



LaBanca
JuegosOficiales

**Apuesta
a tu
Salud**



SÍNDROME METABÓLICO EN NIÑOS

Responsabilidad Social Empresarial (R.S.E.)

APUESTA A TU SALUD

Dr. Edgardo Rienzi

SÍNDROME METABÓLICO EN NIÑOS



Si bien hasta ahora no existe una definición universalmente aceptada del Síndrome Metabólico en niños y adolescentes, el conglomerado de factores que lo integran es esencialmente similar al del adulto: obesidad central, triglicéridos elevados y HDL colesterol (“colesterol bueno”) bajo en sangre, presión arterial elevada, hiperinsulinemia y/o resistencia a la insulina.

La persistencia en el tiempo de este Síndrome, predispone fuertemente al desarrollo de enfermedades metabólicas (diabetes) y cardiovasculares en la adultez temprana.

Más allá de cierta predisposición hereditaria, existen dos grandes factores que han irrumpido en los tiempos modernos, y qué asociados, han transformado este fenómeno en una verdadera epidemia del siglo XXI: la alimentación inadecuada y la inactividad física. Estas dos situaciones pueden explicar por sí solas la existencia de cada uno de los componentes mencionados del Síndrome Metabólico.

Una de las grandes dificultades para la concientización respecto de este problema consiste en qué estos factores no suelen dar manifestaciones clínicas, y cuando ello ocurre, suele ser tarde. Este hecho revela que aún nos falta mucho por avanzar en cuánto a la relevancia de Educar en Prevención, de modo que reaccionemos y actuemos antes que el fenómeno ocurra y no después.

De tal magnitud es el problema, que la comunidad científica internacional ha establecido que en el siglo XXI por primera vez en la historia de la humanidad, los padres verán fallecer a sus hijos antes que ellos mismos.

A modo de guía, presentamos a continuación las pautas que establece la Federación Internacional de Diabetes (IDF) para establecer el diagnóstico de Síndrome Metabólico en niños y adolescentes:

En niños menores de 10 años:

No existen pautas para el diagnóstico a estas edades, pero el niño debe ser evaluado por médico si existen antecedentes familiares de síndrome metabólico, diabetes tipo 2, dislipemia, enfermedad cardiovascular, hipertensión arterial y/u obesidad.

Entre los 10 y los 15 años:

- ❖ **Perímetro de cintura: igual o mayor al percentil 90 para edad y sexo**
- ❖ **Triglicéridos: igual o mayor a los 150 mg%**
- ❖ **HDL colesterol: menor de 40 mg%**
- ❖ **Presión arterial: igual o mayor a 130 mmHg de sistólica e igual o mayor a 85 mmHg de diastólica.**
- ❖ **Glucemia: igual o mayor a 100 mg% o diabetes tipo 2 conocida. Es recomendable la realización de una curva de tolerancia a la glucosa.**

A partir de los 16 años:

Se utilizan los mismos criterios que para los adultos.

LA RESISTENCIA A LA INSULINA

La resistencia a la insulina se define como la incapacidad de la insulina circulante de ejercer su efecto fisiológico normal en un tejido determinado; clásicamente se habla de una incapacidad del tejido muscular esquelético de captar glucosa por falta de sensibilidad a la acción de la hormona insulina.

Frente a esta dificultad, el páncreas (órgano productor y secretor de insulina), responde en general segregando mayor cantidad de insulina al torrente sanguíneo. Ello puede determinar la presencia de una hiperinsulinemia (valores de insulinemia basales por encima de los normales >17 uU/ml-), pero con valores de glucemia basal adecuados.

Esta situación en general no puede mantenerse en forma indefinida, ya sea porque el páncreas se vuelve incapaz de mantener esa sobrecarga de producción, o porque a pesar de ello, la resistencia de la glucosa a su acción, termina provocando una elevación de los valores de ésta en sangre (aparición de diabetes).

En ocasiones, el disturbio del metabolismo glucídico puede ponerse de manifiesto aun estando el individuo con valores de glucemia basal dentro del rango normal (0,7-1,1 g/l). Para ello, se utiliza la llamada curva de tolerancia a la glucosa. Consiste en la determinación de la glucemia basal, y suministro de unos 70 g de glucosa vía oral al paciente, el cual debe permanecer en reposo durante las siguientes dos horas. Pasado ese lapso, se realiza una segunda determinación de glucemia; los valores normales en este caso deben estar por debajo de 1,4 g/l. Cuando los valores obtenidos son superiores a 2 g/l se establece el diagnóstico de diabetes.

Entre 1,4 y 1,99 g/l se realiza el diagnóstico de intolerancia oral a la glucosa; ella refleja la dificultad que tiene la insulina (por resistencia a ella o por insuficiente secreción por parte del páncreas) para favorecer la entrada de glucosa desde el torrente circulatorio hacia los tejidos.

Cualquiera de las situaciones descritas (especialmente la hiperinsulinemia reactiva) son tan frecuentemente observables en niños y adolescentes, como en adultos.

Se debe estar alerta entonces para poder sospechar su existencia, cuando existen otros factores concomitantes que integran el Síndrome Metabólico (triglicéridos, elevados, HDL o colesterol "bueno" bajo, sobrepeso u obesidad, presión arterial elevada, etc.).

Uno de las indicaciones terapéuticas más importantes para el tratamiento del Síndrome Metabólico en general, y de la resistencia a la insulina en particular, lo constituye la práctica de actividad física regular.

En las últimas décadas, se ha puesto de relieve que durante el ejercicio, se produce un mecanismo de entrada de la glucosa a los tejidos desde la sangre, que es independiente al mecanismo que pone en marcha la insulina.



Así, durante el ejercicio, y en un periodo de tiempo posterior al mismo, el sistema de captación de glucosa desde los tejidos, se encuentra activado, lo que resulta en menor necesidad de disposición de insulina pancreática para lograr mantener el equilibrio de glucosa en sangre.

En función de la trascendencia de lo expuesto, no sólo encontramos aquí un factor más para jerarquizar el importantísimo rol del ejercicio físico para la Salud, sino que además, debe alertarnos respecto de la situación opuesta: el sedentarismo.

Estudios recientes han puesto de relieve que los individuos con normo peso pero que desarrollan bajos niveles de actividad física, se encuentran en mayor riesgo metabólico que aquellos que son activos. Esta misma situación se da en los sujetos obesos: el riesgo metabólico es mucho menor en aquellos que practican actividad física regularmente.

Si bien ambos aspectos (dieta y ejercicio) deben ser considerados a la hora de tratar un sujeto obeso, la tendencia actual es a un cambio de prioridades: la primera premisa debe ser estar activo físicamente (mínimo actividad aeróbica moderada de 30' de duración, 5 a 7 veces a la semana), y la segunda, lograr el normopeso.

Es así que actualmente se halla muy en boga el concepto "fat but fit", el cual significa gordo pero acondicionado; a partir de esta conclusión, quizás el médico pediatra debiera recomendar a los padres mayor actividad física para sus hijos, antes que intentar someterlos exclusivamente a dietas exigentes. No desconocemos la importancia que tiene una alimentación adecuada en cantidad y calidad. De hecho su no observancia es una de las máximas responsables que la obesidad se halla transformado en una verdadera epidemia de este siglo. Más aun, la acumulación de tejido adiposo en exceso a nivel del abdomen, se considera el principal responsable del desarrollo de la resistencia a la insulina.

El planteo es si luego de muchos años de fracasos en la aplicación de dietas hipocalóricas como principal objetivo, no será tiempo de ensayar con la actividad física como el primer objetivo, teniendo en cuenta los otros beneficios que el ejercicio brinda, más allá del metabólico específico señalado en este caso. Debiéramos considerar este planteo desde todos los ámbitos: familiar, educativo, médico, y organismos del Estado.

Mientras tanto nuestra propuesta es que así como el ejercicio físico constituye una herramienta fundamental para neutralizar el Síndrome Metabólico, su opuesto, la inactividad física, debiera considerarse como un componente fundamental de cualquier clasificación que valore el riesgo de desarrollar esta afección, tanto en niños y adolescentes, como en los sujetos adultos.

Los niños y adolescentes cada vez disponen más horas del día al desarrollo de actividades que prácticamente implican una inactividad física total (computadoras, televisión, celulares, juegos electrónicos, etc.). Ya existen estudios concluyentes que demuestran que aquellos que destinan más de dos horas diarias a este tipo de actividades, presentan una predisposición futura a desarrollar enfermedades cardiovasculares y metabólicas (diabetes por ejemplo), tres o cuatro veces superiores que aquellos que son más activos.

Para pensar...

FUENTE

* The IDF consensus worldwide definition of the Metabolic Syndrome. International Diabetes Federation, 2006.

****Este folleto tiene únicamente un propósito informativo y no sustituye el consejo, diagnóstico o tratamiento proporcionado por su médico.***