

EVIDENCIAS EN PEDIATRÍA

Toma de decisiones clínicas basadas en las mejores pruebas científicas
www.evidenciasenpediatria.es

Editorial

Las bebidas azucaradas y la obesidad en los niños y adolescentes

Martínez Rubio A.

Grupo PrevInfad. C.S. de Camas. Sevilla. (España).

Correspondencia: Ana Martínez Rubio, mrubiorama@gmail.com

Fecha de recepción: 25 de mayo de 2013 • Fecha de aceptación: 27 de mayo de 2013
Fecha de publicación del artículo: 29 de mayo de 2013

Evid Pediatr. 2013;9:21.

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Martínez Rubio A. Las bebidas azucaradas y la obesidad en los niños y adolescentes. Evid Pediatr. 2013;9:21.

Para recibir Evidencias en Pediatría en su correo electrónico debe darse de alta en nuestro boletín de novedades en
<http://www.evidenciasenpediatria.es>

Este artículo está disponible en: <http://www.evidenciasenpediatria.es/EnlaceArticulo?ref=2013;9:21>
©2005-13 • ISSN: 1885-7388

Las bebidas azucaradas y la obesidad en los niños y adolescentes

Martínez Rubio A.

Grupo PrevInfad. C.S. de Camas. Sevilla. (España).

Correspondencia: Ana Martínez Rubio, mrubiorama@gmail.com

La obesidad es hoy en día una preocupación de primer orden para los sistemas de salud. Se comporta como una enfermedad crónica y es difícil de tratar, pues exige cambios en el estilo de vida durante tiempo prolongado. Por eso y por el temor a sus consecuencias a largo plazo (diabetes tipo 2, enfermedad cardiovascular, problemas en casi todos los órganos corporales, etc.) parece que el mejor enfoque debería ser la prevención. Sin embargo, el mayor escollo es la gran cantidad de factores que están implicados en el origen de la obesidad. Aunque el exceso de peso de una persona concreta obedece a su forma de alimentarse y de gastar o no energía por medio de la actividad física, en realidad hay condicionantes sociales, del entorno cercano y también de los sistemas macroeconómicos que son los que hacen que más y más personas hagan elecciones inadecuadas a la hora de comer y moverse.

En relación con la alimentación humana, la investigación es muy difícil, debido a tres aspectos fundamentales: Primero, que nuestra dieta es omnívora por necesidad. Las personas comemos muchísimos alimentos distintos. De hecho, cuanto más variada es la dieta, más probable es que sea completa. Por eso no es posible asignar relaciones de causalidad a ningún alimento concreto con respecto a algún resultado en salud. En segundo lugar, los efectos de pequeños cambios de la alimentación que se convierten en hábitos solo pueden detectarse mucho tiempo después. Y además, los instrumentos de medida (encuestas dietéticas, recordatorios de alimentos ingeridos en 24 horas), son en sí mismos instrumentos poco sensibles, con muchas posibilidades de sesgos.

El comportamiento alimentario está influido por factores muy variados. Antaño estaba condicionado a la estacionalidad, los productos locales y por supuesto, al nivel económico. En el momento actual es posible elegir entre gran número de productos ya que se han desarrollado especies más resistentes, se han multiplicado las formas de producción y conservación de alimentos, las comunicaciones acercan los mercados, los medios difunden las modas. Además, los modelos educativos y la organización familiar han cambiado de forma trascendental. Todo ello contribuye a que la forma de alimentarse de las generaciones actuales sea muy variable, y a la vez muy globalizada. Si hace 100 años (bueno, y desgraciadamente hoy mismo, según en qué lugar del globo se haya nacido) el mayor riesgo nutricional era la desnutrición o carencia de nutrientes específicos, en el momento actual lo es la obesidad y todas sus comorbilidades.

El desarrollo del gusto comienza ya en la etapa antenatal, en que el feto está expuesto a sustancias y sabores de la dieta de su madre a través del líquido amniótico¹. Continúa durante la lactancia materna y la forma en que se pasa a la alimentación normal de la familia². En este punto, la responsabilidad de los pediatras como consejeros es fundamental y hemos tardado en darnos cuenta de los errores cometidos en el pasado al guiar a las familias en esta transición. El primero fue cuando se intentó poner reglas a la lactancia materna, uno de los motivos que contribuyeron a la disminución en la tasa de amamantamiento que, afortunadamente, está revirtiendo en la actualidad. El segundo, de nuevo consistió en poner unas reglas artificiales a la alimentación de los bebés, cuando lo natural es que las crías tomen los mismos alimentos que ingieren sus progenitores y la transición sea paulatina. Ciertamente la industria ha aprovechado el filón, creando infinidad de productos alimenticios diseñados para los bebés, que, con la finalidad aparente de facilitar la vida familiar, han conseguido convertirse en un buen negocio económico a base de hacer a muchos niños adictos a determinados sabores, consistencias y productos.

Y de nuevo los pediatras hemos fracasado a la hora de recordar a los padres la importancia de las habilidades relacionadas con la alimentación tales como manipular alimentos, beber en vaso o masticar. Y si éstas no se adquieren en el momento en que el bebé está más interesado o predispuesto a ello, cosa que ocurre entre los nueve meses y el año aproximadamente, se pierde una oportunidad de oro.

El sabor dulce, uno de los favoritos de los seres humanos es omnipresente en los alimentos catalogados como "infantiles" y la textura suave homogénea también. Son fáciles de comer, de adquirir, transportar y conservar. Son cómodos para la familia, pero encierran un riesgo muy importante: el retraso en el paso a la alimentación natural o normalizada. Cuando la familia o el pediatra caen en la cuenta de que el niño rechaza ésta es, a menudo, demasiado tarde, pues ya es adicto a potitos homogeneizados, lácteos azucarados y bebidas dulces. Y se niega a comer los guisos caseros, las frutas o el pescado de la mesa familiar.

Con respecto de la responsabilidad que pueden tener las bebidas dulces en el aumento de peso, hay numerosas publicaciones recientes. Se han realizado ensayos clínicos, revisiones, seguimiento de cohortes, meta-análisis. Dos de ellos son

descritos en este número de *Evidencias en Pediatría*. Uno es realizado en niños de 6 a 11 años³, en los que el sustituir las bebidas azucaradas por otras sin azúcar, produce una disminución del aumento del peso. Aunque tiene limitaciones metodológicas⁴, se puede concluir que sustituir las bebidas azucaradas por otras sin azúcar puede contribuir a disminuir el grado de sobrepeso o obesidad.

El segundo estudio comentado en *Evidencias en Pediatría*⁵ es una revisión sistemática realizada para informar acerca de recomendaciones para una guía de práctica clínica de la OMS sobre ingesta de azúcares⁶. El objetivo es analizar la asociación entre la ingesta de azúcares en la dieta y el peso corporal en niños y adultos. Es interesante leer los tipos de ensayos incluidos en la revisión. Algunos tratan de ver qué ocurre si se aumenta el consumo de bebidas dulces y otros lo contrario. Son trabajos muy heterogéneos: no siempre valoran las mismas variables, hay diferentes intervenciones, poblaciones distintas y muchos sesgos posibles, como no analizar los casos de abandono, dudas más que razonables sobre el cumplimiento de la dieta propuesta, etc.

Cuando analizan qué pasa si se aumenta el consumo de bebidas azucaradas, la duración nunca excede las ocho semanas. Pero se comprueba que el peso corporal aumenta.

Los estudios que se centran en ver lo que ocurre si se sustituyen las bebidas azucaradas por otras edulcoradas artificialmente, suelen tener más duración y se observa que el peso disminuye también un poco.

El poder estadístico de los números puede parecer pobre, pero hay una tendencia clara: el peso corporal aumenta cuando se consumen bebidas azucaradas y disminuye cuando se restringen o sustituyen por bebidas edulcoradas. Y es proporcional a la cantidad que se consume. Si se sustituyen por otros alimentos de igual valor calórico, parece que no hay cambios en el peso.

Las bebidas dulces ¿pueden tener otros efectos? Pensemos: El sabor dulce priva a los líquidos de la capacidad de saciar la sed, por tanto, el solo hecho de beberlos puede producir más sed que, probablemente se tratará de calmar con más cantidad del mismo líquido. Más que probablemente influyen en el desarrollo del gusto, ya que modifican la percepción de los sabores de los alimentos que se toman en la misma colación. Es también muy posible que contribuyan a comer más allá de la saciedad, pues parece claro que las calorías ingeridas en forma líquida tienen poco poder saciante⁷.

¿A cuánta cantidad de azúcares libres* están expuestos nuestros niños cada día? En las encuestas de salud nacionales de 2011, el porcentaje de niños que toman refrescos y bebidas

Tabla 1. CONSUMO BEBIDAS DULCES Y REFRESCOS

Datos de la Encuesta Nacional de Salud-2011. Muestra de menores. http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2011.htm			
	A diario (%)	Más de tres veces/sem pero no a diario (%)	Porcentaje de niños más expuestos a bebidas dulces
Edad 1-4 años, varones	4,01	4,77	
Edad 1-4 años, mujeres	4,24	2,66	
Edad 1-4 años, TOTAL	4,12	3,78	7,90
Edad 5-14 años, varones	11,41	11,29	
Edad 5-14 años, mujeres	10,69	8,28	
Edad 5-14 años, TOTAL	11,6	9,83	21,43
Clase social I, varones	8,99	10,03	
Clase social I, mujeres	5,64	7,21	
Clase social I, TOTAL	7,38	8,67	16,05
Clase social VI, varones	19,24	11,54	
Clase social VI, mujeres	12,80	7,85	
Clase social VI, TOTAL	15,65	9,49	25,14

azucaradas crece con la edad y en general es siempre algo mayor en los varones. La tendencia es más llamativa en las clases sociales más bajas (tabla 1).

Sin embargo otras bebidas dulces como los batidos, no están incluidos en esa categoría de la encuesta y también contribuyen a la ingesta de azúcares. A este consumo en forma líquida habría que añadir otros alimentos que contienen azúcares y que suelen estar muy presentes en la dieta infantil: bollería, pasteles, galletas, golosinas, helados y postres. Por esto, existe un temor creciente, fundamentado en el notable incremento en la detección de casos de diabetes tipo 2 en edades cada vez más precoces, incluyendo la adolescencia, de que en las próximas décadas asistiremos a una verdadera epidemia de esta enfermedad.

¿Qué aconsejar en la consulta? ¿Qué recomendar a los legisladores y a los responsables de la salud pública? Cuando comenzó el debate relacionado con el consumo del tabaco y sus efectos en la salud (y en el gasto sanitario) se trataba de unas cuantas sustancias químicas en un solo producto. Ahora nos encontramos con unas cuantas moléculas, sí, pero distribuidas en varios miles de productos alimenticios diferentes. Y las personas tienen (tenemos) distintos gustos y dietas.

Las industrias alimentarias forman grandes consorcios, hay muchos intereses económicos en la producción y venta de alimentos que, tomados muy de vez en cuando no encierran ningún peligro, pero si se convierten en habituales pueden tener serias implicaciones, como vemos por el metaanálisis comentado⁵. Parece claro que es necesario adoptar medidas

* En el artículo utilizan el término "azúcares libres" para referirse a todos los monosacáridos o disacáridos añadidos a los alimentos por el fabricante, el cocinero o el consumidor, incluyendo los azúcares presentes de forma natural en la miel, jarabes, siropes y zumos de fruta.

de protección para los menores, ya que ellos no tienen los conocimientos necesarios para adoptar las decisiones más saludables una vez que su gusto ya se ha establecido. Los padres deben tener clara su obligación de educar y controlar el ambiente doméstico, en el que conviene que no estén presentes de forma habitual todos estos alimentos que modifican gusto, la sensación de saciedad y contribuyen a un balance energético positivo en sus hijos. Los profesionales debemos mejorar nuestro consejo nutricional, recomendando una alimentación más natural cuando comienza el destete; explicando con claridad a la población los riesgos nutricionales a los que están expuestos por el consumo de alimentos industriales, especialmente pero no solo, de las bebidas dulces. Y por último, las autoridades sanitarias deben emprender con rigor medidas de control de la publicidad y venta de productos de alto contenido en azúcares y grasas.

Sabemos por la historia pasada y reciente⁸ que los lobbys industriales son poderosos y boicotean los intentos de legislar. Por eso quizá sea la mejor herramienta la educativa, aunque mucho nos tememos que en estos asuntos ganan los más poderosos.

Conflicto de intereses: no existe.

BIBLIOGRAFÍA

1. Schaal B, Hummel T, Soussignan R. Olfaction in the fetal and premature infant: functional status and clinical implications. *Clin Perinatol.* 2004;31(2):261-85, vi-vii.
2. Maier AS, Chabanet C, Schaal B, Leathwood PD, Issanchou SN. Breastfeeding and experience with variety early in weaning increase infants' acceptance of new foods for up to two months. *Clin Nutr.* 2008;27(6):849-57.
3. de Ruyter JC, Olthof MR, Seidell JC, Katan MB. A trial of sugar-free or sugar-sweetened beverages and body weight in children. *N Eng J Med.* 2012;367:1397-406.
4. Aparicio Rodrigo M, Rivas Fernández MA. ¿Podemos afirmar que reducir el consumo de bebidas azucaradas por los niños les adelgaza? *Evid Pediatr.* 2013;9:23.
5. Esparza Olcina MJ, González Rodríguez MP. El consumo de bebidas azucaradas se asocia a la obesidad. *Evid Pediatr.* 2013;9:29.
6. Te Morenga L, Mallard S, Mann J. Dietary sugars and body weight: systematic review and meta-analyses of randomised controlled trials and cohort studies. *BMJ.* 2012;346:e7492.
7. DiMeglio DP, Mattes RD. Liquid versus solid carbohydrate: effects on food intake and body weight. *Int J Obes Relat Metab Disord.* 2000;24:794-800.
8. Harvard School of Public Health Nutrition Source. New U.S. Dietary Guidelines: Progress, Not Perfection. The Nutrition Source 2011 [fecha de consulta, 10-5-2013]. Disponible en: <http://www.hsph.harvard.edu/nutrition-source/what-should-you-eat/dietary-guidelines-2010/index.html>