trabajo.

### INMIGRACION

Esther García Soria(Coordinadora del grupo)

C.S. Plasencia Centro (Cáceres) [esterle@terra.es](mailto:esterle@terra.es)

M<sup>a</sup> Jesús Pascual Fernández

C.S. Talayuela (Cáceres) [chusifer@teleline.es](mailto:chusifer@teleline.es)

Maged Abdulrazzak

C.S. Villanueva de la Vera(Cáceres) [amcapal@hotmail.com](mailto:amcapal@hotmail.com)

Juan J. Morell Bernabé

C.S. Barcarrota (Badajoz) [jjmorell@teleline.es](mailto:jjmorell@teleline.es)

José Luis Domínguez Carlos

C.S. Talayuela (Cáceres)

Isabel Bueno Fatela

C.S. Almaraz (Cáceres) [jmac0010@almez.pntic.mec.es](mailto:jmac0010@almez.pntic.mec.es)

José M<sup>a</sup> Iglesias Sánchez

Servicio de Prevención y Promoción de la Salud

Consejería de Sanidad y Consumo [jmiglesias@bme.es](mailto:jmiglesias@bme.es)

## PSIQUIATRÍA

Mercedes Reymundo García (Coordinadora del grupo)

C.S. La Paz. Badajoz [reymundom@mixmail.com](mailto:reymundom@mixmail.com)

Juana Solano Chamorro

C.S. Urbano I. Mérida [juanasch@teleline.es](mailto:juanasch@teleline.es)

María Jesús Martínez López-Coterilla

C.S. San Fernando. Badajoz

Matilde Santos Gómez

C.S. Aldea Moret. Cáceres

Jesús Álvarez Gómez

C.S. San Fernando. Badajoz

Manuel Aguilar Peral

C.S. La Paz. Badajoz

José Luis Paz Azcárate

C.S. Urbano II. Mérida

## EDUCACIÓN PARA LA SALUD

M<sup>ª</sup> Isabel Corral Muñoz (Coordinadora del grupo) [micor@wanadoo.es](mailto:micor@wanadoo.es)

C.S. Plaza de Argel. Cáceres

Os animamos a participar en estos grupos de trabajo.

## CARTAS

Podéis enviarnos vuestras opiniones y sugerencias :  
Sociedad de Pediatría de Atención Primaria de Extremadura  
Foro Pediátrico  
Colegio Oficial de Médicos  
Avda. Colón 21 Badajoz  
Por e-mail: [jcuervov@medynet.com](mailto:jcuervov@medynet.com)

## FECHAS A RECORDAR

**23-27 de septiembre de 2001** 5º CONGRESO MUNDIAL DE MEDICINA PERINATAL Y XVIII CONGRESO ESPAÑOL DE MEDICINA PERINATAL **Organiza:** FUNDACIÓN SANTIAGO DEXEUS FONT **Lugar de celebración:** PALACIO DE CONGRESOS DE BARCELONA **Secretaría Científica:** Fundación Santiago Dexeus Font **e-mail:** [fundacio@iudexeus.uab.es](mailto:fundacio@iudexeus.uab.es) **Tel.:** 34-93-2274709 **Fax:** 34-93-418.78.32 **Organización:** Grupo Pacífico. Congress Division **e-mail:** [gp@pacifico-meetings.com](mailto:gp@pacifico-meetings.com) **Tel:** 34-93-454.54.00 **Fax:** 34-93-451.74.38

**27-30 de Septiembre de 2001** XXVIII CONGRESO ESPAÑOL DE NEFROLOGÍA PEDIÁTRICA **Organiza:** Dr. L. Callís **Lugar de celebración:** IBIZA **web:** [www.aenp.es](http://www.aenp.es) **Programa:** Patología renal en periodo neonatal. Nefropatía de reflujo. Trasplante renal

**28-29 de septiembre de 2001** XII CONGRESO ESPAÑOL DE MEDICINA DEL ADOLESCENTE **Organiza:** Sociedad Medicina del Adolescente **Lugar de celebración:** PAMPLONA **Secretaría científica:** c/ Riu Güell, 22, 1-3. 17005 GIRONA

**18-21 de Octubre de 2001** XV CONGRESO NACIONAL SOCIEDAD DE PEDIATRÍA EXTRAHOSPITALARIA DE LA A.E.P. **Organiza:** Dr. Manuel Adán Pérez (Presidente Organizador) **Lugar de celebración:** Palacio de Congresos. ZARAGOZA **Secretaría Científica:** PACÍFICO **e-mail:** [gp@pacifico-meetings.com](mailto:gp@pacifico-meetings.com) **Tel.:** 93-238.87.77 **Fax:** 93-238.74.88 **Organización:** PACIFICO **e-mail:** [gp@pacifico-meetings.com](mailto:gp@pacifico-meetings.com) **Tel.:** 93-238.87.77 **Fax:** 93-238.74.88 7

**25-27 de Octubre de 2001** 7ª REUNIÓN ANUAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE URGENCIAS EN PEDIATRÍA **Organiza:** Sociedad Española de Urgencias en Pediatría **Lugar de celebración:** TARRAGONA **Secretaría científica:** Servicio Pediatría Hospital Universitario Juan XXIII **e-mail:** [pedurg@hj23.es](mailto:pedurg@hj23.es) **Tel.:** 977.295.831 **Fax:** 977.224.011 **Secretaría organización:** ERGON TIME **e-mail:** [ergon@ergon.es](mailto:ergon@ergon.es) **Tel.:** 91-636.29.30 **Fax:** 91-636.29.31

**8-10 de Noviembre 2001** XV SIMPOSIUM ESPAÑOL DE PEDIATRÍA SOCIAL "La ciudad: hábitat para el niño y el adolescente" **Lugar de celebración:** Girona **Secretaría científica:** Dr. Josep Cornellà **e-mail:** [cornella@comg.es](mailto:cornella@comg.es) **Tel:** 972.208670 **Secretaría organización:** Viatges Canigó **e-mail:** [canigo@grupoeuropa.es](mailto:canigo@grupoeuropa.es) **Tel:** 972.208670 **Fax:** 972.202793

## Obesidad: Tratamiento y Prevención

María Teresa Muñoz Calvo. Sección de Endocrinología. Hospital Niño Jesús.

### Concepto

Es el trastorno nutricional más frecuente en los países desarrollados durante la infancia y la adolescencia. La obesidad es un incremento excesivo del peso corporal, realizado a expensas del tejido adiposo y en menor proporción del tejido muscular y masa esquelética. Representa un incremento del peso corporal, asociado a un desequilibrio en las proporciones de los diferentes componentes del organismo.

En ambos sexos se produce un incremento de peso desde el nacimiento hasta el final de la adolescencia, por tanto es necesario para valorar la obesidad tener en cuenta además del peso, la talla, el sexo y el estadio puberal, debiendo de disponer de tablas adecuadas para población española (Tablas de Hernández y col.).

El índice de masa corporal (IMC) es el parámetro que mejor define la obesidad en la infancia y la adolescencia, definiéndose como sobrepeso cuando el IMC se encuentra entre +1 desviación estándar (DE) y +2 DE, y obesidad cuando este índice es superior a +2 DE por encima de la media para la edad y sexo.

Utilizando los pliegues cutáneos, la obesidad se define como la suma de los cuatro pliegues cutáneos superior a más de 2 DE de la media para la edad y sexo.

### Prevalencia

En los países occidentales se ha señalado un rápido aumento de la prevalencia de obesidad en los últimos años, afectando por igual a ambos sexos, a todos los grupos de edad, a distintos grupos raciales, a familias con alto y bajo nivel económico, e incide tanto en el medio rural como en el urbano. A ello han contribuido por un lado, los cambios en los estilos de vida y por otro una mayor disponibilidad de nutrientes.

El estudio Paidós'84, definió la obesidad cuando el pliegue tricípital (PT) era superior a 2 DE, y demostró que el 4,9% de la población infantil entre 6 y 15 años de edad podría considerarse obesa. El estudio Navarra, en un amplio grupo de niños y adolescentes entre 4 y 17 años, observaron que el 3,9% tenían un IMC superior a 2 DE.

En otros países europeos la prevalencia está en torno al 7,5%. En Estados Unidos, estudios recientes (NHANES III) han demostrado que en la población infantil se ha duplicado el número de casos en los últimos quince años, estando actualmente en torno al 20% en niños y adolescentes (IMC superior al percentil 85).

La Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO) en el año 1997, observó que el 13,4% de la población adulta era obesa, y este incremento era más elevado en las personas mayores de 45 años, si eran del sexo femenino y, en los que tenían menor nivel de instrucción.

Las cifras actuales de prevalencia de obesidad en nuestro país se mantienen estables, existiendo en los últimos años un ligero incremento entre los adolescentes. Estas cifras son preocupantes, teniendo en cuenta que los diferentes estudios han estimado que el porcentaje de niños obesos que tienen riesgo de ser obesos en la edad adulta es la siguiente: si el niño lo es a los 7 años, el riesgo es del 41%; si es obeso entre 10 y 13 años, el riesgo es del 70%; y por último, si es obeso en la adolescencia, tiene un riesgo del 80% de ser obeso adulto. Los niños obesos menores de 3 años y cuyos padres no son obesos tienen un riesgo muy bajo de desarrollar obesidad en la etapa adulta.

### Clasificación

Desde el punto de vista etiológico se distinguen dos tipos de obesidad:

1. Obesidad exógena o simple, responsable del 95% de los casos de obesidad
2. Obesidad asociada a:
  - Síndromes dismórficos
  - Lesiones del sistema nervioso central (SNC)
  - Endocrinopatías

Los síndromes dismórficos que se asocian con obesidad son: Prader Willi, Laurence Moon Bield, Carpenter, Alstrom, entre otros.

Las lesiones del SNC que afectan a la región hipotalámica pueden cursar con obesidad, ya sean secundarias a traumatismos, a tumores (gliomas, hamartomas, disgerminomas), a secuelas de infecciones o a cierto grado de hipertensión endocraneal crónica compensada (portadores de válvulas de derivación en las hidrocefalias)

Las endocrinopatías que cursan con obesidad son el hipercortisolismo endógeno (síndrome de Cushing) o secundario al uso terapéutico de glucocorticoides; el hipotiroidismo; el déficit de hormona de crecimiento (GH) y el hiperinsulinismo, entre otros.

Desde el punto de vista de distribución de la grasa, existen tres tipos:

1. Distribución **androide** o en forma de "manzana", donde la grasa se acumula en la región abdominal, y se asocia con insulinoresistencia, tendencia a la diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, accidentes cardiovasculares, y a un alto grado de morbilidad y mortalidad en la edad adulta.
2. Distribución **ginoide** o en forma de "pera", donde la grasa se acumula en las caderas y miembros inferiores, presentan una menor morbilidad y mortalidad en la vida adulta.
3. Distribución **generalizada**, es la forma más frecuente en la infancia. La grasa está más o menos uniformemente repartida.

## Valoración de la adiposidad

En la práctica clínica los métodos más utilizados son los antropométricos. La simple inspección discrimina si el exceso de peso se debe a un acúmulo de grasa o a un aumento de otros tejidos, como el tejido muscular u óseo, entre otros; o si es una obesidad androide, ginoide o generalizada.

La relación lineal peso-talla compara el peso real del niño con su peso ideal. Se considera que un niño es obeso cuando su peso se encuentra por encima del percentil 95 de peso que corresponde a un niño de su misma talla y sexo o cuando su peso real es superior al 120% del peso ideal para su talla.

El IMC, se obtiene del cociente: peso expresado en kilogramos / talla al cuadrado en metros. Su valor no es constante durante la infancia y la adolescencia, y varía con la edad siendo necesario disponer de tablas de referencia. Se produce un aumento de este índice durante el primer año de vida, para luego descender y volver a incrementarse hacia los 6 años de edad. Valores superiores a 2 DE para la edad y sexo indicaría obesidad y valores entre +1 y +2 DE sobrepeso. En adultos, su valor es relativamente constante, así cuando es superior a 25 se puede hablar de obesidad. En el recién nacido se utiliza más comúnmente el índice ponderal (IP), que representa el peso en kilogramos por la talla al cubo en metros.

Los pliegues cutáneos representan aproximadamente el 50% de la grasa total del organismo, y reflejan el grado de adiposidad total de una persona. En general, se miden con compases de espesor y pueden determinarse en diferentes zonas anatómicas: tricípital, subescapular, supraíliaco, bicipital, entre otros. Para tener una idea de la distribución de la grasa conviene efectuar al menos una medición en una extremidad (pliegue tricípital izquierdo) y otra en el tronco (pliegue subescapular izquierdo). El espesor del pliegue cutáneo es un buen indicador del estado nutricional y de la composición corporal, pero la técnica de medición requiere mucho entrenamiento y cuidado para ser precisa, por lo que su reproducibilidad es escasa. En general, se considera que un niño es obeso cuando el espesor del pliegue tricípital es superior al percentil 95 o superior a 2 DE de la media.

La valoración de la distribución regional de la grasa se puede realizar por:

- El cociente cintura / cadera (relación entre el perímetro de la circunferencia abdominal y el perímetro de las caderas superior); si este cociente es superior a 0,9 en varones y a 1 en mujeres, se asocia con mayor morbilidad y mortalidad, definiendo la obesidad androide; mientras que una relación inferior a 0,85 en varones y a 0,75 en mujeres, define la obesidad ginoide. En los niños y adolescentes Moreno et al han observado que dicho índice disminuye con la edad, en varones, el cociente medio varía desde 0,896 a los 4,5 años a 0,834 a los 13,5 años; y en las mujeres, varía entre 0,877 a los 4,5 años y 0,756 a los 14,5 años.
- Otras técnicas que valoren la masa grasa y los componentes muscular, visceral y esquelético del organismo son: la absorciometría dual con energía de rayos X fotónica (DXA), la bioimpedancia eléctrica, y la resonancia nuclear magnética. Estos métodos precisan una cualificación técnica y son del alto coste, por tanto su uso no es generalizado en la evaluación de la obesidad

## Diagnóstico

Es necesario comprobar que el niño es obeso y cuantificar la intensidad de su obesidad. Previamente hemos descrito los métodos de valoración de la adiposidad y los criterios utilizados para definir la obesidad. Es importante descartar los procesos que causan obesidad secundaria.

Cuando llegamos al diagnóstico de que se trata de una obesidad esencial, nos interesa realizar una historia clínica detallada y conocer los antecedentes personales, tales como el peso y longitud al nacimiento, tipo de lactancia, edad de introducción de los alimentos sólidos, desarrollo psicomotor y antecedentes de traumatismos o intervenciones quirúrgicas. Es también importante conocer la actividad física del niño, las relaciones familiares y escolares, y la aceptación tanto del propio niño como de la familia de la obesidad.

Entre los antecedentes familiares, es importante conocer el peso de los padres y hermanos, y los hábitos dietéticos de la familia utilizando principalmente encuestas nutricionales.

En la tabla 1 se exponen los datos clínicos, de exploración física y analíticos que se deben recoger en la historia clínica y en la exploración de un niño obeso.

**Tabla 1. Historia clínica y exploración física: datos de interés**

Anamnesis personal	Anamnesis familiar	Exploración Física
Embarazo: ganancia ponderal diabetes gestacional enfermedades maternas drogas	Peso y talla de los padres, actual y pasada	Estudio auxológico completo: peso, talla, IMC, pliegues cutáneos
Parto: Peso y talla del recién nacido	Peso y talla de los hermanos, actual y pasada	Valoración de la intensidad de la obesidad
Alimentación: tipo de lactancia introducción de alimentos sólidos Dieta actual (de tres días): alimentos, distribución horaria, ansiedad, saciedad, rapidez	Hábitos alimenticios de la familia	Valoración de la distribución de la grasa
Comienzo de la obesidad Enfermedades padecidas, en especial si precisaron reposo	Actitud familiar ante la obesidad del niño	Estadio puberal (Tanner)
Existencia de situaciones de estrés Actividad física Afectación psicológica	Antecedentes de enfermedades cardiovasculares, dislipemia, hipertensión arterial, diabetes e hiperuricemia	Fenotipo
	Hábitos de ejercicio en la familia	Piel: color, estrías, xantomas
	Nivel socioeconómico y cultural	Psiquismo

En la figura 1 se expone un algoritmo diagnóstico de la obesidad.

Las pruebas complementarias de interés en un niño obeso están expuestas en la tabla 2.

**Tabla 2. Estudios complementarios en el niño obeso**

Sistemáticos	Especiales
Hemograma completo	Estudio de la función tiroidea
Bioquímica	Estudio de la función suprarrenal
Lipidograma	Cariotipo
Estudio psicológico	TAC o RNM craneal
	Exploración de la función cardiorrespiratoria

### Tratamiento

El tratamiento de la obesidad no es fácil y en la mayoría de los casos conduce al fracaso. Los resultados obtenidos a largo plazo son desalentadores y muestran que del 80 al 90% de los niños vuelven a su percentil de peso previo, siendo la tasa de recidiva comparable a la de los adultos. El tratamiento está indicado en niños con un IMC superior al percentil 95 o más de 2 DE para su edad y sexo, y en niños con obesidad moderada (IMC entre el percentil 85 y 95 o entre +1 y +2 DE para su edad y sexo) si presentan complicaciones derivadas de la obesidad, como afectación psicológica, patología ortopédica, hipertensión arterial o dislipemia, entre otros.

El objetivo del tratamiento es conseguir un peso adecuado a la talla y conservar posteriormente un peso dentro de los límites normales, junto a un crecimiento y desarrollo normales.

El tratamiento debe ir dirigido no solo al niño sino también a su familia y comprende los siguientes aspectos:

1. Reeducación nutricional del niño y su familia
2. Incremento de la actividad física
3. Soporte psicológico

1. **Reeducación nutricional:** debe realizarse con toda la familia, eligiendo regímenes de comidas variadas, apetecibles y adaptadas tanto al niño como a su familia. No deben realizarse regímenes preestablecidos. El agente más importante en el tratamiento de la obesidad durante la infancia y la adolescencia son los padres. Cuando éstos colaboran directamente en el tratamiento se obtienen mejores resultados.

En cuanto a la composición de la dieta se aconseja una dieta equilibrada, en la que el porcentaje de calorías aportados por cada uno de los principios inmediatos será: 50% en forma de hidratos de carbono, 30% en grasas y el 20% de proteínas. Las proteínas deben ser de alto valor biológico. Las grasas aportarán ácidos grasos

esenciales y vitaminas liposolubles y dan sensación de saciedad.

Las dietas equilibradas y moderadamente reducidas en calorías son útiles en la mayoría de los pacientes y están indicadas siempre que la obesidad sea de grado medio, ello permitirá que los niños se adapten durante mas tiempo. Hasta el comienzo de la pubertad no es necesario ninguna restricción calórica en el niño, debiendo realizarse una dieta normocalórica para su edad. Se evitarán los alimentos con alto contenido calórico.

Desde el inicio de la pubertad hasta el final de la misma, se puede aportar una dieta de 1000-1500 calorías al día, adecuada en proteínas, hidratos de carbono y grasas, durante periodos no demasiado prolongados, alternando con dietas normocalóricas para evitar la falta de seguimiento y pérdida de estímulo por parte del niño y su familia. Se distribuirá el total de las calorías en tres comidas principales y dos secundarias (media mañana y merienda).

Debe suprimirse el exceso de ingesta de alimentos con alto contenido energético (bollería, galletas, caramelos, entre otros) por otros alimentos con bajo contenido calórico como las verduras y las frutas. Se evitarán las grasas y los azúcares refinados y se deben cocinar preferentemente al horno, cocido o a la plancha. La comida del colegio debe modificarse, sustituyendo el primer plato por ensalada y el postre dulce por fruta fresca.

No se deben utilizar alimentos como "premio" o "regalo". Es importante realizar seguimientos constantes, estableciendo pactos gastronómicos con los niños, que proporcionará un mayor rendimiento terapéutico.

**2.Incremento de la actividad física:** El ejercicio aumenta el gasto energético, mejora la sensibilidad a la insulina y disminuye la lipogénesis. Es útil para mantener la pérdida de peso y debe ser individualizado. Hay que estimular la realización de paseos diarios en niños que no tengan hábitos deportivos (ir al colegio andando, subir escaleras). Animarlos en la participación de deportes escolares y actividades deportivas durante el fin de semana. Es necesario que el ejercicio sea aceptado y forme parte de la vida diaria. Hay que evitar el sedentarismo, como el uso de videojuegos y ver televisión demasiadas horas, en las que los niños tienen un consumo energético reducido y además, toman alimentos hipercalóricos.

**3.Soporte psicológico.** Es muy importante para lograr la adaptación del niño y su familia a los hábitos alimentarios. Los familiares obesos deben seguir la misma alimentación y acompañarles en las actividades deportivas. Es muy importante que la familia reciba información sobre la obesidad, sus complicaciones a largo plazo y, sobre todo la forma de tratarla.

#### Otros tratamientos:

- 1. Fármacos:** la utilización de fármacos reguladores del apetito o que incrementen el gasto energético no está indicado en la infancia y en la adolescencia, ya que no se ha demostrado su utilidad y, sin embargo sí sus efectos secundarios. Pueden utilizarse sustancias análogas a la fibra vegetal que tienen poder hidrófilo y aumentan el contenido gástrico, dando la sensación de saciedad aunque su eficacia es limitada.
- 2. Cirugía:** es muy limitada a situaciones excepcionales y siempre cuando hayan fracasado las terapias convencionales y se haya completado el periodo de crecimiento y pubertad.

#### Prevención

Debe comenzar en la primera época de la vida, identificando los sujetos de riesgo a partir de una historia clínica detallada, en la que se consideran fundamentales los antecedentes familiares. Como medidas preventivas, es importante fomentar la lactancia materna, retrasar la introducción de alimentos lácteos en la dieta del lactante, promover campañas de educación sanitaria con información dietética en la infancia y la adolescencia, y por último fomentar la actividad física.

Las estrategias de la prevención de la obesidad se basan en la iniciación de la prevención a través de los cuidados en atención primaria, con programas dirigidos al ambiente familiar del niño con riesgo de obesidad y a programas desarrollados en el medio escolar. Hay que evitar que una dieta restrictiva pueda dar paso a un trastorno del comportamiento alimentario, sobre todo en los adolescentes.

Es conveniente sensibilizar a la opinión pública y al personal sanitario que la obesidad puede llegar a ser imposible de curar, y la identificación precoz de los niños obesos y su correcto tratamiento puede al menos reducir la intensidad de este trastorno.

#### Bibliografía

- Argente J, Caballo N, Barrios V, Pozo J, Muñoz MT, Chowen JA et al. Multiple endocrine abnormalities of the growth hormone and insulin-like growth factor axis in prepubertal children with exogenous obesity : effect of short and long-term weight reduction. *J Clin Endocrinol Metab* 1997; 82: 2076-2083.
- Argente J, Barrios V, Chowen JA, Sinha MK, Considine RV. Leptin plasma levels in healthy Spanish children and adolescents with obesity and adolescents with anorexia nervosa and bulimia nervosa. *J Pediatr* 1997; 131: 833-838.
- Auwerx 3, Stels B. Leptin. *Lancet* 1998; 351: 737-742.
- Barlow SE, Dietz WH. Obesity evaluation and treatment. Expert Committee Recommendations. *Pediatrics* 1998; 102, e29.
- Ballabriga A, Carrasco A. Obesidad en la infancia y adolescencia. En: *Nutrición en la infancia y la adolescencia*. Eds: Ballabriga y Carrascosa. Ed Ergon, Madrid, pags: 375-393.
- Caprio 5, Tamborlane WV. Metabolic impact of obesity in childhood. *Endocrinol Metab Clin North America* 1999;

- 28: 731-742.
7. Daniels SR, Khoury PR, Morrison JA. The utility of body mass index as measure of body fitness in children and adolescents: differences by race and gender. *Pediatrics* 1997; 99: 884-897
  8. Dietz WH. Critical periods in childhood for the development of obesity. *Am J Clin Nutr* 1994; 59: 955-959.
  9. Elcarte R, Villa I, Sada J, Gasco M, Oyarzabal M, Sola M et al. Estudio Navarra (PECNA). Prevalencia de hipertensión arterial, hiperlipidemia y obesidad en la población infantojuvenil de Navarra. Asociación de otros factores de riesgo. *An Esp Pediatr* 1993; 38: 428-436.
  10. Hernández M, Castellet J, Navaiza JL, Rincón JM, Ruiz I, Sánchez E et al. Curvas y tablas de crecimiento. Fundación F. Orbeago. Instituto de Investigación sobre Crecimiento y Desarrollo. Ed Garsi. Madrid. 1988
  11. Johnson SL, Birch LL. Parents and children's adiposity and eating style. *Pediatrics* 1994; 9: 653-661.
  12. Montague CT, Sadaf Farooqui I, Wittehead SP, Soos MA, Rau M, Wrehan NJ et al. Associated with severe early onset obesity in humans. *Nature* 1997; 387: 903-908.
  13. Moreno LA, Fleta J, Mur L, Feja C, Sarria A, Bueno M. Indices of body fat distribution in Spanish children aged 4.0 to 14.9 years. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1997; 25:175-181.
  14. Nguyen UT, Larson D, Johnson RK, Goran MI. Fat intake and adiposity in children of lean and obese parents. *Am J Clin Nutr* 1996; 63: 507-513.
  15. Paidós'84. Estudio epidemiológico sobre nutrición y obesidad infantil. Proyecto Universitario. Madrid. 1985.
  16. Palacios N, González O, Varela C. Avances en la patogenia de la obesidad: fisiología de la leptina. *Rev Clin Esp* 1997; 197: 351-357.
  17. Rodríguez Hierro F. Obesidad. En: Tratado de Endocrinología Pediátrica y de la Adolescencia. Eds: Argente J; Carrasco A, Gracia R, Rodríguez F. Ed Edimsa. Madrid.1995, pags: 897-912.
  18. Schonfeld-Warden N, Warden CH. Pediatric obesity: an overview of etiology and treatment. *Ped Clin North America* 1997; 44: 339-356.
  19. Troiano RP, Flegal KM. Overweight children and adolescents: description, epidemiology and demographics. *Pediatrics* 1998; 101: 497-512.
  20. Williamson DF. The prevention of obesity. *N Engl Jour Med* 1999; 34:1140-1141.

## **ESTUDIO DE LA EFICACIA Y SEGURIDAD DE UN CORTICOIDE TÓPICO EN EL TRATAMIENTO DE LA FIMOSIS EN ATENCIÓN PRIMARIA.**

La fimosis constituye una patología frecuente en las consultas de Pediatría de Atención Primaria y, aunque habitualmente es considerado un problema banal, es causa muchas veces de problemas secundarios, tales como balanitis de repetición, infecciones de orina, dolor a la erección,... ; además puede originar alguna situación que requiere intervención urgente como sucede en el caso de la parafimosis, y provoca a veces un estado de angustia o intranquilidad en la familia del niño que motiva muchas consultas al pediatra. Se ha relacionado también con un aumento en la incidencia de cáncer de pene.

Una vez descartadas las circunstancias más frecuentes, como son la fimosis fisiológica del 1º-2º años de vida y la del prepucio con adherencias o discretos estrechamientos (que habitualmente se corrigen simplemente siendo constantes en las maniobras de retracción), desaconsejamos las maniobras bruscas de liberación del glande, que además de ser muy dolorosas y traumáticas para el niño, provocan con mucha frecuencia fisuras en la piel del prepucio, que a su vez son causa de fimosis. El único tratamiento que existía hasta hace poco para la fimosis era el quirúrgico, es decir, la circuncisión, que requiere en la inmensa mayoría de los casos el ingreso hospitalario del niño y anestesia general.

Recientemente se viene anunciando la eficacia de la aplicación de corticoides tópicos para tratar este problema. Esta eficacia está avalada por cada vez más numerosos estudios y alguno de nosotros, incluso, hemos podido comprobarlo en nuestra práctica diaria. **El motivo de este estudio es intentar constatar esta evidencia mediante la recogida del mayor número posible de casos en los que este tratamiento conservador es aplicado en las consultas de Pediatría de Atención Primaria de nuestra Comunidad. Para ello pedimos tu colaboración y hemos elaborado el siguiente protocolo de actuación y recogida de datos.**

### **Grupo de estudio**

Pueden incluirse en el estudio todos aquellos **niños de 3 ó más años de edad** en los que existe una verdadera fimosis comprobada en nuestra consulta y en los que las maniobras de retracción prepucial, realizadas de forma dirigida y constante, no han sido eficaces.

Aquellos niños de 2 años en los que exista fimosis importante o complicada con, por ejemplo, balanitis de repetición, en los que nos plantearíamos el tratamiento quirúrgico, pueden incluirse también.

### **TIPOS DE FIMOSIS**

Con el objeto de homogeneizar el estudio, hemos hecho una clasificación de la fimosis en 3 categorías:

Fimosis Puntiforme: Aquella en la que el orificio prepucial es de un diámetro mínimo, apenas apreciable, con la piel circundante de aspecto y grosor normales.

Fimosis cicatricial o anular no retraible: Aquella en que la piel que rodea el orificio prepucial está indurada o engrosada, habitualmente por balanopostitis previas.

Fimosis anular: Aquellos casos que no puedan incluirse en ninguno de los 2 grupos anteriores, estando el prepucio estrechado en mayor o menor medida y por alguna circunstancia existan complicaciones o fracaso de las medidas conservadoras habituales.

### **¿QUÉ CORTICOIDE USAR?**

Aunque probablemente cualquier corticoide tópico fuese válido, hemos elegido la Betametasona al 0´05% por ser el más utilizado en los estudios que hemos podido contrastar. Hemos optado por el dipropionato de betametasona en su presentación en forma de crema al 0´05% (**Diproderm crema®**).

### **Modo de aplicación**

La crema deberá ser aplicada en capa fina por **toda la piel del prepucio y en el glande** que vaya quedando descubierto, **dos veces al día durante 7 días**. Durante esta primera semana los padres se abstendrán de realizar ningún tipo de retracción prepucial. **A partir del 7º día**, la crema se aplicará sólo **una vez al día** y tras su aplicación los padres deben comenzar a realizar suaves **retracciones prepuciales**, no dolorosas, sin intentar descubrir completamente el glande desde un principio.

### **Duración del tratamiento**

La crema se aplicará hasta que los padres comprueben que el prepucio se retrae en su totalidad y con facilidad durante unos días. Si esto no sucediese, creemos que un plazo razonable para dar por fallido el tratamiento es a partir de las **4 a 6 semanas**.

Es importante recordar a los padres que una vez que el prepucio se retraiga, deben de volver a “colocarlo” siempre en su situación natural, para evitar así una posible parafimosis.

### **Controles periódicos**

Se citará al niño para realizar un control del tratamiento propuesto y de la posible aparición de efectos secundarios con periodicidad. Recomendamos los siguientes controles:

- A los 7 días de inicio del tratamiento: En esta visita se instruirá a los padres para realizar varias maniobras de retracción suaves y no dolorosas tras la aplicación de la crema (sólo una vez al día)
- A los 15 días de inicio del tratamiento
- Al mes de inicio del tratamiento
- A los 2 meses de inicio del tratamiento

En cada visita se anotará el resultado del tratamiento y la posible aparición de complicaciones. Para ello se os proporcionarán una serie de fichas individualizadas para cada paciente y tratamiento, con el objeto de facilitar la cumplimentación del protocolo y la recogida de datos.

Debe anotarse también el momento en el que el prepucio comienza a ser completamente retraible, si lo fuese.

**Este estudio no está financiado por la industria farmacéutica. La participación en él es totalmente voluntaria.**

### ENVÍO DE RESULTADOS

En cuanto tengáis cumplimentada alguna ficha os agradeceremos que nos las vayáis enviando a la Secretaría de nuestra Sociedad:

Concepción Ortiz Barquero SPAPEx  
C/ Clavellinas 23; 1º B  
06010 Badajoz

O, preferiblemente, mediante **correo interno del Insalud al C. S de Almendralejo:**

A/ A José Manuel Val Sánchez de León  
C. S. “San José”  
C/. Alfonso X s/n.  
06200 – Almendralejo (Badajoz).

Muchas gracias a todos por vuestra colaboración. Os tendremos informados.

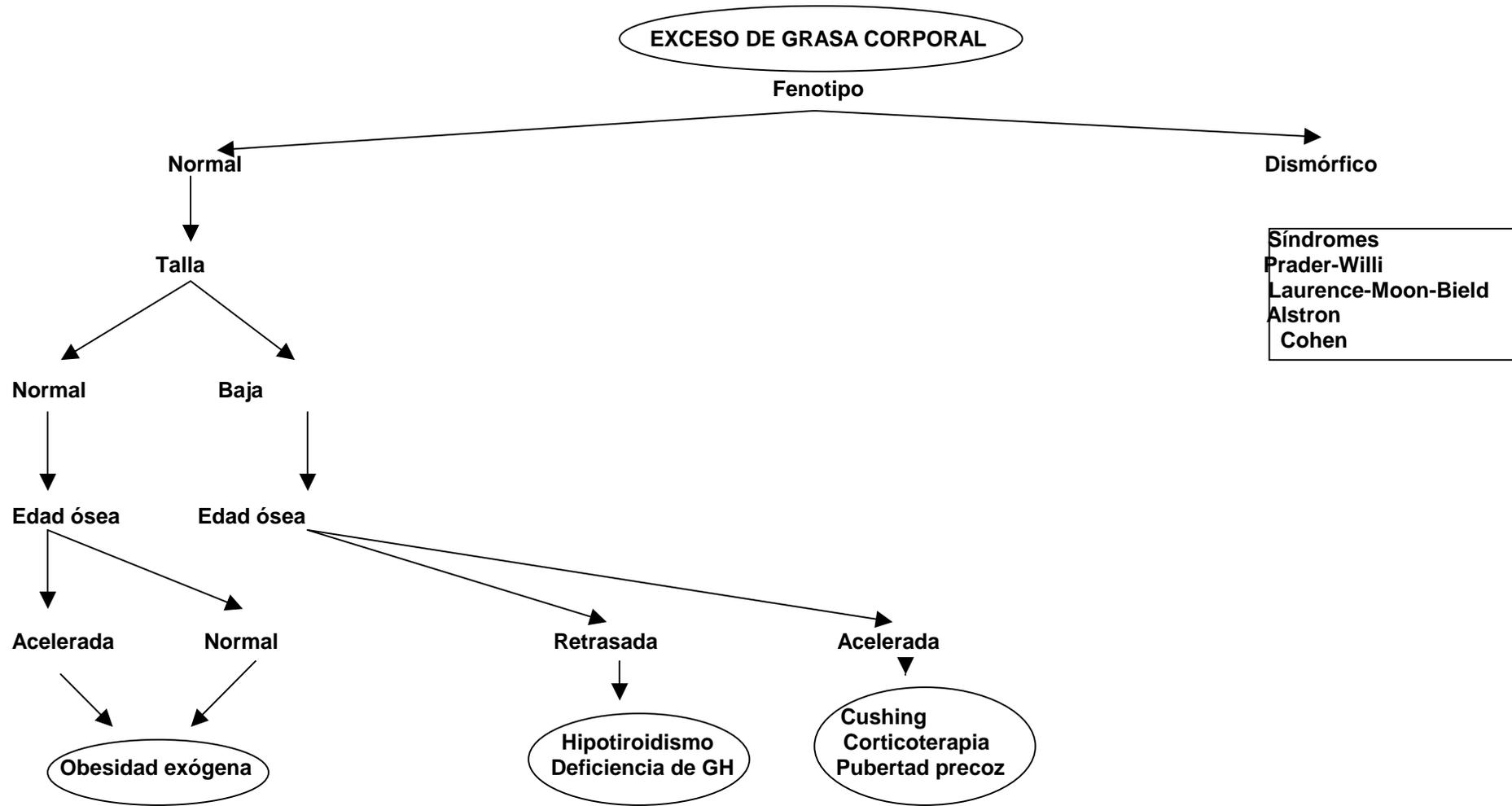


Figura 1.