

Prevenció i tractament del sobrepès i l'obesitat a pediatria

Pautes de consens d'assistència primària de l'ICS
en coordinació amb l'Hospital de Sant Joan de Déu



Prevenció i tractament del sobrepès i l'obesitat a pediatria

Pautes de consens d'assistència primària de l'ICS en coordinació amb l'Hospital de Sant Joan de Déu

Equip de consens:

Patxi Arbizu Urdiain

Infermer pediàtric EAP Sant Ildefons, Cornellà de Llobregat, SAP Baix Llobregat Centre

Joan Bosch Hugas

Referent SAP Baix Llobregat Centre. Pediatre EAP Rambla Sant Feliu de Llobregat.

Jordi Fernández Blanco

Infermer Equip Pediàtric Alt Penedès. Referent Obesitat Costa Ponent.

Encarnació Fernández Férez

Pediatra Equip Pediàtric Garraf

Susana Gutiérrez Jaime

Referent Barcelona Esquerra - Pediatra CAP Adrià, SAP Barcelona Esquerra

Marina Llobet Garcés

Nutricionista Sant Joan de Déu

Vicente Morales Hidalgo

Pediatre Equip Pediàtric Alt Penedès. Referent Costa Ponent

Mercè Morejón Salvador

Infermera pediàtrica. EAP Sant Ildefons, Cornellà de Llobregat. SAP Baix Llobregat Centre

Emili Orsola Lecha

Pediatre

Marta Ramon Krauel

Endocrinòloga Pediàtrica Sant Joan de Déu

Larisa Suárez Ortega

Endocrinòloga Pediàtrica Sant Joan de Déu

Amb la col·laboració de:

Miquel Àngel Jansà Moñino


Llicenciat en Educació Física. Sant Vicenç del Horts

Dibuixos: Joan Bosch i Hugas

Maquetació: Àrea d'Audiovisuals de la Gerència Territorial Metropolitana Sud

Amb la col·laboració:

1a edició: octubre 2016

 Es permet la reproducció parcial o total sempre que se n'indiqui la procedència.

Impressió: XXXXX

ISBN: XXX-XX-XXX-XXXX-X

Dipòsit legal: XXXXXXXX

Índex

• Presentació	7
• Introducció	11
• Comorbiditats	13
• Un programa amb dues fases i un únic objectiu	19
• Primera fase: detecció, diagnòstic i intervenció a l'atenció primària	21
- La primera visita	22
• L'anamnesi i una exploració clínica orientada	22
• Investigació dels hàbits dietètics i de l'activitat física	23
- Els control periòdics	23
• Segona fase: derivació hospitalària i seguiment conjunt coordinat	25
• El tractament	29
- La prevenció, el millor tractament	30
- Els consells dietètics, una negociació amb els nens... i la família	31
- L'exercici físic, una necessitat complementària	33
- La teràpia conductual, una via de gestió	35
• El suport psicològic	36
• Annexos	37
• Bibliografia	63

Presentació



La monografia de pautes de consens entre l'atenció primària Costa de Ponent i l'Hospital Sant Joan de Déu sobre Prevenció i tractament del sobrepès i de l'obesitat a pediatria, realitzada per un equip de diversos nivells assistencials (l'Hospital Sant Joan de Déu i l'Institut Català de la Salut, àmbit Costa de Ponent i SAP Esquerra) i que em conviden a prologar com a president de la Societat Catalana de Pediatria, és per a mi un motiu de satisfacció i agraïment per diverses causes.

En primer lloc, vull destacar la transcendència i l'actualitat del tema de l'obesitat, en un moment en què es parla repetidament de malnutrició i desnutrició com a conseqüència de la crisi econòmica que afecta un nombre important de famílies, en les quals la població infantil n'és una de les més vulnerables. La mala alimentació i la manca d'educació sanitària pel que fa a la nutrició poden condicionar en alguns casos la ingesta d'una dieta desequilibrada, que juntament amb el sedentarisme condueixen al sobrepès i l'obesitat, amb repercussions greus i importants que afecten primerament durant la infància i, més endavant, en l'edat adulta. No oblidem que un alt percentatge de l'obesitat de l'adult s'origina durant la infància i l'adolescència.

En segon lloc, cal valorar que en la redacció d'aquest llibre hi han intervingut professionals de diverses àrees del coneixement, totes relacionades amb l'atenció del nen i l'adolescent. A més, destaquen la col·laboració i la relació establertes entre la pediatria d'atenció primària de diversos àmbits geogràfics, d'una banda –incloent-hi un equip ja consolidat de pediatria territorial, el de l'Alt Penedès, màxim exponent de l'organització de la pediatria que defensem des de la Societat Catalana de Pediatria per a tota Catalunya– i, de l'altra, l'Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona.

Pediatres, diplomats en infermeria pediàtrica –de gran importància en l’apartat de l’alimentació a la consulta d’atenció primària, des de la història clínica fins el control del nen sa–, endocrinòlegs pediàtrics i personal d’infermeria de la unitat d’obesitat, nutricionistes –especialistes que també haurien de ser a l’atenció primària– i llicenciats en educació física, són els actors d’aquesta monografia.

Finalment, voldria assenyalar que aquest programa d’intervencions que es du a terme en dues fases –una primera de detecció, diagnòstic i intervenció a l’atenció primària, i una segona que preveu la possibilitat de derivar el pacient a la unitat d’obesitat de l’hospital en cas que no es produeixi una bona evolució, amb la realització d’un seguiment conjunt coordinat– és exposat de forma concisa, clara i pràctica, tal com també demostren els dinou annexos inclosos al final de l’obra.

En nom de la Societat Catalana de Pediatria desitjo que els autors obtinguin el reconeixement que mereixen per l’esforç i la dedicació que hi han esmerçat, tant per part de la pediatria primària com de l’hospitalària, per a la qual cosa tant la presentació com la difusió d’aquestes pautes són molt necessàries. La Societat es congratula que diversos dels seus socis en siguin autors; així mateix, considera fonamental la prevenció i el tractament de la nova epidèmia que ha esdevingut l’obesitat del nen i de l’adolescent.



Ferran A. Moraga Llop
President de la Societat Catalana de Pediatria



L'Associació Catalana d'Infermeria Pediàtrica té el plaer de sumar-se a la presentació d'aquest llibre. La col·laboració de tots és primordial per detectar, i sobretot, prevenir, l'obesitat en la infància, ja que cada dia més estudis corroboren que aquest sobrepès mantingut juntament amb les socioadiccions, són la nova epidèmia del segle XXI.

Aquest llibre no és un treball més. No es tracta d'un llibre més per acomodar a la consulta. Tampoc és un protocol, ni una guia de pràctica clínica. És la suma de totes les iniciatives que des de diferents àmbits han consensuat una manera d'abordar l'obesitat abans d'arribar a l'adolescència.

No va adreçada específicament a metges ni infermeres, sinó a totes les persones que puguin i vulguin donar suport a infants, nens, adolescents, pares i mares, o persones pròximes al nen o nena amb obesitat, que ja pateix algunes de les bromes dels amics a l'escola. Perquè més enllà de la pròpia imatge, hi ha la salut que s'afegeix al pes a la balança.

La prevalença de sobrepès a Catalunya ha passat del 27,8% al 38,9%, i l'obesitat del 11,9% al 15,6% en deu anys, probablement perquè hi ha quelcom que no s'ha fet bé. És el moment de fer pinya i d'unir esforços com un castell que s'aixeca amb un objectiu comú, per no caure en el parany de donar cops en va.

És necessari modificar alguns hàbits de vida perquè si no és així, poca cosa aconseguirem. És aquí on el sedentarisme i els videojocs tenen un paper immens. Les pràctiques habituals són el més difícil de canviar en les persones, però, amb els nens, tenim una oportunitat única i irrepètible, per la seva plasticitat (tant per aprendre allò bo, com allò dolent).

Si els pares i mares segueixen adquirint els mateixos aliments que fan fins ara, és ben segur que els nens menjaran el mateix. Els canvis no els poden fer els nens i nenes sols, es tracta de fer-ho en la família en primera instància, i en la societat en general, motivant models d'exercici a l'aire lliure i àpats equilibrats en consonància amb l'època del any en què ens trobem.

La primera fila d'aquesta lluita l'han de liderar els equips d'atenció primària, on les infermeres pediàtriques són una peça clau, ja sigui en la pròpia consulta o bé en les escoles i instituts dintre del Programa Salut i Escola, i també a través de les infermeres de salut escolar per als alumnes de primària, en les escoles que en tinguin. No hi ha esforços petits ni grans, sinó els que s'uneixen per aturar les conseqüències de l'obesitat a l'edat adulta.

Afortunadament, aquest mal es pot prevenir en gran mesura si s'introdueixen els canvis adequats en l'estil de vida, tal i com proposa aquest llibre.

Amb l'estímul i suport a aquesta obra reafirmem el nostre compromís com a societat científica amb tots els integrants que han treballat per fer-la realitat i amb la il·lusió de veure els resultats de la seva aplicació en un espai breu de temps.



Anna Pedraza Anguera
Presidenta de la Associació Catalana d'Infermeria Pediàtrica

Introducció

El sobrepès i l'obesitat es defineixen com una acumulació excessiva de greix que pot resultar perjudicial per a la salut. La causa fonamental del sobrepès i l'obesitat es deu a un desequilibri energètic entre les calories aportades amb la ingesta i les consumides. En la societat actual, tant en els països desenvolupats com també en algunes poblacions dels països en vies de desenvolupament, s'han produït canvis en l'alimentació que han derivat en un augment en la ingesta d'aliments hipercalòrics que són rics en greix, sal i sucres, però a la vegada, deficients en vitamines, minerals i altres micronutrients. D'altra banda, també s'ha produït un descens en l'activitat física com a resultat de la naturalesa cada vegada més sedentària de moltes feines i de la reposada comoditat dels nous mitjans de transport i desplaçament¹.

Malauradament, l'obesitat comporta un augment del risc de patir malalties com la diabetis, trastorns cardiovasculars², alguns tipus de càncer, depressió i moltes altres malalties de diferents òrgans i sistemes. Aquestes i altres complicacions condicionen un augment de la mortalitat, però també, una pitjor qualitat de vida. A nivell mundial, l'obesitat és la segona causa de mortalitat prematura i evitable, per darrera del tabac³.

L'obesitat infantil s'associa amb una major probabilitat d'obesitat en la vida adulta. Segons diversos estudis, un 77% dels nens obesos continuaran sent obesos en fer-se adults⁴. Tanmateix, l'obesitat comporta una pitjor qualitat de vida i una disminució de l'esperança de vida. A més de les conseqüències a llarg termini, l'obesitat infantil també té un impacte en la salut immediata; així, els nens amb obesitat sovint ja tenen complicacions com la hipertensió arterial, l'augment del colesterol i altres trastorns que s'associen a les malalties cardiovasculars. També presenten una major predisposició a patir malalties com l'asma, un major risc de fractures i d'afectacions psicològiques que produeixen aïllament social i estats d'ansietat i depressió.

L'excés de pes en la població infantil espanyola afecta el 45,2% dels nens i nenes amb edats compreses entre els 6 i els 9 anys, com queda reflectit a l'estudi ALADINO, publicat al juliol del 2011, basant-se en les taules de creixement de la Fundació Orbegozo de 1988 (Annex 1). Aquest

estudi recull dades actualitzades de la prevalença de l'obesitat infantil a Espanya i ha estat realitzat en gairebé 8.000 nens i nenes⁵.

L'estudi DELPHI Costos socials i econòmics de l'obesitat i les seves patologies associades, és el major estudi realitzat a Espanya que avalua el cost sanitari derivat de la obesitat al nostre país. Dades d'aquest estudi, del 2002, estimen el cost sanitari de l'obesitat en més de 2.507.000 euros, que representa quasi un 7% de la despesa sanitària total⁶. A més del cost sanitari, cal considerar que l'obesitat comporta altres despeses associades, com l'absentisme laboral, que són més difícils de quantificar.

Donat el gran impacte sanitari de la obesitat, es fa imperativa la creació de programes específics per la prevenció i el tractament de l'obesitat infantil on treballin de forma integrada els professionals de diferents àmbits.

Nombroses publicacions han demostrat que la modificació d'hàbits és una estratègia vàlida i ha de ser l'eina principal per combatre el sobrepès i l'obesitat infantil⁷. Els programes d'intervenció han de tenir com a finalitat promoure hàbits saludables des de l'educació nutricional i l'exercici físic. El missatge d'aquests programes ha de ser entenedor i la proposta assolible, afavorint-ne d'aquesta manera l'adhesió.

Així doncs, l'objectiu és protocol·litzar l'atenció per la prevenció i tractament de l'obesitat infantil, integrant l'actuació dels diferents professionals tant de l'àmbit d'atenció primària com de l'àmbit hospitalari. Amb aquesta col·laboració i treballant en comú es pretén afavorir que es puguin assolir els objectius de reeducació d'hàbits, a l'hora que es pot intensificar el tractament, i optimitzar els recursos més adients en cada ocasió.

Donat que hi ha més accessibilitat i proximitat dels centres d'atenció primària i pel fet que els professionals d'atenció primària tenen un coneixement més gran de les famílies i del seu entorn, el CAP és l'entorn idoni per fer la prevenció, la detecció i el tractament del nen amb obesitat. El foment d'hàbits saludables i l'exercici físic constitueixen el nucli conceptual en què es fonamenta la proposta. En aquesta tasca de reeducació d'hàbits cal destacar el paper importantíssim dels professionals d'infermeria d'atenció primària.

Comorbiditats

Psicosocials

- Baixa autoestima
- Depressió

Respiratòries

- Apnea de la son
- Insuficiència respiratòria

Gastrointestinals

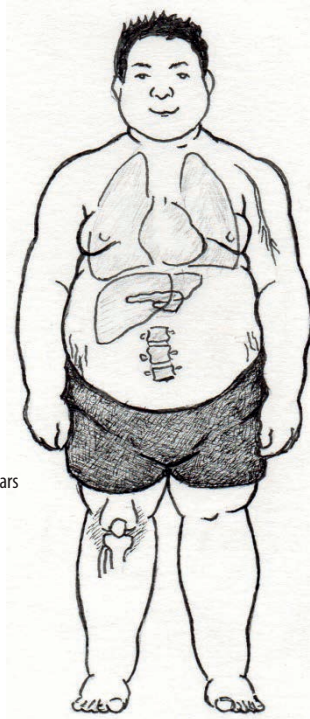
- Esteatohepatitis

Renals

- Glomeruloesclerosi

Musculoesquelètiques

- Augment de les lesions articulars
- Peus plans
- Escoliosi
- Malaltia de Perthes



Cardiovasculars

- Dislipèmia
- Hipertensió

Endocrinològiques

- Síndrome metabòlica
- Diabetis mellitus tipus 2
- Resistència a la insulina
- Pubertat precoç
- Síndrome de l'ovari poliquístic
- Hipogonadisme

Dermatològiques

- Estries

Fig. 1 - Comorbiditats

La síndrome metabòlica

La síndrome metabòlica (SM) està constituïda per un conjunt de factors de risc cardiovascular molt relacionats amb l'obesitat i la resistència a la insulina.

Nombrosos estudis han demostrat que la obesitat infantil s'associa amb diabetes mèllitus, tipus 2 (DM2) i augment del risc cardiovascular a la vida adulta^{8,9}

A l'adult, els criteris de diagnòstic de la SM, segons la ATP III (*Adult Treatment Panel III*), l'OMS i l'IDF (*International Diabetes Federation*) inclouen la presència de tres dels següents factors: obesitat abdominal, hipertensió arterial, hipertrigliceridèmia, disminució del colesterol HDL i

risc de resistència a la insulina, hiperglucèmia en dejú o DM2. En població d'edat pediàtrica encara no hi ha consens pel que fa als paràmetres per diagnosticar la SM. Aquesta discrepància en els criteris diagnòstics es fa palesa en diferents estudis realitzats. Si comparem, per exemple, el treball realitzat per Cook¹⁰ amb el de Ferranti¹¹, ens sorprendrà que en el segon es dupliqui el resultat de la prevalença de la malaltia respecte del primer.

Són nombrosos els estudis que evidencien l'existència d'una relació directe entre de l'adipositat abdominal i el risc de malaltia cardiovascular, dislipèmia, resistència a la insulina i DM2. És per això que es aconsellable la determinació de la circumferència abdominal en tots els nens amb obesitat infantil. A l'annex 2 es poden trobar taules de valors adaptades a l'edat pediàtrica

Els nadons amb baix pes al néixer per l'edat gestacional són especialment vulnerables amb augment del risc per desenvolupar adipositat, resistència a la insulina i SM.

La diabetis mellitus tipus 2 (DM2)

La relació entre obesitat infantil i DM2 està suficientment avalada a la literatura mèdica¹⁴.

Tot i no obviant que existeix un component genètic associat al risc de desenvolupar DM2, el factor ambiental i l'associació amb obesitat és clara. A l'obesitat, es produeixen alteracions en l'homeòstasi de la glicèmia anteriors a la hiperglucèmia. El risc a desenvolupar una DM2 augmenta proporcionalment al temps que el nen es manté amb valors d'obesitat infantil. Es tracta d'una comorbiditat molt perillosa ja que en edat infantil i a l'adolescència pot ser asimptomàtica malgrat incidir de manera important en la disminució de la qualitat de vida en l'edat adulta i, fins i tot, en la mortalitat.

Durant la infància i adolescència en cas de sobrepès o obesitat i la presència de 2 o més factors de risc addicionals per patir diabetis com són A partir dels 10 anys o al inici de la pubertat si esdevé abans, davant la presència de signe de resistència a la insulina (acantosi, HTA, ovari poli-quístic, etc.), antecedents familiars de primer grau de DM2, ètnia de risc (hispanics, asiatics, etc.) o història materna de diabetis o diabetis gestacional durant l'embaràs, cal fer despistaeje per la diabetis amb realitzar una determinació analítica per conèixer el nivell de glucosa basal o nivells de HbA1C o amb la determinació dels nivells de glucosa 2 hores després de una sobrecàrrega

oral de glucosa. Aquests pacients són d'alt risc i el despistatge s'ha d'anar repetint cada 3 anys (ADA 20151013)

La resistència a la insulina

La resistència a la insulina es defineix com la incapacitat de la insulina plasmàtica, a concentracions normals, de metabolitzar la glucosa perifèrica i per tant d'eliminar la glucosa hepàtica i inhibir la producció de lipoproteïnes de molt baixa densitat (VLDL).

Per la seva accessibilitat diagnòstica l'acantosi nigricans (fig. 2) es pot considerar com el marcador cutani d'un heterogeni grup d'alteracions endocrines caracteritzades per la resistència a la insulina. La seva incidència elevada en els obesos sembla estar relacionada amb un increment en la unió de la insulina a receptors de factors de creixement semblants als de la insulina localitzats en els queratinòcits i els fibroblasts.



Fig. 2 – Acantosi nigricans

En les adolescents amb obesitat i resistència a la insulina aquesta hiperinsulinèmia sovint s'associa a hiperandrogenisme ovàric situant les adolescents en risc de desenvolupar una síndrome de l'ovari poliquístic. S'ha de pensar en aquesta entitat en les adolescents que presenten oligomenorrea i signes clínics d'hiperandrogenisme. Al laboratori es detecten nivells alts de testosterona lliure.

Alteracions del metabolisme lipídic

Els nens i adolescents amb problemes d'obesitat tendeixen a presentar una elevació del colesterol total, del colesterol associat a lipoproteïnes de baixa densitat (LDL) i dels triglicèrids, i sobretot un descens del colesterol de alta densitat (HDL). Aquesta predisposició augmenta la probabilitat de desenvolupar una aterosclerosi i de patir malalties cardiovasculars.

Davant la sospita d'una dislipèmia s'haurà de demanar un perfil lipídic en dejú de 12 hores. Per la investigació preventiva, sense més sospita que la major incidència per tractar-se d'un nen obès, ni hi haurà prou amb la determinació del colesterol, el colesterol LDL, el colesterol HDL i els triglicèrids.

Hipertensió arterial

En las últimes dècades s'ha posat en evidència que la hipertensió arterial (HTA) essencial es freqüent entre la població infantil i sobretot entre els adolescents. Les conseqüències a llarg termini en la salut d'aquests nens i adolescents amb hipertensió son considerables pel que és importants la detecció i el tractament de forma precoç¹². Existeix una clara predisposició genètica evidenciada pels antecedents familiars d' HTA o de malaltia cardiovascular. Malgrat el risc potencial de la predisposició genètica, no és gens infreqüent que els nens i adolescents amb hipertensió sovint també pateixin de sobrepès o obesitat denotant el paper fonamental dels factors ambientals en el desenvolupament d'aquesta malaltia¹². Són diversos els estudis que mostren una clara associació entre el guany ponderal, el percentatge de greix corporal, l'hiperinsulinisme i l'HTA.

Segons dades de la *Sociedad Española de Hipertensión - Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial* (SEH-LELHA), la prevalença d'hipertensió arterial en nens a l'estat espanyol és de l'1,5 al 3% i són diversos els informes que refereixen que les xifres de la pressió arterial determinades durant l'edat pediàtrica influeixen de manera clara en les xifres de pressió arterial que es tindran a la vida adulta¹³. Actualment, es considera que la hipertensió idiopàtica del adult té els seu origen a l'edat pediàtrica justificant-se la importància de la determinació sistemàtica de la tensió arterial en el seguiment del nen obès a fi de fer una detecció el més precoç possible.

Cal tenir en compte que, a totes les edats, la talla del nen es correlaciona, de forma dependent, amb la tensió arterial. A la pràctica, les associacions que determinen la tensió arterial són molt importants i obliguen a considerar no només l'edat, si no també el pes, la talla i l'índex de massa corporal.

Per considerar que un nen és hipertens s'hauran de fer tres determinacions de mitjana en les quals el resultat estigui per sobre del percentil 95. En el supòsit que el resultat obtingut es situï entre els percentils 90 i 95 es parlarà de risc d'hipertensió obligant a un seguiment més acurat. El programa informàtic pel control del nen sa de l'e-Cap ja calcula els percentils segons les variables esmentades. A l'annex 3 també es pot consultar la taula de valors.

Afectació psicològica

La baixa autoestima sol ser el problema psicològic principal i la causa d'una major predisposició a la depressió comparativament a la població general. Els nens obesos no poques vegades són víctimes de la mofa i discriminació dels seus companys. Una important conseqüència de la discriminació i del neguit originat pel incompliment de tòpics estètics de forta arrelada cultural és la preocupació pel pes expressada per l'adolescent. Són diversos els estudis que han demostrat que els nens són negativament sensibles a l'obesitat a l'hora de fer amistat o compartir jocs. Els nens amb sobrepès ocupen l'últim lloc de preferència a l'hora d'escollir amistosats.

Complicacions gastrointestinals

La esteatosi hepàtica no alcohòlica (EHNA) és una patologia que ha anat en augment coincidint amb l'increment de les xifres d'obesitat infantil, i és actualment l'alteració hepàtica més freqüent en la població pediàtrica¹⁴. És una malaltia reversible en les etapes inicials que es defineix per l'acumulació de greix al fetge. Posteriorment aquesta acumulació de greix pot condicionar inflamació i esteatohepatitis que en algunes ocasions pot evolucionar a fibrosi-cirrosi hepàtica o, fins i tot, degenerar a carcinoma hepàtic. La esteatosi hepàtica no alcohòlica s'associa a obesitat abdominal, resistència a la insulina o diabetis mèl·litus tipus 2 i altres components de la SM.

Per el seu diagnòstic es recomana la realització de l'estudi analític on es pot detectar una elevació de les transaminases. Generalment, l'augment de les ALT és major que el de les AST, considerant-se el primer, com a millor marcador d'esteatohepatitis. La ecografia es una bona eina diagnòstica per visualitzar el greix hepàtic.

La colestasi associada a l'obesitat representa el 50% dels casos de colelitiasi en l'adolescència. L'excés de greix corporal condiona un elevat trànsit de colesterol i un augment de la secreció pel sistema biliar. Les concentracions de colesterol molt altes en relació a les sals bilials i fosfolípids afavoreixen la formació de càlculs. Una anamnesi i exploració orientada determinen la sospita clínica que s'haurà de confirmar amb les exploracions complementàries. L'ecografia és la prova d'elecció pel diagnòstic de la litiasi biliar. Cal fer el diagnòstic diferencial amb altres malalties com són l'úlcera pèptica, el dolor d'origen toràctic, el reflux gastroesofàgic, la dispèpsia no ulcerosa, el còlon irritable o la hepatitis.

Si be, no existeixen estudis de laboratori específics per al diagnòstic de la litiasi biliar, una bioquímica per a testar la funció hepàtica amb l'amilasa, l'hemograma, el perfil lipídic i una anàlisi d'orina pot ajudar a evitar confusions amb processos d'altres etiologies.

Afectacions de l'aparell locomotor

Degut a la sobrecàrrega del aparell locomotor provocada pel sobrepès és freqüent que els nens obesos presentin trastorns ortopèdics. Genu valgum, epifisiolisi de cap de fèmur, peus plans, escoliosi, coxa vara o malaltia de Perthes són patologies més susceptibles de ser diagnosticades en un obès. La confirmació de la sospita diagnòstica ens la donaran les exploracions per la imatge, molt especialment la radiologia.

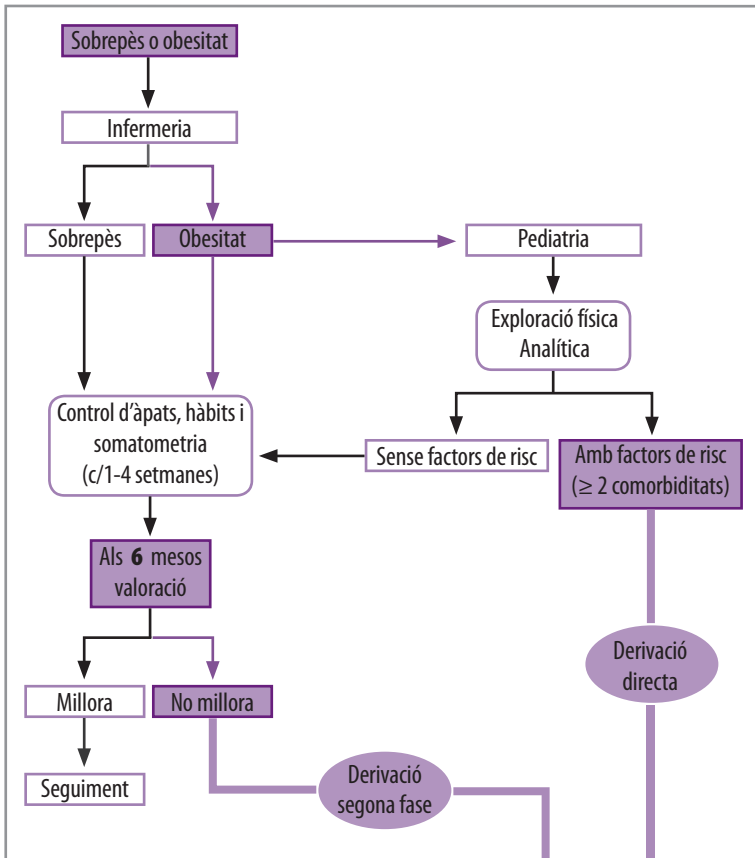
Alteracions respiratòries

La síndrome d'apnees-hipoapnees obstructives de la son (SAHOS) esdevé una complicació molt sovintejada entre els nens obesos. Es caracteritza per una obstrucció parcial o completa de la via aèria durant el repòs nocturn que altera el patró normal de la son i dificulta el flux aeri respiratori. S'associa amb importants comorbiditats podent afectar la funció neurocognitiva i el comportament, però també al sistema cardiovascular i, fins i tot, pot produir alteracions metabòliques i afectació del creixement.

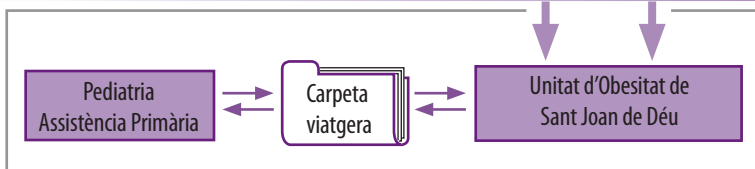
La sospita diagnòstica es pot confirmar mitjançant la realització d'una polisomnografia que obligarà a la derivació a un centre especialitzat.

Un programa en dues fases i un únic objectiu

Primera fase al Centre d'Atenció Primària



Segona fase d'atenció compartida



Taula 1 – Algorisme general del protocol

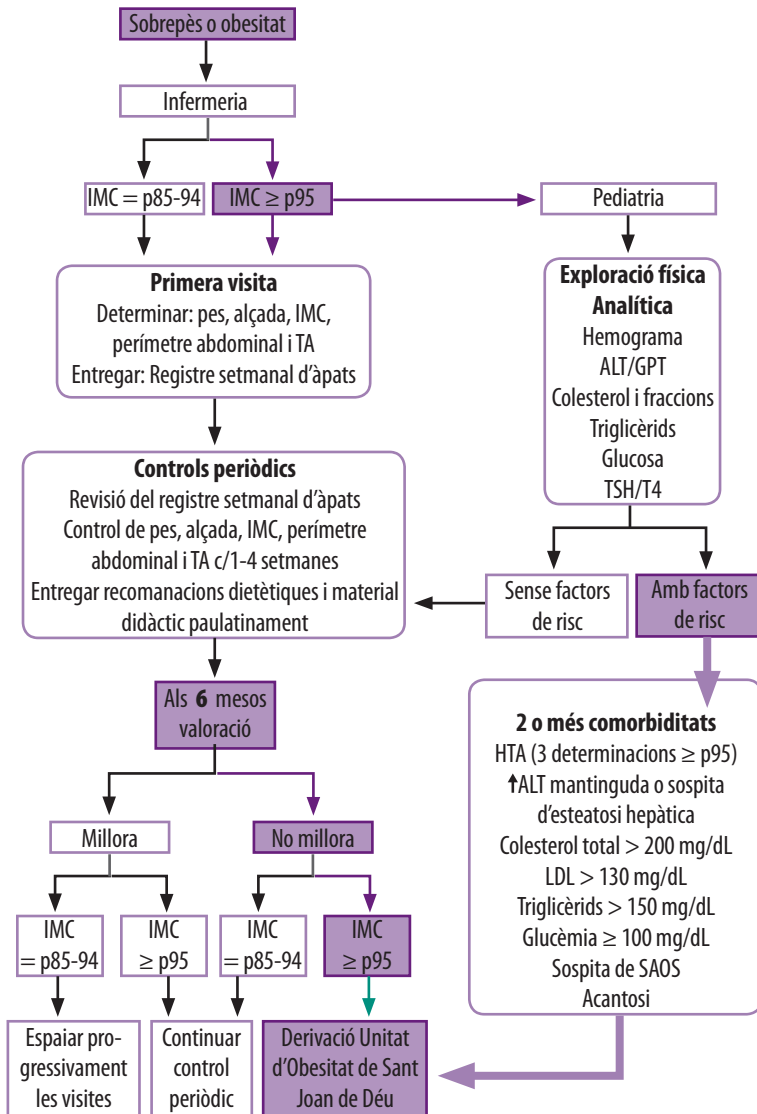
L'objectiu del programa és aconseguir modificar hàbits dietètics poc saludables i estimular l'exercici i la pràctica esportiva amb la finalitat de prevenir la obesitat i complicacions associades a la vida adulta. Per portar-ho a terme, es fa necessària la implicació del personal sanitari pediàtric, tant d'Atenció Primària com especialitzat, de la família i de l'escola.

El programa consta de dues fases d'una durada total de divuit mesos. La primera fase es desenvolupa exclusivament al CAP on el pediatra i la infermeria pediàtrica controlen al pacient durant un període mínim de sis mesos. Si al cap de sis mesos, la evolució del pacient no ha estat prou satisfactòria o el pacient presenta factors de risc importants, es podrà derivar a l'hospital, on s'iniciarà la segona fase de seguiment de manera conjunta amb el personal especialitzat de la Unitat d'obesitat. Per tant, la majoria dels nens romandran a la primera fase i només passaran a la segona aquells casos de difícil control o que presentin comorbiditats importants.”

Amb aquesta iniciativa es pretén millorar la qualitat assistencial mitjançant l'optimització dels recursos, el reforçament de les relacions entre diversos nivells assistencials i el foment de la formació continuada.

El tractament de l'obesitat infantil suposa un llarg camí, iniciat amb la prevenció, de fites sovint a llarg termini que massa freqüentment es veuen frustrades pel incompliment dels objectius marcats. L'èmpenta i l'entusiasme dels professionals implicats és un requisit fonamental per afrontar una malaltia que força vegades ni tan sols és considerada com a tal per familiars i afectats.

Primera fase: Detecció, diagnòstic i intervenció a Atenció Primària



Taula 2 – Algorisme de la primera fase

La primera visita: _____

L'anamnesi i una exploració clínica orientada

Quan es detecti un pacient amb sobrepès o obesitat ja sigui en un control de salut o per petició expressa de tractament feta per la família o el mateix nen, el primer que caldrà serà mesurar objectivament el grau d'afectació mitjançant l'índex de massa corporal (IMC). Es considerarà obès quan l'IMC sigui igual o superior al percentil 95 i es valorarà com a sobrepès si l'IMC està comprès entre els percentils 85 i 94. El programa informàtic pel control del nen sa de l'e-Cap ja calcula els percentils segons les taules de creixement de la Fundació Orbegozo de 1988 (Annex 1)

En ambdues circumstàncies s'iniciarà el protocol amb la realització d'una anamnesi orientada. Interessa molt especialment deixar constància de la presència o no d'un goll i d'acantosi per les especials connotacions endocrinològiques que suposen la seva existència. També tenen un interès rellevant els antecedents familiars d'obesitat o de comorbiditats especialment freqüents entre els obesos: diabetis tipus 2, hipertensió arterial o dislipèmia. Els antecedents dietètics són importants per conèixer si existeixen hàbits alimentaris que puguin predisposar al desenvolupament d'obesitat, mentre que la constatació de l'ètnia pot ajudar a identificar factors de risc derivats d'hàbits dietètics peculiars o predisposició genètica. Aquest full permet realitzar la anamnesi d'una forma estandaritzada i agilitzar la consulta hospitalària en cas de derivació aportant les dades recollides en un format fàcilment accessible.

En el cas que l'IMC sigui igual o superior a 95, per el major risc de comorbiditat, es cursarà una analítica en la que es demanarà l'hemograma, l'ALT/GPT, el colesterol i les fraccions, els triglicèrids, la glucosa, la TSH i laT₄.

A l'exploració clínica s'haurà de descartar l'existència de trets fenotípics que puguin correspondre's amb algun dels rars trastorns genètics que cursen amb obesitat. (taula 3)

- **Prader-Willi**, amb hipotonia, discapacitat intel·lectual, hipogonadisme i criptorquidia.
- **Ålstrom Hällgreen** amb miocardiopatia, pèrdua progressiva de la visió, diabetis i insuficiència renal.
- **Carpenter**, amb craneostenosi, polibraquisindactil·lies de mans i peus i anomalies cardíaques.
- **Cohen**, amb alteracions morfològiques craneofacials, discapacitat intel·lectual i hipotonia.
- **Lawrence-Moon-Bardet-Biedl** amb retinitis pigmentaria, discapacitat intel·lectual, polidactília, hipogonadisme i insuficiència renal.

Taula 3 - Síndromes genètics que cursen amb obesitat

Investigació dels hàbits dietètics i de l'activitat física

Amb la finalitat de aconseguir una bona base que ens serveixi per analitzar les possibles desviacions d'una dieta saludable y estudiar com orientar la intervenció dietètica, s'entregarà a la família un **Registre setmanal d'àpats** (annex 5) i es donaran les instruccions apropiades perquè el nen o la família hi anotí tot allò que el nen consumeixi en el decurs d'una setmana, indicant les quantitats utilitzant mesures casolanes i la forma de cocció. Ja omplert es retornarà a la propera visita.

Els nens o adolescents que són sedentaris és important encoratjar-los a trobar alguna activitat esportiva que puguin fer en horari extraescolar o el cap de setmana. Cal conscienciar-los de la importància d'assabentar-se de les possibilitats esportives que els ofereixen a l'escola i al barri i que abans de la següent visita ja hagin valorat les opcions segons les possibilitats econòmiques de la família i les preferències del nen.

Els controls periòdics

El temps transcorregut fins a la realització de la segona visita vindrà determinat per les possibilitats logístiques de cada equip pediàtric però en cap cas hauria de ser superior a un mes. Naturalment, de plantejament idoni seria poder realitzar la següent visita a la setmana de la primera visita, tot just acabat de realitzar el Registre setmanal d'àpats.

En la segona visita es donaran recomanacions de canvis nutricionals específics fent anàlisi de les dades aportades, i per altra banda, es dissenyarà un calendari d'activitat física segons les possibilitats explorades per la família a l'escola i al barri.

A partir de la segona visita se'ls donarà, per escrit, un seguit d'ajudes i consells pel seguiment del tractament: un **Pla d'alimentació saludable** (annex 4), **Recomanacions alimentaries** (annex 6), consells per a la **Introducció o reintroducció de verdures** (annex 7), orientacions per **Un esmorzar saludable** (annex 8), **Un berenar saludable** (annex 9), **Un dinar o sopar saludable amb plat únic** (annex 10), **Un dinar o sopar saludable amb dos plats** (annex 11), una **Proposta de variacions per l'esmorzar i el berenar** (annex 12), **Exemple de planificació de menús de dinar i sopar** (annex 14), la **Piràmide de l'alimentació saludable: freqüència**

de consum d'aliments (annex 17) No considerem aconsellable entregar-les a la primera visita per evitar que influïcin la recollida de dades del Registre setmanal d'àpats.

Per la tercera visita i les successives s'establirà una periodicitat mínima mensual.

A partir de la segona, i a cada visita mensual, es registrarà al full de monitoratge, el pes, l'alçada, l'IMC, i el perímetre abdominal (fig. 3) es tornaran a revisar els àpats i l'exercici realitzat valorant els resultats.

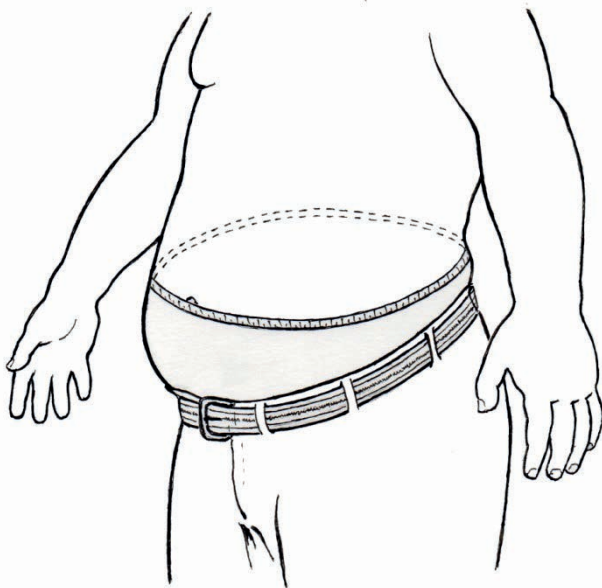


Fig. 3 – Mesurament de la circumferència abdominal.

Per facilitar l'homogeneïtzació dels mesuraments, la circumferència abdominal es determinarà seguint el perímetre d'un pla transversal paral·lel al terra que passi pel melic.

Segona fase: Derivació a la segona fase hospitalària i de seguiment conjunt coordinat.

No serà fins els sis mesos d'iniciat el protocol quan es valorarà la possibilitat de derivar el pacient a la Unitat d'obesitat de l'hospital en el cas que la evolució no hagi estat la desitjable. Només es podrà derivar sense necessitat d'aplicar la primera fase del programa en el supòsit que s'hagin detectat 2 o més factors de risc: que en tres determinacions de la tensió arterial, espaiades en el temps, el valor estigui per sobre del percentil 95; que el colesterol i/o el LDL estiguin per sobre dels 200 mg/dL i els 130 mg/dL, respectivament, i no s'hagin modificat amb les mesures dietètiques habituals (annex 12); que els triglicèrids tinguin uns valors superiors a 150 mg/dL i tampoc responguin a la dieta; que la glucèmia iguali o superi els 100 mg/dL; que les ALT/GPT estiguin elevades o que es detecti una acantosi o unes apnees de la son.

Els pacients amb depressió o altres trastorns psicològics s'hauran de derivar al CESMIJ de zona i valorar quan s'escau fer la derivació a la Unitat d'Obesitat en funció de l'evolució, les comorbiditats i les necessitats de cada pacient.

Un cop decidida la derivació, o ja en el moment d'iniciar el protocol segons decideixi el professional, s'entregarà al pacient la **Carpeta viatgera** que serà l'element indispensable de comunicació entre professionals dels diferents àmbits. La finalitat primordial del protocol és l'actuació conjunta Atenció Primària - Hospital Sant Joan de Déu per potenciar esforços combinant la proximitat de l'atenció al CAP amb el control especialitzat del hospital. En cap cas, la derivació hospitalària pressuposa una desvinculació del personal de Primària, sinó un reforçament d'una teràpia pensada per ser portada conjuntament.

El contingut de la **Carpeta viatgera** haurà ser el resum de la feina feta a Primària. És a dir, l'anàlisi, els gràfics de pes i talla i el Registra setmanal d'àpats.

La sol·licitud de primera visita a la Unitat d'Obesitat de Sant Joan de Déu l'haurà de sol·licitar un dels professionals del CAP (pediatre, infermera o UAU) no la família que sí s'hauran de cuidar de les visites successives.

El telèfon del servei de programació de visites, que s'anomena Integralia, és el 933 782 600 hi atén de 8 h. a 19 h.

Derivació hospitalària i seguiment conjunt coordinat



Taula 4 – Algorisme de la segona fase.

Una vegada derivat a l'hospital el règim de visites seguirà una pauta trimestral al hospital que s'alternarà amb controls mensuals als Centres d'Atenció Primària. D'aquesta manera la Unitat d'Obesitat de l'Hospital potenciarà i aprofundirà en la feina feta a Primària aportant la seva pràctica especialitzada a l'hora que des de l'Atenció Primària es garanteix un control més seguit per fomentar la millor adherència al tractament.

En les visites hospitalàries trimestrals s'alternaran, de manera prèviament fixada, la consulta de l'endocrinòleg amb la del nutricionista. La valoració inicial serà atesa per l'endocrinòleg per tal de conèixer i donar a conèixer a la família els problemes associats a la obesitat i les comorbiditats del pacient a l'hora que reforça la reeducació de canvi d'hàbits. Als tres mesos l'atendrà el nutricionista per aprofundir en els coneixements en nutrició i valorar les necessitats i pautes per a cada pacient. Als sis mesos es farà una nova valoració per l'endocrinòleg per valorar evolució i necessitat o no d'altres valoracions o iniciar altres tractaments. Als nou mesos es fa un nou seguiment per el nutricionista on es reforcen diferents aspectes en funció de l'avaluació de l'endocrinòleg i/o les necessitats de cada pacients. Als 12 mesos es fa la valoració final per l'endocrinòleg.

Les visites als CAP s'intercalaran segons les possibilitats de cada centre. En la taula 4 s'especifica la freqüència aconsellada. Aquestes visites son fonamentals per reforçar l'adherència al tractament i promoure el canvi conductual.

El tractament

L'objectiu principal del tractament a llarg termini es evitar la obesitat i les complicacions associades a la vida adulta.

En la literatura existeix evidència que el risc augmentat de DM.2, HTA, dislipèmia i arterioesclerosi dels nens amb sobrepès i obesitat que arriben obesos a la vida adulta, desapareix i s'igualava a la població que mai ha estat obesa, si aquests nens amb sobrepès i obesitat aconsegueixen arribar amb normopès a la vida adulta¹⁵.

Per arribar a aquest objectiu a llarg termini els objectius que ens marquem durant el seguiment en la infància i adolescència és en primer lloc assolir un canvi d'hàbits alimentaris i d'activitat física per aconseguir canvis en el pes. Per això, durant les visites és important prioritzar els objectius d'assoliment d'hàbits i no centrar-nos en les variacions de pes o IMC.

Realitzar un canvi d'hàbits de vida en la família, tant d'alimentació com d'activitat física, és un objectiu difícil d'assolir per un professional sanitari ja que a més de tenir els coneixements, els ha de saber transmetre i ha de saber mantenir la motivació perquè, efectivament, es realitzi el canvi. En les fases de la motivació del canvi podem trobar família molt motivades, però altres no ho estan tant i les haurem d'entendre acompanyar i ajudar amb arguments i consells adaptats a cada família.

Per assolir la modificació d'hàbits l'empatia és molt important, saber escoltar els pacients i les famílies, conèixer com s'ha arribat a la situació actual i quines són les seves motivacions. A partir del coneixement de les motivacions i les actituds, el nostre missatge a de ser clar i concís. S'ha d'encoratjar el pacient i la família fixant petits objectius que siguin fàcilment assumibles, pactats amb els pacients i famílies o fins i tot proposats per ells. Aquets petits objectius entre visites, si són assolibles, ajuden al reforçament positiu de les visites successives. Per exemple, si a la segona visita entreguem el registre setmanal i hi trobem aspectes a millorar, n'escollirem tres intentant posar-ne dos de fàcils i un de més difícil, els més significatius i que creiem que donaran resultat. Podem començar, per exemple, per millorar els esmorzars, surtin a passejar cada cap de setmana i trobar alternatives saludables per quan té gana entre hores.

Per tal promoure l'activitat física es recomana conèixer els recursos de la zona per poder assessorar les famílies. Un recurs sovint oblidat pel personal sanitari es el professor d'educació física de l'escola que pot informar a les famílies de les activitats oferides tant a l'escola com en la zona de proximitat i establir un pla d'atenció personalitzada. S'han iniciat diverses iniciatives de col·laboració entre els professionals sanitaris i el professorat d'educació física a fi de combatre el sobrepès i la obesitat infantil.

La prevenció, el millor tractament

La prevenció és el tractament més efectiu contra la obesitat i les complicacions que se'n deriven. El nostre objectiu hauria de ser evitar el desenvolupament de la obesitat donant pautes i recomanacions des del primer any de vida.

La literatura descriu tres períodes crítics en els que el nen té un major risc de desenvolupar obesitat.

1. El primer es correspon amb primer any de vida. Diversos estudis correlacionen la lactància materna amb un menor risc d'obesitat. Es creu, entre altres propietats, que els nens alletats amb lactància materna tenen una major capacitat de regular la quantitat de la ingesta. El moment de introducció dels sòlids i el tipus d'aliment i quantitats sembla ser un altre factor que pot augmentar el risc d'obesitat. Són especialment vulnerables en aquesta etapa els nens de baix pes al néixer que guanyen pes ràpidament durant els primers mesos de vida.
 2. Un segon període de risc és el anomenant de rebot adipós que generalment es produeix cap als 6 anys. Durant aquest període es produeix un ràpid creixement del greix corporal amb augment del nombre i mida dels adipòcits. L'evolució normal del teixit adipós consta de diverses fases: durant el primer any de vida l'adipositat augmenta ràpidament a causa del increment de la grandària dels adipòcits; durant el segon any disminueix i es manté estable fins als 5-6 anys. En aquesta fase, el continuu augment de l'alçada coincidint amb la disminució de l'activitat proliferativa lipídica proporciona al nen l'equivoca aparença d'aprimament, quan en realitat simplement s'ha produït un afavoriment de l'estirament. El rebot adipós precoç es relaciona amb el risc d'obesitat.
-

3. El tercer període es produeix a l'adolescència. Els nombrosos canvis fisiològics, psicològics i socials que hi coincideixen fan de l'adolescència una etapa d'alt risc. És aleshores quan han d'aprendre a afrontar decisions per ells mateixos, a acceptar responsabilitats de manera independent i a valorar, assimilar o refusar influències externes. Els factors externs juguen un paper fonamental en el seu desenvolupament. Família, professorat, amics i companys tenen un rol rellevant en la definició de la seua ideari i en l'esclat de la seua personalitat. És per tot això que és molt important plantejar la prevenció quan abans millor i arribar a la pubertat havent tractat el tema dels hàbits de vida saludable.

La conclusió lògica és que si es pretén una prevenció realment efectiva caldrà iniciar-la ja des del primer moment del naixement.

Els consells dietètics, una negociació amb el nen... i amb la família

Aquesta és, possiblement, la part més complicada del maneig del nen amb sobrepès ja que depèn molt dels coneixements i habilitats del professional sanitari i, a parts iguals, de la motivació i l'actitud dels pacients i de les famílies.

Haurem d'identificar les motivacions dels diferents membres de la família. Pel nen pot ser córrer més o veures amb una talla o altra de roba, pels pares que el seu fill o filla estigui sa i tingui bona qualitat de vida, per l'avia pot ser que mengi de tot... Haurem d'identificar les motivacions i intentar fer èmfasi en el nostre discurs per mantenir un nivell alt de motivació durant tot el tractament. Si detectem alguna motivació que va en contra de tenir un estat de salut adequat explicarem les conseqüències de l'obesitat i intentarem guiar cap a uns objectius saludables. Però hem de respectar que les motivacions són internes, cadascú té les seves i que no podem imposar com a professionals la motivació que creiem adient, hem de posar en pràctica les habilitats d'empatia fins que el pacient i la família es moguin per motivacions saludables.

Quan tinguem al pacient i la família motivats, haurem d'anar introduint objectius assolibles (no més de tres) a cada visita. Com hem comentat, seria ideal que els objectius siguin pactats o proposats pel pacient i/o la família. Molts de pares i mares volen canviar tots els hàbits a la primera visita, però els hem d'advertir que els canvis de vegades són difícils i que és adient fer-los de manera esglaonada i pactada per fer-los definitius i evitar les recaigudes.

Per tal de poder assessorar bé les famílies és imprescindible conèixer els costums dietètics de cada pacient i les seves famílies: qui prepara els àpats, on es realitzen, amb qui, l'horari, el temps que hi dediquen, qui fa la compra i com es planifica el menú. A més, s'hauran de conèixer quins aliments es consumeixen, informació que s'obté en l'entrevista dietètica i el registre setmanal d'àpats. Donat que sovint es tracta d'hàbits dietètics de tota la família, és necessària i imprescindible la voluntat de canvi d'hàbits també per part de la família.

En molts casos el nen manté preferències per uns aliments en detriment d'uns altres, esdevenint un problema ja que deixa de menjar nutrients que són fonamentals per a un desenvolupament correcte. Els grans "damnificats" acostumen a ser els aliments d'origen vegetal: fruites, verdures i llegums, i el peix. Els preferits pels nostres petits usuaris acostumen a ser productes d'origen animal derivats de la carn, sucus industrials, cereals en forma de pasta (espaguetis, pizza, macarrons, etc.) i en definitiva, aliments rics amb sal i greixos. Per tant, el que es troba sovint als registres setmanals és un baix consum de fruites i verdures i un excés de greixos saturats. Pot ser un bon punt de partida invertir el consum quan estem davant d'una família amb alta motivació. I dirigir la vista cap a la reintroducció d'aliments que es consumien quan el nen era nadó i que de mica en mica ha anat abandonant.

En els annexos es pot trobar un document de recomanacions elaborat amb la intenció d'ajudar a la reintroducció de les fruites i les verdures (Annex 7), com també un calendari setmanal d'ingesta aconsellable (Annex 13).

Un altre problema afegit al desequilibri dietètic són les quantitats. Hi ha nens que mengen com adults i que sovint ho fan només d'allò que els agrada que, lamentablement, no acostumen a ser les verdures.

Les necessitats energètiques a cada edat són diferents i difereixen també de les dels adults. S'ha d'evitar haver de recórrer a bàscules o mesures difícils que poden dificultar el compromís amb el programa. Per aquest motiu és recomanable recorre a explicacions senzilles i de sentit comú ("El teu fill no ha de prendre les mateixes quantitats que el pare...") o l'ús de mesures casolanes que es poden trobar en llibres dietètics especialitzats com *L'alimentació saludable en l'etapa escolar*

del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya (2012), de descàrrega lliure a Internet. També pot ajudar mostrar una taula de pes per racions calculades segons l'edat (Annex 15). Cal evitar que diàriament depenguin dels mesuraments amb la bàscula però, pot servir inicialment per establir referències. També pot ser útil l'ús de la mà del nen (els dits, puny o palmell) per indicar les porcions adients.

L'exercici físic, una necessitat complementària

L'exercici físic és un pilar fonamental de l'abordatge. Amb freqüència es confon activitat física i exercici físic o esport. S'entén com a activitat física qualsevol moviment corporal, produït per la musculatura esquelètica, que tingui com a resultat una despesa energètica per damunt del metabolisme basal. Això significa que anar a l'escola caminant, puja i baixar escales o qualsevol altra activitat motriu de la vida quotidiana és una activitat física que comporta un consum energètic. D'altra banda, l'exercici físic es pot definir com una activitat física planificada, estructurada i repetitiva que té per objectiu la millora o manteniment de la forma física. Quan aquesta activitat física es du a terme en un marc reglamentat i competitiu es quan parlarem d'esport o activitat esportiva.

Les experiències de treballar coordinats personal sanitari i professorat d'educació física són molt escasses a casa nostra. En general, si el pediatre, la infermera o l'endocrinòleg prescriuen un tractament dietètic i recomanen la pràctica esportiva no participen activament en aquesta darrera vessant del tractament ja que entre les seves competències no s'inclouen el coneixement de l'oferta escolar ni la disponibilitat de les instal·lacions veïnals dedicades a aquestes activitats. Si nutrició i exercici constitueixen els fonaments bàsics sobre els que s'edifica l'estratègia per combatre l'obesitat sembla evident que la participació coordinada dels especialistes en cada matèria seria la situació desitjable. L'educació física dins de l'escola ja forma part d'un projecte curricular comú a tot Catalunya que implica el professorat. La tasca del professional sanitari que treballa a l'atenció primària cal orientar-la envers els serveis municipals a fi d'implicar als ajuntaments en la creació de programes específics adequats a les característiques de la població i del seu entorn.

La fase de sensibilització envers l'obesitat ja fa temps que s'està portant a terme. Amb la feina feta, molt principalment a les escoles, amb la finalitat d'instaurar entre l'alumnat les dietes i hàbits saludables, s'hauria de passar a una segona fase d'habitució a l'activitat física i l'esport.

Darrera d'un nen amb obesitat hi sol haver un pare o una mare —o tots dos— obesos i, conseqüentment, uns hàbits poc o gens propicis a les activitats esportives. El paper del professor d'educació física pot resultar fonamental en la tasca d'inculcar al nens obesos uns costums que a casa difícilment adquiriran.

La lluita contra l'obesitat és un procés a llarg termini i, per tant, és molt més important trobar un entorn favorable per la pràctica de l'esport que l'esport en si mateix.

Més que controls de despesa calòrica o de freqüència cardíaca, el professor d'educació física ha de cercar l'entorn més favorable per possibilitar la continuïtat. És el que podríem anomenar segona fase o d'habitució a l'esport. Si al nen o la nena els agrada jugar a futbol i el posen de porter ja és molt bo. És una manera d'introduir-lo en l'activitat. No ens ha de preocupar que inicialment no cremi moltes calories. El fet d'incorporar-se al grup ja és un primer pas importantíssim a partir del qual es podrà treballar.

Un plantejament de tipus pràctic que pot ser de gran utilitat és organitzar les estratègies segons les edats. Si el nen o la nena tenen de 3 a 6 anys d'edat és convenient buscar les activitats esportives a la pròpia escola. Si el nen o la nena tenen de 6 a 12 anys (primària) caldrà buscar-les també a l'escola o en els clubs esportius del poble. I si el nen o la nena ja tenen més de 12 anys, les activitats esportives s'hauran de buscar a l'institut o en el gimnàs.

Sovint, es dubta de la conveniència d'alguna activitat física atès l'excessiu pes corporal. Una activitat física recomanable és la natació, ja que proporciona possibilitats d'èxit per la bona flotabilitat del nen obès. A més, no és una activitat d'impacte per a les articulacions i es pot fer a totes les edats, tant a nivell individual com en grup.

Com a referència indicativa per al professional, a l'Annex 17 es pot consultar una taula orientativa de la despesa calòrica segons diverses activitats.

La teràpia conductual, una via de gestió

Per tal d'ajudar a la modificació d'hàbits, s'ha de modificar l'entorn perquè sigui més fàcil l'adherència. Hi ha moltes maneres diferents de modificar l'entorn. El més aconsellable és fer la major part d'apats possibles en família, asseguts a taula. Hi ha aliments que no és aconsellable tenir-los a casa o només en ocasions especials, més que no pas tenir els armaris tancats. Els bons costums són més recomanables que les prohibicions.

És important posar-se al lloc del nen. Està acostumat a uns hàbits que s'han anat instaurant poc a poc amb el consentiment dels cuidadors, i ara, sobtadament, se li diu que no és correcta, que no ho ha de fer, que ha de modificar els costums que sovint ni la mateixa família està disposada a esforçar-se per canviar-los. És fonamental conscienciar a la família dels beneficis de canviar d'hàbits i donar-los pautes de suport per instaurar-los de manera progressiva i que, així, el nen els accepti millor.

El registre dietètic i físic setmanal és una eina molt important per al professional i és l'única manera de conèixer bé els hàbits per poder-los assessorar de manera adient. És important que els nens i les famílies entenguin la necessitat d'aquesta eina per tal de que l'omplin de forma correcta a pesar de l'esforç que això representa. Malgrat que sovint les dades no són completes, continua sent la millor eina per conèixer el que estan fent a casa (Annex 4). És important donar *feed-back* a la família del que estan fent bé i el que encara ha de canviar. Sovint, el registre pot ajudar a fer entendre les famílies per què les coses estan anant bé o malament pel que fa al seguiment del pes.

És important donar el missatge a les famílies que el que han de fer no és la típica dieta o règim d'aprimament, sinó un canvi d'hàbits per menjar d'una forma sana i equilibrada, que cal adoptar per tota la vida.

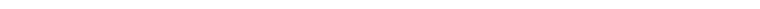
El suport psicològic: Criteris de derivació al CSMIJ

La possibilitat de derivar al CSMIJ en cas que es plantegin problemes de tipus psicològic no depèn del moment en què es prengui la decisió de derivació hospitalària. Tant abans com després de la derivació, l'opció és possible si les circumstàncies així ho aconsellen.

Annexos

Els annexos següents, identificats com a realitzats per l'Equip de consens de la Unitat de l'Obesitat del Hospital Sant Joan de Déu i la pediatria de l'atenció primària Costa de Ponent, i avalats amb els logotips de Sant Joan de Déu i del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya s'han ideat amb la finalitat de facilitar la tasca assistencial dels equips pediàtrics pertanyents a la zona d'influència de l'Hospital Sant Joan de Déu i crear un clima de confiança entre els pacients perquè es tracta d'un protocol d'actuació conjunta.

Estan disponibles a l'apartat VINCLES del web de l'Hospital Sant Joan de Déu i a la intranet de Costa Ponent.



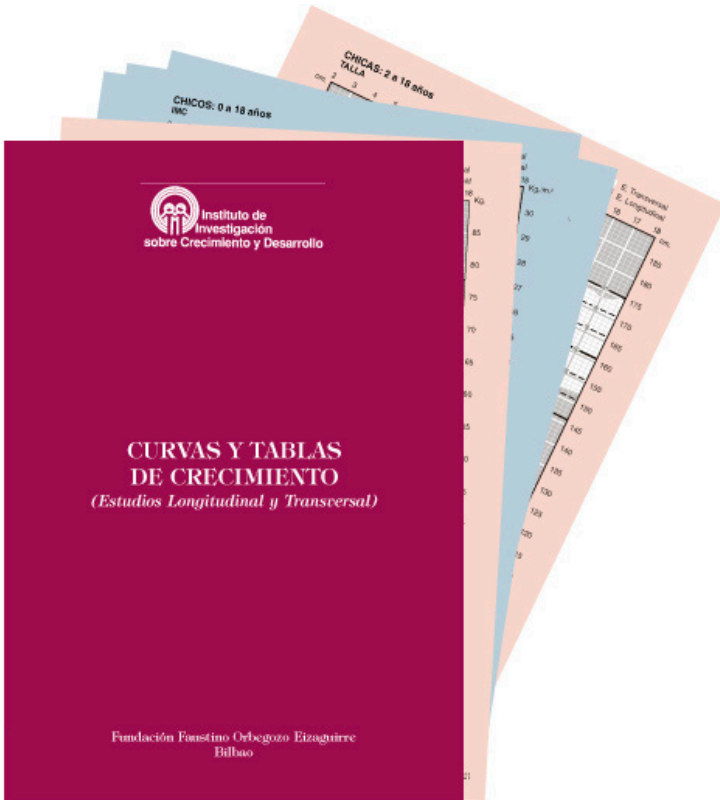
Annex 1

Institut Català de la Salut
Direcció d'Atenció Primària
Costa de Ponent

Institut Català de la Salut
Servei d'Atenció Primària
Esquerra de Barcelona

SJD
Sant Joan de Déu
Barcelona Hospital

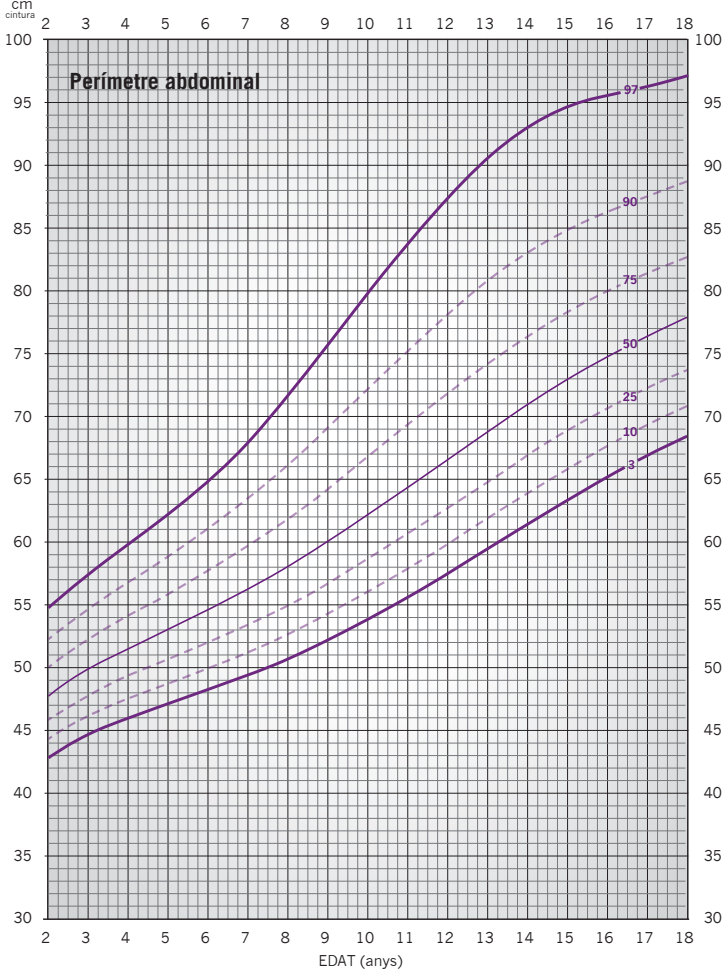
Corbes de creixement de la Fundació Orbegozo



Annex 2.1

Taula de valors de la circumferència abdominal en nens

Taula de valors de la circumferència abdominal - Homes de 2-18 anys



ESTUDI DE CREIXEMENT A BILBAO
CURVES I TAULES DE CREIXEMENT (Estudi transversal)
© Fernández, H Lorenzo, K Vrotsou, U Aresti, I Rica, E Sánchez

INSTITUT D'INVESTIGACIÓ SOBRE CREIXEMENT I
DESENVOLUPAMENT. FUNDACIÓ FAUSTINO ORBEGOZO EIZAGUIRRE
Edició 2011. info@fundacionorbegozo.com

Annex 2.2

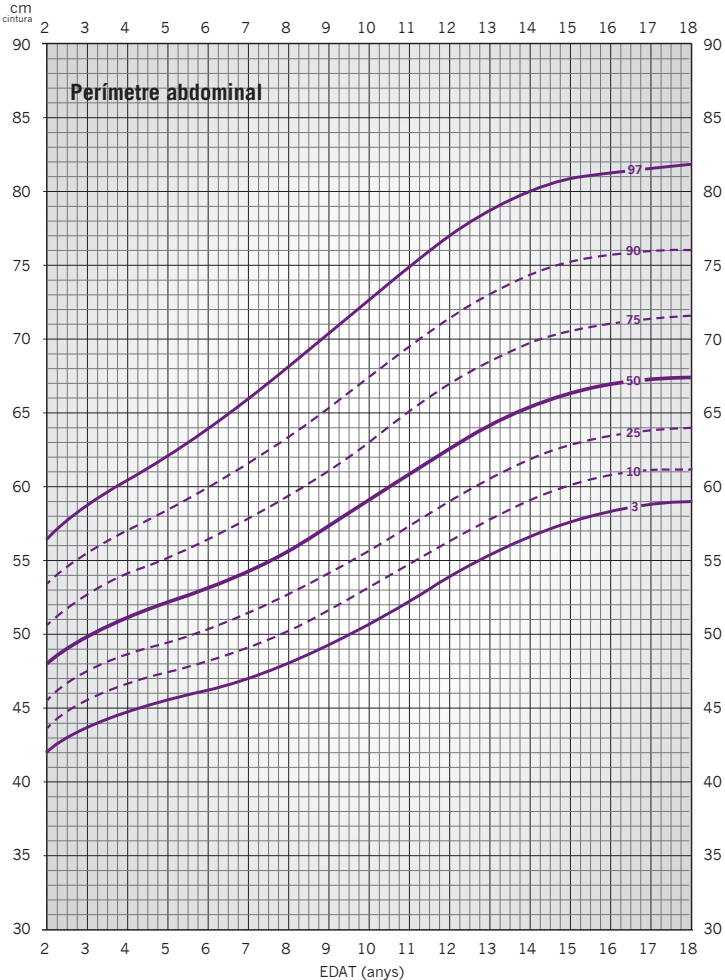
Institut Català de la Salut
Direcció d'Atenció Primària
Costa de Ponent

Institut Català de la Salut
Servei d'Atenció Primària
Esquerra de Barcelona

SJD
Sant Joan de Déu
Barcelona Hospital

Taula de valors de la circumferència abdominal en nenes

Taula de valors de la circumferència abdominal - Dones de 2-18 anys



ESTUDI DE CREIXEMENT A BILBAO
CURVES I TAULES DE CREIXEMENT (Estudi transversal)
C Fernández, H Lorenzo, K Wrotsou, U Aresti, I Rica, E Sánchez

INSTITUT D'INVESTIGACIÓ SOBRE CREIXEMENT I
DESENVOLUPAMENT. FUNDACIÓ FAUSTINO ORBEGOZO EIZAGUIRRE
Edició 2011. info@fundacionorbegozo.com

Annex 3.1

Institut Català de la Salut
Servei d'Atenció Primària
Costa de Ponent

Institut Català de la Salut
Servei d'Atenció Primària
Esquerra de Barcelona

ISJD
Sant Joan de Déu
Barcelona Hospital

Nivells de tensió arterial en nens segons edat i percentil de talla

Nivells de tensió arterial en nens segons edat i percentil de talla															
Edat	Percentil	SBP mmHg							DBP mmHg						
		Percentil de talla							Percentil de talla						
		5	10	25	50	75	90	95	5	10	25	50	75	90	95
1	50	80	81	83	85	87	88	89	34	35	36	37	38	39	39
	90	94	95	97	99	100	102	103	49	50	51	52	53	53	54
	95	98	99	101	103	104	106	106	54	54	55	56	57	58	58
	99	105	106	108	110	112	113	114	61	62	63	64	65	66	66
2	50	84	85	87	88	90	92	92	39	40	41	42	43	44	44
	90	97	99	100	102	104	105	106	54	55	56	57	58	58	59
	95	101	102	104	106	108	109	110	59	59	60	61	62	63	63
	99	109	110	111	113	115	117	117	66	67	68	69	70	71	71
3	50	86	87	89	91	93	94	95	44	44	45	46	47	48	48
	90	100	101	103	105	107	108	109	59	59	60	61	62	63	63
	95	104	105	107	109	110	112	113	63	63	64	65	66	67	67
	99	111	112	114	116	118	119	120	71	71	72	73	74	75	75
4	50	88	89	91	93	95	96	97	47	48	49	50	51	51	52
	90	102	103	105	107	109	110	111	62	63	64	65	66	66	67
	95	106	107	109	111	112	114	115	66	67	68	69	70	71	71
	99	113	114	116	118	120	121	122	74	75	76	77	78	78	79
5	50	90	91	93	95	96	98	98	50	51	52	53	54	55	55
	90	104	105	106	108	110	111	112	65	66	67	68	69	69	70
	95	108	109	110	112	114	115	116	69	70	71	72	73	74	74
	99	115	116	118	120	121	123	123	77	78	79	80	81	81	82
6	50	91	92	94	96	98	99	100	53	53	54	55	56	57	57
	90	105	106	108	110	111	113	113	68	68	69	70	71	72	72
	95	109	110	112	114	115	117	117	72	72	73	74	75	76	76
	99	116	117	119	121	123	124	125	80	80	81	82	83	84	84
7	50	92	94	95	97	99	100	101	55	55	56	57	58	59	59
	90	106	107	109	111	113	114	115	70	70	71	72	73	74	74
	95	110	111	113	115	117	118	119	74	74	75	76	77	78	78
	99	117	118	120	122	124	125	126	82	82	83	84	85	86	86
8	50	94	95	97	99	100	102	102	56	57	58	59	60	60	61
	90	107	109	110	112	114	115	116	71	72	72	73	74	75	76
	95	111	112	114	116	118	119	120	75	76	77	78	79	79	80
	99	119	120	122	123	125	127	127	83	84	85	86	87	87	88
9	50	95	96	98	100	102	103	104	57	58	59	60	61	61	62
	90	109	110	112	114	115	117	118	72	73	74	75	76	76	77
	95	113	114	116	118	119	121	121	76	77	78	79	80	81	81
	99	120	121	123	125	127	128	129	84	85	86	87	88	88	89
10	50	97	98	100	102	103	105	106	58	59	60	61	61	62	63
	90	111	112	114	115	117	119	119	73	73	74	75	76	77	78
	95	115	116	117	119	121	122	123	77	78	79	80	81	81	82
	99	122	123	125	127	128	130	130	85	86	86	88	88	89	90
11	50	99	100	102	104	105	107	107	59	59	60	61	62	63	63
	90	113	114	115	117	119	120	121	74	74	75	76	77	78	78
	95	117	118	119	121	123	124	125	78	78	79	80	81	82	82
	99	124	125	127	129	130	132	132	86	86	87	88	89	90	90
12	50	101	102	104	106	108	109	110	59	60	61	62	63	63	64
	90	115	116	118	120	121	123	123	74	75	75	76	77	78	79
	95	119	120	122	123	125	127	127	78	79	80	81	82	82	83
	99	126	127	129	131	133	134	135	86	87	88	89	90	90	91
13	50	104	105	106	108	110	111	112	60	60	61	62	63	64	64
	90	117	118	120	122	124	125	126	75	75	76	77	78	79	79
	95	121	122	124	126	128	129	130	79	79	80	81	82	83	83
	99	128	130	131	133	135	136	137	87	87	88	89	90	91	91
14	50	106	107	109	111	113	114	115	60	61	62	63	64	65	65
	90	120	121	123	125	126	128	128	75	76	77	78	79	79	80
	95	124	125	127	128	130	132	132	80	80	81	82	83	84	84
	99	131	132	134	136	138	139	140	87	88	89	90	91	92	92
15	50	109	110	112	113	115	117	117	61	62	63	64	65	66	66
	90	122	124	125	127	129	130	131	76	77	78	79	80	80	81
	95	126	127	129	131	133	135	135	81	81	82	83	84	85	85
	99	134	135	136	138	140	142	142	88	89	90	91	92	93	93
16	50	111	112	114	116	118	119	120	63	63	64	65	66	67	67
	90	125	126	128	130	131	133	134	78	78	79	80	81	82	82
	95	129	130	132	134	135	137	137	82	83	83	84	85	86	87
	99	136	137	139	141	143	144	145	90	90	91	92	93	94	94
17	50	114	115	116	118	120	121	122	65	66	67	68	69	70	70
	90	127	128	130	132	134	135	136	80	81	82	83	84	85	85
	95	131	132	134	136	138	139	140	84	85	86	87	87	88	89
	99	139	140	141	143	145	146	147	92	93	93	94	95	96	97

Annex 3.2

Institut Català de la Salut
Direcció d'Atenció Primària
Costa de Ponent

Institut Català de la Salut
Direcció d'Atenció Primària
Esquerra de Barcelona

ISJD
San Joan de Déu
Barcelona Hospital

Nivells de tensió arterial en nenes segons edat i percentil de talla

Nivells de tensió arterial en nenes segons edat i percentil de talla															
Edat	Percentil	SBP mmHg							DBP mmHg						
		Percentil de talla							Percentil de talla						
		5	10	25	50	75	90	95	5	10	25	50	75	90	95
1	50	83	84	85	86	88	89	90	38	39	39	40	41	41	42
	90	97	97	98	100	101	102	103	52	53	53	54	55	55	56
	95	100	101	102	104	105	106	107	56	57	57	58	59	59	60
	99	108	108	109	111	112	113	114	64	64	65	65	66	67	67
2	50	85	85	87	88	89	91	91	43	44	44	45	46	46	47
	90	98	99	100	101	103	104	105	57	58	58	59	60	61	61
	95	102	103	104	105	107	108	109	61	62	62	63	64	65	65
	99	109	110	111	112	114	115	116	69	69	70	70	71	72	72
3	50	86	87	88	89	91	92	93	47	48	48	49	50	50	51
	90	100	100	102	103	104	106	106	61	62	62	63	64	64	65
	95	104	104	105	107	108	109	110	65	66	66	67	68	68	69
	99	111	111	113	114	115	116	117	73	73	74	74	75	76	76
4	50	88	88	90	91	92	94	94	50	50	51	52	52	53	54
	90	101	102	103	104	106	107	108	64	64	65	66	67	67	68
	95	105	106	107	108	110	111	112	68	68	69	70	71	71	72
	99	112	113	114	115	117	118	119	76	76	76	77	78	79	79
5	50	89	90	91	93	94	95	96	52	53	53	54	55	55	56
	90	103	103	105	106	107	109	109	66	67	67	68	69	69	70
	95	107	107	108	110	111	112	113	70	71	71	72	73	73	74
	99	114	114	116	117	118	120	120	78	78	79	79	80	81	81
6	50	91	92	93	94	96	97	98	54	54	55	56	56	57	58
	90	104	105	106	108	109	110	111	68	68	69	70	70	71	72
	95	108	109	110	111	113	114	115	72	72	73	74	74	75	76
	99	115	116	117	119	120	121	122	80	80	80	81	82	83	83
7	50	93	93	95	96	97	99	99	55	56	57	58	58	59	60
	90	106	107	108	109	111	112	113	69	70	70	71	72	72	73
	95	110	111	112	113	115	116	116	73	74	74	75	76	76	77
	99	117	118	119	120	122	123	124	81	81	82	82	83	84	84
8	50	95	95	96	98	99	100	101	57	57	58	59	60	60	61
	90	108	109	110	111	113	114	114	71	71	71	72	73	74	74
	95	112	112	114	115	116	118	118	75	75	76	76	77	78	78
	99	119	120	121	122	123	125	125	82	82	83	83	84	85	86
9	50	96	97	98	100	101	102	103	58	58	58	59	60	61	61
	90	110	110	112	113	114	116	116	72	72	72	73	74	75	75
	95	114	114	115	117	118	119	120	76	76	76	77	78	79	79
	99	121	121	123	124	125	127	127	83	83	84	84	85	86	87
10	50	98	99	100	102	103	104	105	59	59	59	60	61	62	62
	90	112	112	114	115	116	118	118	73	73	73	74	75	76	76
	95	116	116	117	119	120	121	122	77	77	77	78	79	80	80
	99	123	123	125	126	127	129	129	84	84	85	86	86	87	88
11	50	100	101	102	103	105	106	107	60	60	60	61	62	63	63
	90	114	114	116	117	118	119	120	74	74	74	75	76	77	77
	95	118	118	119	121	122	123	124	78	78	78	79	80	81	81
	99	125	125	126	128	129	130	131	85	85	86	87	87	88	89
12	50	102	103	104	105	107	108	109	61	61	61	62	63	64	64
	90	116	116	117	119	120	121	122	75	75	75	76	77	78	78
	95	119	120	121	123	124	125	126	79	79	79	80	81	82	82
	99	127	127	128	130	131	132	133	86	86	87	88	88	89	90
13	50	104	105	106	107	109	110	110	62	62	62	63	64	65	65
	90	117	118	119	121	122	123	124	76	76	76	77	78	79	79
	95	121	122	123	124	126	127	128	80	80	80	81	82	83	83
	99	128	129	130	132	133	134	135	87	87	88	89	89	90	91
14	50	106	106	107	109	110	111	112	63	63	63	64	65	66	66
	90	119	120	121	122	124	125	125	77	77	77	78	79	80	80
	95	123	123	125	126	127	129	129	81	81	81	82	83	84	84
	99	130	131	132	133	135	136	136	88	88	89	90	90	91	92
15	50	107	108	109	110	111	113	113	64	64	64	65	66	67	67
	90	120	121	122	123	125	126	127	78	78	78	79	80	81	81
	95	124	125	126	127	129	130	131	82	82	82	83	84	85	85
	99	131	132	133	134	136	137	138	89	89	90	91	91	92	93
16	50	108	108	110	111	112	114	114	64	64	65	66	66	67	68
	90	121	122	123	124	126	127	128	78	78	79	80	81	81	82
	95	125	126	127	128	130	131	132	82	82	83	84	85	85	86
	99	132	133	134	135	137	138	139	90	90	90	91	92	93	93
17	50	108	109	110	111	113	114	115	64	65	65	66	67	67	68
	90	122	122	125	126	127	128	128	78	79	79	80	81	81	82
	95	125	126	127	129	130	131	132	82	82	83	83	84	85	86
	99	133	133	134	136	137	138	139	90	90	91	91	92	93	93

Annex 4

Pla d'alimentació saludable

Esmorzar:

Un got de llet semidesnatada més una de les següents opcions

Entrepà de pa de barra (millor integral) de cereals o de sègol o 2 torrades integrals amb:

- Pernil cuit/pernil de gall d'indi/pernil de pollastre/pernil salat/llom embotit/tonyina al natural/formatge fresc/formatge light
- Cereals rics en fibra
- Galetes torrades o tipus Maria

Mig matí:

Fruita o iogurt 0% i no oferir molt sovint plàtan, figues, xirimoia, caqui o raïm

Dinar i sopar:**Opció 2 plats**

Primer plat (una de les següents opcions):

- Amanida variada (enciam, tomàquet, cogombre, xampinyons, espàrrecs, blat de moro...)
- Verdura trossejada o en puré (mongeta tendra, bledes, espinacs, albergínia, coliflor...)
- Sopa (pasta o arròs) És convenient afegir verdures a les sopes tant per la preparació del brou com a trossos o triturades en la mateixa sopa.

Segon Plat (una de les següents opcions)

- Carn (preferiblement blanca i alguna vegada vermella) o peix o ou. A la planxa, papillot, en guisats, forn, bullit, vapor, saltejat.
- A l'àpat sempre hi ha d'haver un hidrat de carboni com a acompanyament (en poca quantitat) que pot ser una de les següents opcions: patata cuita al forn o al microones o arròs o pasta preferiblement integrals

Opció 1 plat

La meitat del plat ha de tenir una de les següents opcions:

- Amanida variada (enciam, tomàquet, cogombre, xampinyons, espàrrecs, blat de moro...)
- Verdura en trossos o en purés (mongeta tendrà, bledes, espinacs, albergínia, coliflor...)

Un quart del plat (una de les següents opcions)

- Carn (preferiblement blanca i alguna vegada vermella) o peix o ou. A la planxa, papillot, en guisats, forn, bullit, vapor, saltejat.

L'altre quart de plat (una de les següents opcions)

- Patata cuita, forn o micrones
- Arròs preferiblement integral
- Pasta preferiblement integral

S'ha d'evitar menjar pa en els àpats i si es fa cal treure la patata, l'arròs o pasta.

De 2 a 4 vegades a la setmana s'ha de consumir llegums preparades amb verdures i sense embotit.

Per les postres: fruita fresca (no suc)

Cal controlar la quantitat d'oli que es fa servir per cuinar: 1 cullerada sobera d'oli d'oliva (verge extra preferiblement) per persona com a màxim és suficient.

Berenar:

S'ha d'escollir una de les opcions per anar variant

- Fruita
- Iogurt
- Una fruita + un iogurt 0%
- Un entrepà petit similar al de l'esmorzar
- 1 got de llet semidesnatada amb 4 galetes maria
- Iogurt amb cereals

Annex 5

Institut Català de la Salut
Direcció d'Atenció Primària
Costa de Ponent

Institut Català de la Salut
Servei d'Atenció Primària
Esquerra de Barcelona

SJD
Sant Joan de Déu
Barcelona Hospital

Què he menjat aquesta setmana? Registre setmanal d'àpats

	Esmorzar	Mig matí	Dinar	Berenar	Sopar	Extres
Dilluns						
Act. Física:						
Durada:						
Dimarts						
Act. Física:						
Durada:						
Dimecres						
Act. Física:						
Durada:						
Dijous						
Act. Física:						
Durada:						
Divendres						
Act. Física:						
Durada:						
Dijous						
Act. Física:						
Durada:						
Divendres						
Act. Física:						
Durada:						

Instruccions:

- Recordeu-vos d'apuntar TOT el que beu i menja.
- Paeu atenció amb tot el que menja entre hores o li donen altres persones.
- També volem saber què menges els dies de celebracions, no heu de tenir vergonya d'escriure àpats que sabeu que no son correctes ja que tindrem en compte el context.
- Us podem ajudar molt més si tenim tota la informació. Si ens especifiqueu el tipus i quantitat d'aliment que ha consumit. Per exemple: si es diu que ha esmorzat llet amb galetes i no s'explica res més podem pensar que ha esmorzat un got de llet semi amb 5 galetes Maria o bé 1 tassa de llet sencera amb cacau i sucre i 3 galetes amb xocolata, per exemple. Com podeu veure les conclusions poden ser molt variades si ens manca informació.
- No oblideu d'indicar-nos com heu cuinat o preparat els àpats: planxa, forn, fregit, arrebossat, etc.
- Recordeu d'anotar si afegiu als àpats oli, mantega, maionesa, etc.

Annex 6

Recomanacions alimentàries en l'obesitat i el sobrepès en nens i adolescents

L'alimentació, per ser saludable, a de ser equilibrada, variada i suficient. No realitzeu cap regim alimentari (hipocalòric, baix en greix, baix en hidrats de carboni, etc) sense la supervisió d'un pediatre, infermera o dietista-nutricionista.

1. **Procureu seguir uns horaris regulars** per als àpats i distribuïu-los en 5 al dia (esmorçar, mig matí, dinar, berenar i sopar).
2. **Oferiu menús variats** amb diferents textures, colors i sabors. Pot ser d'utilitat consultar pàgines web o blogs de cuina saludable, revistes o llibres de receptes, programes de TV, assistir a tallers pràctics, etc.
3. **No deixeu que mengin sols** per norma. Els adults han de supervisar la seva alimentació.
4. **Eviteu que mengin molt de pressa**. Per aconseguir-ho és recomanable oferir-los aliments que necessàriament hagin de ser tallats i/o mastegats. Per exemple, començar l'àpat per l'amanida, verdures o fruita, donar-los bistec en lloc de carn picada i la fruita en peces i no en suc, etc.
5. A **un bon esmorçar** hi ha d'haver un aliment làctic (llet, iogurt o formatge) un farinaci (pa, cereals o galetes) i fruita. Repertint-los es pot fer l'esmorzar en dues vegades: primer esmorçar mig matí.
6. **Per fer els entrepans** és recomenable el pernil cuit de porc o de gall d'indi, el pernil salat, el llom embotxat, la tonyina en llauna i el formatge semi.
7. **Si voleu preparar salses o sofregits** com a màxim heu de fer servir una cullerada sopera d'oli d'oliva per persona.
8. **Si es queda amb gana** es pot augmentar la quantitat de fruita o verdura.
9. **Els aliments light** o baixos en greix poden ajudar ja que tenen un menor contingut de calories que el producte bàsic, però la freqüència de consum dependrà del grup d'aliments al que pertanyin. No per ser menys calòrics són de lliure consumició.
10. **Els aliments integrals** no són necessàriament una solució als seus equivalents refinats. Un aliment integral és un aliment amb més fibra i pot ajudar a crear la sensació de sacietat, però no vol dir que engreixi menys.

Annex 7

Institut Català de la Salut
Direcció d'Atenció Primària
Costa de Ponent

Institut Català de la Salut
Servei d'Atenció Primària
Esquerra de Barcelona

SJD
Sant Joan de Déu
Barcelona Hospital

Reintroducció de verdures

**CARBASSÓ**

- Tritada de carbassó
- Al forn, farcits de carn picada, xampinyons, ceba y salsa de tomàquet
- En làmines a la planxa con o sense vetes de pernil serrà*
- Al forn amb oli i sal* (partit per la meitat al llarg)
- Puré de carbassó

**ESPÀRRACS**

- En truita
- En amanida
- Amb pernil*

**TOMAQUET CRU**

- Tomates farcit d'arròs
- Ensalada grega: tomàquet en làmines con formatge fresc
- Tomàquets al forn
- Partits por la meitat a la paella (1 cullerada d'oli per persona)
- En ensalada

**MONGETA TENDRA**

- Saltejades amb pernil*
- Bullides fredes amb ou i tonyina
- Saltejades con sofregit de tomàquet i ceba
- Bullides amb una patata
- Fines i fredes en amanida

**ESBERGÍNIA**

- Farcida amb carn y xampinyons
- A la planxa
- En escalivada
- A la brasa

**PÈSOLS**

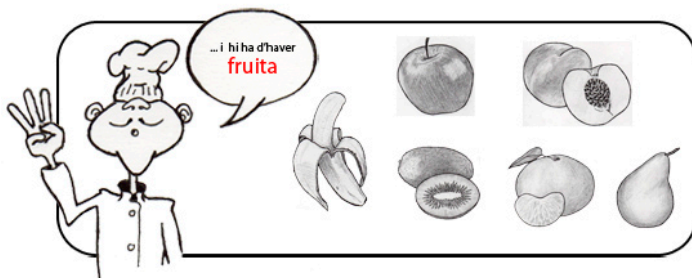
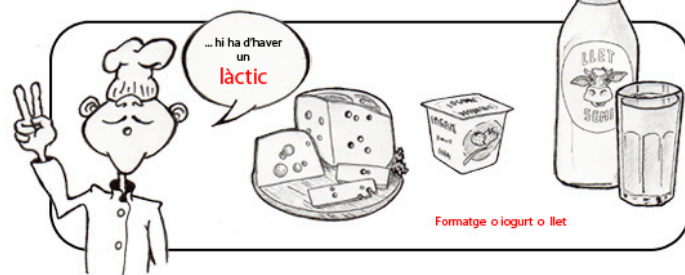
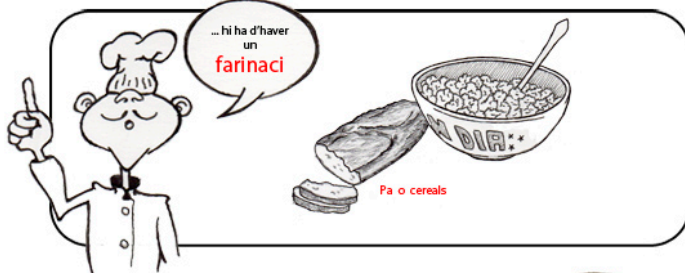
- Saltejats con pernil*
- Bullits amb una patata
- Crema de pèsols (colar las pells amb el xino) con tacos de pernil serrà*

**ESPINACS**

- En truita
- Bullides amb patates
- Saltejades amb gambes

Annex 8

Per un esmorzar saludable...



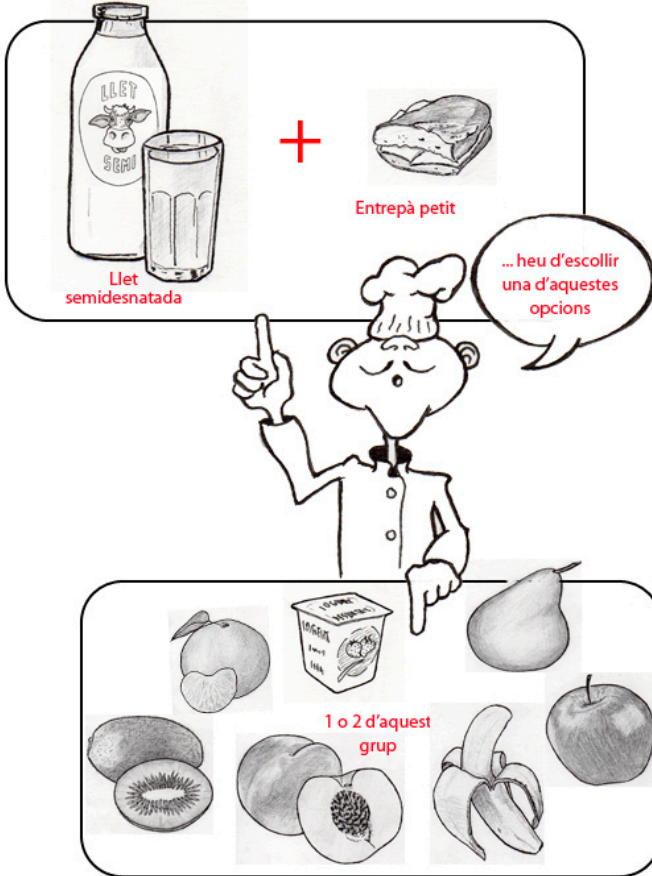
Annex 9

Institut Català de la Salut
Direcció d'Atenció Primària
Costa de Ponent

Institut Català de la Salut
Servei d'Atenció Primària
Esquerra de Barcelona

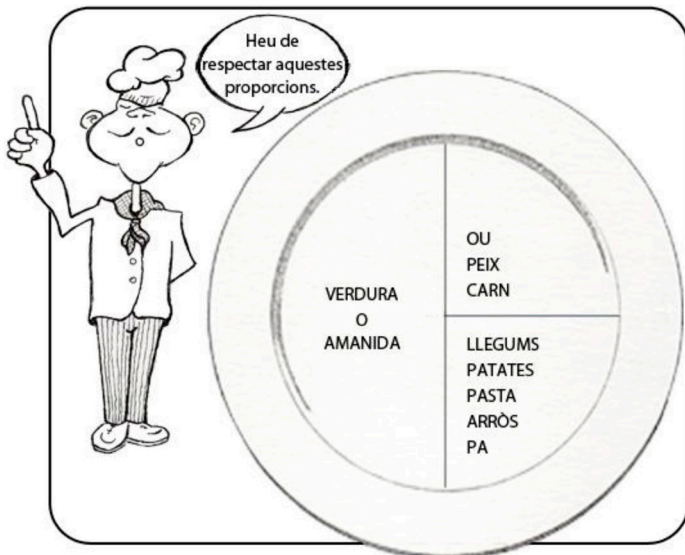
SJD
Sant Joan de Déu
Barcelona Hospital

Per un berenar saludable...



Annex 10

Un dinar o sopar saludable amb plat únic...



Annex 11

Institut Català de la Salut
Direcció d'Atenció Primària
Costa de Ponent

Institut Català de la Salut
Servei d'Atenció Primària
Esquerra de Barcelona

SJD
Sant Joan de Déu
Barcelona Hospital

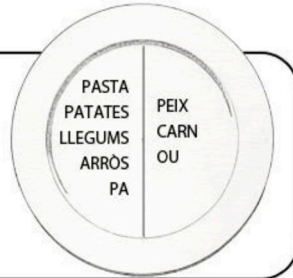
Un dinar o sopar saludable amb dos plats...



PRIMER
PLAT



SEGON
PLAT



Per beure **aigua**,
fruita per postres i només una
cullerada d'**oli d'oliva**, per persona,
per amanir i per cuinar.



Annex 12

Proposta de variacions per a l'esmorçar i el berenar

	Primer esmorzar	Mig matí	Berenar	Les postres del dinar i del sopar
Dilluns	<ul style="list-style-type: none"> • Llet semi • Torrades de pa de barra amb mel 	<ul style="list-style-type: none"> • Poma • Ametlles 	<ul style="list-style-type: none"> • Llet • Cereals rics amb fibra 	<ul style="list-style-type: none"> • Fruita • Fruita
Dimarts	<ul style="list-style-type: none"> • Kiwi, • Iogurt • Cereals rics fibra • Nous 	<ul style="list-style-type: none"> • Entrepà amb pa de barra (millor integral) i tonyina natural 	<ul style="list-style-type: none"> • Llet semi • Pa amb xocolata 	<ul style="list-style-type: none"> • Un Làctic o formatge a les preparacions. • Fruita o altres.
Dimecres	<ul style="list-style-type: none"> • Llet semi • Cereals rics en fibra 	<ul style="list-style-type: none"> • Bastonets de pa • Mandarines 	<ul style="list-style-type: none"> • Iogurt • Barreta de cereals integrals • Avellanes 	<ul style="list-style-type: none"> • Fruita • Fruita
Dijous	<ul style="list-style-type: none"> • Iogurt amb • Musli • Taronja 	<ul style="list-style-type: none"> • Entrepà de llom embotxat 	<ul style="list-style-type: none"> • Pa amb formatge • Codonyat 	<ul style="list-style-type: none"> • Fruita • Fruita
Divendres	<ul style="list-style-type: none"> • Pa torrat amb • Formatge fresc • Pera 	<ul style="list-style-type: none"> • Barreta de cereals amb fruits secs • Pera 	<ul style="list-style-type: none"> • Entrepà de pènil i formatge. 	<ul style="list-style-type: none"> • Un Làctic o formatge a les preparacions. • Fruita o altres.
Dissabte	<ul style="list-style-type: none"> • Batut de llet amb maduixes • Torrades de pa integral i pènil 	<ul style="list-style-type: none"> • Iogurt i fruita (Només si hi ha activitat física al matí o s'ha llevat molt d'hora) 	<ul style="list-style-type: none"> • Llet semi • Pa de pessic amb nous casolà 	<ul style="list-style-type: none"> • Un Làctic o formatge a les preparacions. • Fruita o altres.
Diumenge	<ul style="list-style-type: none"> • Llet semi amb galetes • Pinya 	<ul style="list-style-type: none"> • Iogurt i fruita (Només si hi ha activitat física al matí o s'ha llevat molt d'hora) 	<ul style="list-style-type: none"> • Entrepà de pènil i formatge. 	<ul style="list-style-type: none"> • Fruita • Fruita

Les propostes d'esmorzars i berenars han estat planificades per que al llarg de cada dia es compleixin les racions d'aliments recomanades.

Les fruites han estat indicades com a exemple, és recomanable consumir fruita de temporada.

(Modificat de "Cuaderno Faros Actividad Física"; Hospital Sant Joan de Déu)

Annex 13

Institut Català de la Salut
Direcció d'Atenció Primària
Còrta de Ponent

Institut Català de la Salut
Servei d'Atenció Primària
Esquerres de Barcelona

SJD
Sant Joan de Déu
Barcelona Hospital

Exemple de planificació de menús de dinars i sopars

La freqüència de consum d'aliments recomanada és:

- 4 a 6 vegades al dia d'aliments **farinacis** (arròs, pasta, patata, pa, galetes, cereals...). És preferible que una part siguin integrals (pa, arròs, pasta...)
- 2 porcions diàries d'**hortalisses i verdures** (amanides, verdures, cremes)
- 3 racions de **fruites** al dia (peces de fruita, no sucs). Els plàtans, figues i raïms són les fruites amb més contingut d'hidrats de carboni, així doncs no se'n pot fer abús, tot i que no estan excloses de l'alimentació.
- 2 racions diàries de **carn, peix, ous** (3-4 vegades a la setmana carn, 3-4, peix, i 2-4, ou)
- 2 a 4 racions de **llegum** a la setmana (llenties, cigrons, fessols...)
- 2 a 3 racions de **làctics** al dia (llet, jogurt, formatge)
- 3 a 6 racions d'**oli d'oliva** (1 ració és 1 cullerada sopera)
- 3 a 7 vegades de **fruites secs** a la setmana (nous, avellanes o ametlles crues o torrades)
- Consum moderat de dolços i aliments rics en greixos (no diari) (Xocolata, fregits, arrebossats, embotits (tipus xoriç, fuet, sobrassada) snacks, salses, mantega, gelat, refresc, caramel, productes de pastisseria ...). Els productes dolços s'haurien de limitar a 2 cops per setmana, de la mateixa manera que els rics en greixos, que tampoc ha de ser més de dos cops per setmana.

Primer cal distribuir els diferents grups d'aliments...

	Dilluns	Dimarts	Dimecres	Dijous	Divendres	Dissabte	Diumenge
Dinar	Verdura Arròs Peix Fruita	Amanida Llegums Fruita	Amanida Pasta Carn Fruita	Verdura Patata Carn Fruita	Verdura Llegum Fruita	Amanida Patata Carn Fruita	Verdura Arròs Peix Fruita
Sopar	Verdura Pasta Ou Fruita	Verdura Patata Carn Fruita	Verdura Arròs Peix Làctic	Amanida Pasta Peix Fruita	Amanida Pa o massa Peix Fruita	Verdura Patata Ou Làctic	Amanida Pan Carn Fruita

... i després pensar en els menús.

	Dilluns	Dimarts	Dimecres	Dijous	Divendres	Dissabte	Diumenge
Dinar	Arròs saltat amb xampinyons Orada al forn amb tomàquet al forn Fruita de temporada	Amanida de llenties (amb tomàquet, pernil salat, blat de moro, enciam, olives, vinagreta) Fruita de temporada	Amanida variada Canelons Fruita de temporada	Xampinyons saltats Pollastre al forn amb patates Fruita de temporada	Espinacs amb cigrons Llom a la planxa amb enciam Fruita de temporada	Amanida de pasta Mandonguilles amb tomàquet Fruita de temporada	Arròs amb verdures o samfaina Sípia a la planxa Fruita de temporada
Sopar	Sopa de pollastre amb fideus Truita d'espàrrecs verds Fruita de temporada	Mongeta tendra amb patata Cuixa de pollastre a la planxa Fruita de temporada	Carxofes al forn Salmó a la planxa amb arròs integral d'acompanyament logurt	Espàrrecs a la planxa Verat en papillot amb pasta al pesto d'acompanyament Fruita de temporada	Amanida amb cogombre i pastanaga Pizza casolana de tonyina Fruita de temporada	Escalivada Truita de patates logurt	Amanida Pa amb tomàquet, embotits i formatge Fruita de temporada

Annex 14

Quantitats orientatives pel càlcul de les racions

	3-6 anys	7-12 anys	13-16 anys	16-18 anys
Llet i derivats				
Llet (1 got)	150-200 ml	200-250 ml	200-250 ml	200-250 ml
Formatge (ració)	30-40 g	40-60 g	40-60 g	40-60 g
Formatge (entrepà)	20-30 g	30-50 g	30-50 g	30-50 g
logurt	125 g	125-150 g	125-150 g	125-150 g
Cereals, llegums i tuberces				
Llegums (plat principal)	50-60 g	60-80 g	80-90 g	90-100 g
Llegums (guarnició)	20-30 g	30-40 g	40-50 g	50-60 g
Patates (plat principal)	150 g	200-250 g	250-300 g	250-300 g
Patates (guarnició)	60-90 g	80-120 g	100-150 g	100-150 g
Patates (amb verdures)	60-90 g	80-150 g	120-150 g	130-200 g
Arròs, pasta (plat principal)	50-60 g	60-80 g	80-90 g	100-120 g
Arròs, pasta (sopa)	20-25 g	25-30 g	30-40 g	40-50 g
Arròs, pasta (guarnició)	20-25 g	25-30 g	30-40 g	40-50 g
Pa (entrepà)	40-60 g	60-80 g	80-100 g	100-120 g
Pa (acompanyament)	20 g	40 g	40 g	60 g
Verdures				
Plat principal	100-120 g	120-150 g	150-200 g	200-250 g
Guarnició	60-90 g	80-100 g	100-120 g	100-130 g
Carn i derivats, aus, peix i ous				
Bistec	60,70 g	80-110 g	110-120 g	120-140 g
Llonzes, costelles	80-90 g	100-130 g	140-150 g	140-160 g
Carn arrebossada	50-60 g	70-100 g	100-110 g	110-130 g
Carn picada (mandonguilles...)	60-70 g	80-110 g	110-120 g	120-140 g
Carn picada (amb arròs, pasta)	15-20 g	20-30 g	30-50 g	50-60 g
Pollastre (guisat, rostit)	130-150 g	200-240 g	220-250 g	250-300 g
Pollastre o gall d'indi (filet)	60-80 g	80-100 g	100-120 g	120-140 g
Peix (filet)	80-100 g	100-120 g	120-150 g	150-180
Ous	1 unitat	1 unitat	1-2 unitats	1-2 unitats
Embotit	25-30 g	30-40 g	40-50 g	50-60 g
Fruita				
Fruita fresca	120-150 g	120-150 g	120-200 g	175-225 g
Fruita amb almívar	50-60 g	60-80 g	80-100 g	90-120 g

Annex 15

Institut Català de la Salut
Direcció d'Atenció Primària
Costa de Ponent

Institut Català de la Salut
Servei d'Atenció Primària
Esquerra de Barcelona

SJD
Sant Joan de Déu
Barcelona Hospital

Piràmide de l'alimentació saludable: freqüència de consum d'aliments



La freqüència de consum d'aliments recomanada és:

- 4 a 6 vegades al dia d'**aliments farinacis** (arròs, pasta, patata, pa, galetes, cereals...). És preferible que una part siguin integrals (pa, arròs, pasta...)
- 2 porcions diàries d'**hortalisses i verdures** (amanides, verdures, cremes)
- 3 racions de **fruites** al dia (peces de fruita, no suc). Els plàtans, figues i raïms són les fruites amb més contingut d'hidrats de carboni, així doncs no se'n pot fer abús, tot i que no estan excloses de l'alimentació.
- 2 racions diàries de **carn, peix, ous** (3-4 vegades a la setmana carn, 3-4, peix, i 2-4, ou)
- 2 a 4 racions de **llegum** a la setmana (lenties, cigrons, fessols...)
- 2 a 3 racions de **làctics** al dia (llet, iogurt, formatge)
- 3 a 6 racions d'**oli d'oliva** (1 ració és 1 cullerada sopera)
- 3 a 7 vegades de **fruites secs** a la setmana (nous, avellanes o ametlles crues o torrades)
- Consum moderat de dolços i aliments rics en greixos (no diari) (Xocolata, fregits, arrebossats, embotits (tipus xoriç, fuet, sobrossada) snacks, salses, mantega, gelat, refresc, caramel, productes de pastisseria ...). Els productes dolços s'haurien de limitar a 2 cops per setmana, de la mateixa manera que els rics en greixos, que tampoc ha de ser més de dos cops per setmana.

Annex 16.1

Recomanacions per evitar l'excés de colesterol i triglicèrids

	Tots els dies	Limitar 2 cops per setmana	Desaconsellables
Cereals i tubercles	Preferentment integral: pa, farina, cereals sense sucre*, arròs, blat, pastes fresques, galetes (sempre integrals) i patata bullida, al vapor o al forn	Pastes amb ou i cereals amb sucre	Coca i galetes en general. Productes de pastisseria. Patates fregides, casolanes i de bossa
Llegums	Tots els llegums (2-4 cops per setmana)		
Verdures i hortalisses	Totes les verdures (2 cops al dia)	Olives	
Fruïtes	Totes les fruïtes (2-3 peces al dia)	Alvocat	Coco
Fruïts secs	Nous	Ametlles, casta nyes, avellanes, cacauets, fèstucs crus o torrats)	Fruïts secs fregits
Llet i derivats	Làctics semidesnatats o productes elaborats amb llet semidesnatada	Mató, formatge fresc i formatge tendre amb baix contingut amb greixos	Llet sencera, cremes, flam amb ou, postres làctics amb nata, formatges secs o molt secs i formatge cremós
Ous	Clara d'ou	Ou sencer (2-3 per setmana)	
Carn blanca		Pollastre i gall d'indi (sense pell). Conill, cèrvol i caça	Ànec i oca
Carn vermella		Vedella, bou, cavall, xai, porc i pernil cuit o salat traient el greix	Salsitxes, frankfurt, hamburgueses, cansalada, plats precuinats i paté

(*) Excés de TGC

Annex 16.2

Institut Català de la Salut
Direcció d'Atenció Primària
Costa de Ponent

Institut Català de la Salut
Servei d'Atenció Primària
Esquerra de Barcelona

SJD
Sant Joan de Déu
Barcelona Hospital

Recomanacions per evitar l'excés de colesterol i triglicèrids

	Tots els dies	Limitar 2 cops per setmana	Desaconsellables
Embotits i vísceres		Embotits de pollastre o gall d'indi.	Embotits, vísceres.
Peix i marisc	Peix blanc i blau, tonyina en llauna amb oli d'oliva i salmó fumat	Marisc, sardines en llauna amb oli d'oliva, bacallà salat i anxoves.	Ous de peix, peix arrebossat i precuinats.
Olis i greixos	Oli d'oliva verge extra (preferent), Oli de gira-sol amb Vitamina E.		Mantega, margarina, Llard, nata, crema de llet, oli de palma i de coco.
Sucres i derivats	Melmelades*, mel, sucre*, gelats casolans d'aigua o llet desnatada	Caramels, massapà, torró, coques i dolços casolans elaborats amb oli d'oliva o de llavors i flamb sense ou.	Xocolates, pastissos i postres amb llet sencera, nata o mantega i pastissos i brioxeria industrial
Salses i herbes	Sofregits naturals, pebre, mostassa, herbes, vinagreta, allioli i brous vegetals	Maionesa, beixamel, ketchup	Salses fetes amb mantega, margarina, llet sencera i greixos animals.
Begudes	Aigua amb suc*s		Refrescos ensucrats*, Begudes amb xocolata* i brous de sobre o llauna
Consells	Beure entre 1,5-2 litres d'aigua al dia (8 gots), Fer exercici físic extraescolar 5 hores a la setmana		

(*) Excés de TGC

Annex 17.1

Taula de despesa energètica d'activitat física

Taula de despesa energètica d'activitat física

Activitat física (AF)	Despesa energètica				Intensitat		Habitual	
	kcal/kg/min	kcal/h	kJ/h	w/m ²	VO ₂ ml/kg/min	MET	Hores	Kcal
AF basal								
Dormir	0,017	73	306	47	3,5	1,0	8,00	584
AF domèstica i/o laboral								
Estar relaxat	0,018	76	316	49	3,6	1,0	2,00	151
Recolzar-se de costat	0,019	78	326	50	3,7	1,1	2,00	156
Llegir	0,021	89	372	57	4,2	1,2	1,00	89
Menjar assegut	0,021	90	377	58	4,3	1,2	1,00	90
Jugar a cartes	0,021	90	377	58	4,3	1,2	2,00	180
Estar assegut	0,022	92	383	59	4,4	1,2	6,00	549
Parlar	0,025	104	437	67	5,0	1,4	1,00	104
Estar dret	0,025	106	443	68	5,0	1,4	2,00	212
Escriure	0,027	113	474	73	5,4	1,5	4,00	454
Escombrar	0,031	130	545	84	6,2	1,8	2,00	260
Mecanografiar	0,037	155	650	100	7,4	2,1	4,00	622
Rentar plats	0,037	155	650	100	7,4	2,1	1,00	155
Afaitar-se	0,037	156	653	100	7,4	2,1	0,10	16
Conduir un cotxe	0,042	174	729	112	8,3	2,4	1,00	174
Netejar les sabates	0,046	192	803	124	9,1	2,6	0,08	16
Dutxar-se	0,047	199	831	128	9,5	2,7	0,08	17
Vestir-se	0,049	207	866	133	9,9	2,8	0,08	17
Rentar-se	0,050	210	879	135	10,0	2,9	0,20	42
Pintar parets	0,050	210	879	135	10,0	2,9	4,00	840
Conduir una moto	0,051	213	892	137	10,2	2,9	1,00	213
Fer el llit	0,053	222	928	143	10,6	3,0	0,30	67
Fer bricolatge	0,054	228	954	147	10,9	3,1	2,00	456
Netejar els vidres	0,057	239	1000	154	11,4	3,3	2,00	478
Rentar la roba	0,057	240	1004	155	11,4	3,3	1,00	240
Netejar el terra	0,061	256	1069	165	12,2	3,5	1,00	256
Planxar la roba	0,062	258	1081	166	12,3	3,5	1,00	258
Passar l'aspiradora	0,067	281	1177	181	13,4	3,8	0,50	141
Practicar la jardineria	0,067	282	1180	182	13,4	3,8	2,00	564
Treure la pols	0,070	294	1230	189	14,0	4,0	1,00	294
Conduir una bicicleta (14 km/h)	0,100	420	1757	270	20,0	5,7	1,00	420
Baixar escales	0,101	425	1779	274	20,2	5,8	0,02	7
Pujar escales	0,227	953	3989	614	45,4	13,0	0,02	16
Fer un treball de laboratori	0,035	147	615	95	7,0	2,0	6,00	882

PEFS: guia de prescripció física per la salut. Generalitat de Catalunya. Setembre 2007

Annex 17.2

Institut Català de la Salut
Direcció d'Atenció Primària
Costa de Ponent

Institut Català de la Salut
Servei d'Atenció Primària
Esquerra de Barcelona

SJD
Sant Joan de Déu
Barcelona Hospital

Taula de despesa energètica d'activitat física

Taula de despesa energètica d'activitat física

Activitat física (AF)	Despesa energètica				Intensitat		Habitual	
	kcal/kg/min	kcal/h	kJ/h	w/m ²	VO ₂ ml/kg/min	MET	Hores	Kcal
AF domèstica i/o laboral (continuació)								
Fer de granger	0,056	235	984	151	11,2	3,2	6,00	1.411
Fer de mecanic	0,060	252	1.054	162	12,0	3,4	6,00	1.512
Fer de fuster	0,065	273	1.142	176	13,0	3,7	6,00	1.638
Fer de pagès (plantar i cavar)	0,069	290	1.213	187	13,8	3,9	6,00	1.739
Fer de paleta	0,070	294	1.230	189	14,0	4,0	6,00	1.764
Fer de pagès (transportar sacs)	0,083	349	1.459	224	16,6	4,7	6,00	2.092
Fer de jardiner	0,086	361	1.511	233	17,2	4,9	6,00	2.167
Treballar amb pic i pala	0,095	399	1.669	257	19,0	5,4	6,00	2.394
Fer de pagès (segar sense màquines)	0,098	412	1.722	265	19,6	5,6	6,00	2.470
Talar arbres i tallar fusta	0,107	449	1.880	289	21,4	6,1	6,00	2.696
AF lleure i/o esport								
Billar	0,026	109	454	70	5,2	1,5	1,00	109
Petanca	0,052	218	914	141	10,4	3,0	2,00	437
Golf	0,070	295	1.234	190	14,0	4,0	3,00	885
Ping-pong	0,071	297	1.241	191	14,1	4,0	1,00	297
Natació	0,071	300	1.255	193	14,3	4,1	1,00	300
Gimnàstica	0,071	300	1.255	193	14,3	4,1	1,00	300
Natació recreativa	0,085	359	1.500	231	17,1	4,9	1,00	359
Bitlles	0,098	412	1.722	265	19,6	5,6	1,00	412
Voleibol	0,101	423	1.770	272	20,1	5,8	1,00	423
Equitació	0,107	449	1.880	289	21,4	6,1	1,00	449
Ballet	0,110	462	1.933	298	22,0	6,3	1,00	462
Esquí aquàtic	0,114	480	2.008	309	22,9	6,5	1,00	480
Tennis	0,115	482	2.017	310	23,0	6,6	1,50	723
Natació estil esquena	0,116	486	2.033	313	23,1	6,6	1,00	486
Natació estil braça	0,119	501	2.095	322	23,8	6,8	1,00	501
Bicicleta	0,121	510	2.134	328	24,3	6,9	3,00	1.530
Basquetbol	0,124	519	2.171	334	24,7	7,1	1,00	519
Natació estil lliure (crol)	0,130	545	2.279	351	25,9	7,4	1,00	545
Futbol	0,133	558	2.333	359	26,6	7,6	1,50	837
Alpinisme	0,141	594	2.485	383	28,3	8,1	1,00	594
Esquí moderat	0,142	596	2.495	384	28,4	8,1	3,00	1.789
Handbol	0,143	600	2.510	386	28,6	8,2	1,50	900
Patinatge	0,143	600	2.510	386	28,6	8,2	1,00	600
Rem	0,143	600	2.510	386	28,6	8,2	1,00	600

PEFS: guia de prescripció física per la salut. Generalitat de Catalunya. Setembre 2007

Annex 17.3

Taula de despesa energètica d'activitat física

Taula de despesa energètica d'activitat física								
Activitat física (AF)	Despesa energètica				Intensitat		Habitual	
	kcal/kg/min	kcal/h	kJ/h	w/m ²	VO ₂ ml/kg/min	MET	Hores	Kcal
AF lleure i/o esport (continuació)								
Muntanyisme	0,147	617	2.583	398	29,4	8,4	1,00	617
Esquaix	0,147	619	2.591	399	29,5	8,4	1,00	619
Judo	0,185	779	3.257	501	37,1	10,6	1,00	779
Karate	0,185	779	3.257	501	37,1	10,6	1,00	779
Natació estil papallona	0,200	840	3.515	541	40,0	11,4	0,50	420
Jòguing	0,214	900	3.766	580	42,9	12,2	1,00	900
Esqui intens	0,235	987	4.130	636	47,0	13,4	2,00	1.974
Cursa contínua	0,286	1.200	5.021	773	57,1	16,3	1,00	1.200
Esprint	0,357	1.500	6.276	966	71,4	20,4	0,50	750
Passejar amb suavitat (3,5 km/h)	0,051	214	896	138	10,2	2,9	1,00	214
Caminar costa avall	0,056	234	979	151	11,1	3,2	1,00	234
Ball modern moderat	0,066	275	1.151	177	13,1	3,7	1,00	275
Passejar ràpid (4-5 km/h)	0,070	295	1.234	190	14,0	4,0	1,00	295
Caminar/trotar	0,071	300	1.255	193	14,3	4,1	1,00	300
Ball de saló (vals)	0,083	347	1.450	223	16,5	4,7	1,00	347
Ball modern vigorós	0,083	349	1.459	224	16,6	4,7	1,00	349
Correr amb suavitat (5,5 km/h)	0,092	385	1.611	248	18,3	5,2	1,00	385
Excursió amb motxilla	0,097	408	1.707	263	19,4	5,6	1,00	408
Ball de saló (rumba)	0,101	424	1.775	273	20,2	5,8	1,00	424
Correr amb moderació (7,5 km/h)	0,154	645	2.699	415	30,7	8,8	1,00	645
Caminar costa amunt	0,157	660	2.761	425	31,4	9,0	1,00	660
Saltar a corda	0,171	720	3.012	464	34,3	9,8	1,00	720
Correr amb intensitat (9 km/h)	0,300	1.260	5.272	811	60,0	17,1	1,00	1.260

PEFS: guia de prescripció física per la salut. Generalitat de Catalunya. Setembre 2007

Annex 18

Institut Català de la Salut
Direcció d'Atenció Primària
Costa de Ponent

Institut Català de la Salut
Servei d'Atenció Primària
Esquerra de Barcelona

SJD
Sant Joan de Déu
Barcelona Hospital

Controls successius

SJD
Sant Joan de Déu
Barcelona Hospital

Institut Català de la Salut
Servei d'Atenció Primària
Litoral-Esquerra de Barcelona

Institut Català de la Salut
Direcció d'Atenció Primària
Costa de Ponent

Controls successius (Atenció Primària de l'Institut Català de la Salut - Servei d'Endocrinologia de l'Hospital Sant Joan de Déu)

Edat	0	1r mes	2n mes	3r mes	4r mes	5r mes	6r mes	7r mes	8r mes	9r mes	10r mes	11r mes	Final
Data													
Centre	HSJD	CAP	CAP	HSJD	CAP	CAP	HSJD	CAP	CAP	HSJD	CAP	CAP	HSJD
Especialista	Endocrinòleg			Dietista			Endocrinòleg			Dietista			Endocrinòleg
Pes (kg)													
Alçada (cm)													
IMC													
IMC (percentil)													
Tensió arterial													
Fruïtes/dia													
Verdures/dia													
Recomanacions dietètiques													
Exercici físic (hores/setmana)													
Assistència													

No dubteu a consultar-nos si teniu algun problema

9100701-100-53803734

Annex 19

Webs i blogs d'interès

- **FAROS Sant Joan de Déu** és la plataforma digital de promoció de la salut i el benestar infantil de l'Hospital Sant Joan de Déu (HSJD) de Barcelona. Es dirigeix principalment a mares i pares que tenen interès en rebre informació de qualitat sobre la salut dels seus fills. Tanmateix, FAROS es dirigeix a altres cuidadors i professionals, especialment en el camp de la salut i l'educació. Compta amb apartats d'informació sobre alimentació i nutrició i també amb apartats pràctics de receptes, llibres, contes i aplicacions mòbils. <http://faros.hsjdbcn.org/>
- **PequeRecetas**: Lloc web de l'empresa Kidealía Media SL sobre receptes per a bebès i nens, sopars fàcils per a nens, receptes per a festes infantils, menús setmanals per a tota la família, entre d'altres. <http://www.pequerecetas.com/>
- **Unió Vegetariana Espanyola (UVE)**. És una associació sense ànim de lucre, composta per persones vegetarianes compromeses amb la causa. Es referència bibliogràfica per a la Generalitat de Catalunya, en el seu apartat "Dietses vegetarianes". <http://www.unionvegetariana.org/>
- **Amed – Alimentació mediterrània**. Amed és la sigla que identifica els establiments promotors de l'Alimentació Mediterrània. L'objectiu del lloc web d'Amed és mantenir i fomentar l'alimentació mediterrània en l'àmbit de la restauració col·lectiva. Recomanada per la Generalitat de Catalunya. <http://www.amed.cat/receptes.php>
- **Agència Catalana de la Seguretat alimentària** amb material informatiu sobre alimentació. <http://www.gencat.cat/salut/acsa/html/ca/dir3562/doc33966.html>
- **Gastroteca. Cat**. Una eina de suport, de la Generalitat de Catalunya, a la comercialització dels productes agroalimentaris locals; un canal interactiu i dinàmic al servei dels professionals del sector (distribuidors, cuiners, productors, elaboradors, artesans alimentaris, gastrònoms, promotors del turisme gastronòmic, etc), consumidors i entitats que treballen entorn els productes agroalimentaris locals. <http://www.gastroteca.cat/>
- **El camp a casa** és el portal web que permet al consumidor, majorista o minorista, la possibilitat de contactar amb els pagesos i les pageses del Parc Agrari que participen en aquest projecte, i poder així adquirir les fruites i verdures que hi produeixen. Amb el suport de la Generalitat de Catalunya. <http://www.elcampacasa.com/>
- **Cuina sense pares**. En aquesta web de la Diputació de Barcelona trobarem propostes de menús setmanals amb diferents plats per dinar i sopar. Són receptes fàcils, ràpides i econòmiques però sobretot saludables. <http://www.cuinasensepares.cat/receptari.asp?varme=3>
- **Canal Salut**. Receptes saludables des del Canal Salut de la Generalitat de Catalunya. <http://www20.gencat.cat/portal/site/canalsalut/menueitem.f83b7c6193cf4b9c48af8968b0c0e1a0/?vgnnextoid=e031d8b530bec210VgnVCM1000008d0c1e0aRCD&vgnnextchannel=e031d8b530bec210VgnVCM1000008d0c1e0aRCD&vgnnextfmt=default>
- **El monstruo de las recetas**. Blog molt pediàtric. L'autora: Núria Soria Nieto, una adolescent de 14 anys apassionada per la cuina. Primers i segons plats, postres... <http://elmonstruodelasrecetas.blogspot.com.es/> També té Canal al Youtube (<http://www.youtube.com/user/recetasmonstruo/videos>)

Bibliografia

1. Obesitat i sobrepès. Organització Mundial de la Salut. Disponible a: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/index.html>
2. National Heart Lung and Blood Institute. Expert Panel on Integrated Guidelines for Cardiovascular Health and Risk Reduction in Children and Adolescents: Summary Report. Disponible a: http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/cvd_ped/peds_guidelines_sum.pdf
3. Rubio MA et al. Consenso SEEDO 2007 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica. Disponible a: <http://www.seedo.es/Actividades/Documentosdeconsenso/tabid/86/Default.aspx>
4. Freedman SD et al. Relationship of Childhood Obesity to Coronary Heart Disease Risk Factors in Adulthood: The Bogalusa Heart Study. *Pediatrics* 2001; 108:3 712-718
5. Ministerio de Sanidad y Consumo. Informe ALADINO. Disponible a: http://www.aesan.msc.es/AESAN/web/notas_prensa/estudio_aladino.shtml
6. Estudio Prospectivo Delphi. Libro Blanco. Costes sociales y Económicos de la obesidad y sus patologías asociadas (Hipertensión, Hiperlipidemias y Diabetes). 1999:51-66
7. Ministerio de Sanidad y Consumo. Programa Perseo: Guía sobre obesidad infantil para profesionales sanitarios de Atención Primaria. 2007. Disponible a: <http://www.perseo.aesan.msc.es/es/profesionales/secciones/GuiaProfesionalesSanitarios.shtml>
8. Schubert CM, Sun SS, Burns TL, Morrison JA, Huang TT. Predictive ability of childhood metabolic components for adult metabolic syndrome and type 2 diabetes. *J Pediatr* 2009;155(3):56.e1-56.e7.
9. Freedman DS, Dietz WH, Srinivasan SR, Bereson GS. Risk factors and adult body mass index among overweight children: the Bogalusa Heart Study. *Pediatrics* 2009;123:750-7.
10. Cook S, Weitzman M, Auinger P, Nguyen M, Dietz W. Prevalence of a metabolic syndrome phenotype in adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2003;157:821-7.
11. De Ferranti S, Gauvreau K, Ludwig D, et al. Prevalence of the metabolic syndrome in American adolescents findings from the Third National Health and Nutrition Examination Survey. *Circulation* 2004; 110; (16):2494-7.
12. The fourth report on the diagnosis, evaluation and treatment of High Blood Pressure in Children and Adolescents. US Department of Health and Human Services.
13. Lurbe E, Cifkova R, Cruickshank JK, Dillon MJ, Ferreira I, Invitti C, Kuznetsova T, Laurent S, Mancia G, Morales-Olivas F, Rascher W, Redon J, Schaefer F, Seeman T, Stergiou G, Wühl E, Zanchetti A. Manejo de la hipertensión arterial en niños y adolescentes: recomendaciones de la Sociedad Europea de Hipertensión An *Pediatr(Barc)*.2010;73(11):51.e1-51.e281
14. Juonala M, Magnussen CG, Berenson GS, Venn A, Burns TL, Sabin MA, Srinivasan SR, Daniels SR, Davis PH, Chen W, Sun C, Cheung M, Viikari JSA, Dwyer T, Raitakari OT. Childhood adiposity, adult adiposity and cardiovascular risk factors. *NEJM* 2011;365:1876-85.
15. Centre d'Ensenyament Superior de Nutrició i Dietètica (CESNID). Taules de composició d'aliments per mesures casolanes de consum habitual a Espanya. Mc Graw Hill. 2009.
16. Departament de Salut, Generalitat de Catalunya. L'alimentació saludable en l'etapa escolar. 2012



Generalitat de Catalunya
Departament de Salut