

MAYO 2014

Prevención Primaria de Obesidad Infantil

Segunda Edición



Aviso de responsabilidad

Estas Guías no son vinculantes para las enfermeras o instituciones que las utilicen. Su uso ha de ser flexible para poder amoldarse a las necesidades de cada individuo y a las circunstancias de cada lugar de trabajo. Las guías no suponen compromiso alguno pero tampoco eximen de responsabilidades a quienes hacen uso de ellas. Aunque en el momento de la publicación se puso especial énfasis en la precisión de los contenidos, los autores y la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (RNAO, por sus siglas en inglés) no garantizan la exactitud de la información recogida en las guías ni asumen responsabilidad alguna respecto a las pérdidas, daños, lesiones o gastos derivados de errores u omisiones en su contenido.

Copyright

A excepción de aquellas partes del presente documento en las que se especifique la prohibición o restricción expresa para su copia, el resto puede ser editado, reproducido y publicado en su totalidad y sin modificaciones, independientemente de su formato, incluido el soporte electrónico, para fines educativos y no comerciales. En caso de que fuera necesario por cualquier motivo realizar una adaptación del material, se deberá contar previamente con el visto bueno de la RNAO. En todo aquel material que sea copiado deberá aparecer la correspondiente mención o cita tal y como se indica a continuación:

Versión en castellano de: Registered Nurses' Association of Ontario (2014). Primary Prevention of Childhood Obesity (Second Edition). Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.

Proyecto financiado por el Ministerio de Sanidad y Atención de Larga Duración de Ontario.

Acerca de la traducción

Para realizar la versión española de las guías de la RNAO se ha contado con la coordinación técnica de un equipo de traductores especializados, licenciados en Traducción e Interpretación, con años de experiencia en el campo de la salud, con los conocimientos culturales y lingüísticos necesarios y todos ellos con el español como lengua materna. A su vez, la revisión ha corrido a cargo de profesionales del cuidado experimentados y conocedores de ambas culturas, y dicha revisión ha sido evaluada de forma independiente. Durante el proceso se han utilizado las más modernas herramientas informáticas de asistencia a la traducción a fin de garantizar la coherencia conceptual y terminológica. Asimismo, se ha realizado la adaptación cultural de los contenidos pertinentes para reflejar la realidad de los países hispanohablantes. Así podemos garantizar una traducción precisa y fluida que cumple los objetivos fijados en la cultura de destino.

Información de contacto

Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario

158 Pearl Street, Toronto, Ontario M5H 1L3

Página Web: : www.rnao.ca/bestpractices



Prevencción Primaria de Obesidad Infantil

Segunda Edición

Saludo de Doris Grinspun,

Directora ejecutiva, Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario



La Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (en lo sucesivo RNAO, por sus siglas en inglés) se complace en ofrecer la segunda edición de esta Guía de buenas prácticas en enfermería para la Prevención primaria de la obesidad infantil. Las prácticas basadas en la evidencia respaldan la excelencia en la provisión de servicios que las enfermeras ofrecen en su labor cotidiana. Desde la RNAO, nos complace poder ofrecer esta herramienta fundamental.

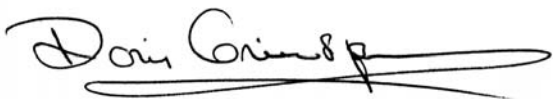
Queremos expresar nuestro profundo agradecimiento a todas las instituciones y particulares que hacen posible la iniciativa, como el Gobierno de Ontario, que ha reconocido la capacidad de la RNAO para liderar el desarrollo de este programa, y que ofrece para ello su financiación plurianual. También les debemos nuestro reconocimiento a las doctoras Irmajean Bajnok y Monique Lloyd, Directora y Subdirectora, respectivamente, del Centro de Asuntos

Internacionales y Guías de buenas prácticas de la RNAO, por su experiencia y liderazgo para el desarrollo de esta guía. Asimismo, queremos dar las gracias a las copresidentas del Panel de Expertos, Carol Timmings (Directora, Healthy Living and Chief Nursing Officer en el sistema sanitario público de Toronto [Toronto Public Health]) y Lorraine Telford (Gerente, Programas Clínicos en los Centros Comunitarios de Salud de LAMP y Mississauga [LAMP and Mississauga Community Health Centres]) por su experiencia y apoyo en la elaboración de la presente Guía. Gracias también a nuestro personal dentro de la RNAO, Grace Suva, Diana An, Megan Bamford, Anastasia Harripaul, Tasha Penney, Laura Sykes, y Sarah Xiao por su intenso trabajo para la producción de esta segunda edición. Igualmente queremos trasladar nuestro agradecimiento al Panel de Expertos de las guías de buenas prácticas por dedicar generosamente su tiempo y experiencia para crear un riguroso y sólido recurso clínico. No podríamos haberlo conseguido sin todos ellos.

El uso eficaz de estas guías requiere el esfuerzo conjunto de los responsables de formación en el ámbito académico y laboral, las propias enfermeras, otros profesionales del sector sanitario, los responsables de la contratación, los legisladores y los investigadores. La comunidad de enfermeras, con su compromiso y dedicación a la excelencia en el trabajo, aporta sus conocimientos e incontables horas de esfuerzo para la creación y evaluación de cada una de las guías. Los responsables de la contratación han respondido con entusiasmo a este proyecto, con el reconocimiento a los profesionales que aplican estas guías, la implantación de las guías en sus centros y la evaluación del efecto de las mismas tanto en pacientes como en las propias instituciones. Tanto nuestro gobierno como otros se han unido igualmente a esta iniciativa. Juntos, estamos trabajando por construir una cultura de práctica basada en la evidencia.

Es nuestro deseo que estas y otras guías se compartan con los miembros del equipo multidisciplinar, ya que tenemos mucho que aprender los unos de los otros. Juntos podemos asegurarnos de que las personas reciban la mejor atención posible siempre que traten con nosotros. Hagamos que ellos sean los verdaderos beneficiarios de nuestro esfuerzo

Doris Grinspun, RN, MSN, PhD, LLD (Hon), O. ONT.

A handwritten signature in black ink that reads "Doris Grinspun". The signature is stylized and includes a long horizontal flourish at the end.

Chief Executive Officer
Registered Nurses' Association of Ontario

Saludo de Teresa Moreno,

Responsable de la Unidad de Investigación en Cuidados de Salud, Investén-isciii.
Instituto de Salud Carlos III de España




La Unidad de Investigación en Cuidados de Salud (Investén-isciii) se complace en presentar las Guías de buenas prácticas en enfermería, realizadas por la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (RNAO), en su versión traducida al español, para que puedan ser utilizadas por todos los profesionales de la salud hispanohablantes.

Desde Investén-isciii nos sumamos a la iniciativa de transformar la enfermería a través del conocimiento, ya que entendemos que los cuidados seguros y de calidad deben apoyarse en los resultados de la investigación multidisciplinar en este ámbito y en el intercambio de conocimientos entre profesionales de dentro y fuera de nuestras fronteras. Por ello iniciamos este proyecto, con el que pretendemos que las Guías de buenas prácticas puedan ser incorporadas a la actividad de los diferentes profesionales de la salud hispanohablantes.

Quiero aprovechar esta ocasión para solicitar vuestra ayuda en la difusión, implantación y utilización de estas Guías. La profesión enfermera, y especialmente aquellos que reciben nuestros cuidados, resultarán directamente beneficiados.

Investén-isciii y la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario os agradecen de antemano vuestra colaboración, al tiempo que os animan a continuar contribuyendo al desarrollo de la Práctica clínica Basada en la Evidencia.

Teresa Moreno, RN, MSc, PhD.



Directora de la Unidad de Investigación en Cuidados de Salud (Investén-isciii)
Instituto de Salud Carlos III de España.
Madrid Enero 2015

Índice de contenidos

Cómo utilizar este documento	6	ANTECEDENTES
Objetivos y ámbito de aplicación	7	
Resumen de recomendaciones	10	
Interpretación de la evidencia	14	
Panel de Expertos de la RNAO	15	
Equipo del proyecto	17	
Agradecimientos a los colaboradores	18	
Antecedentes	24	
Marco de referencia	27	

Recomendaciones para la práctica	31	RECOMENDACIONES
Recomendaciones para la formación	56	
Recomendaciones sobre el sistema, la organización y la elaboración de políticas y directrices	60	
Lagunas en la investigación e implicaciones futuras	67	
Estrategias de implantación	69	
Evaluación y seguimiento de la Guía	70	
Proceso de actualización y revisión de la Guía	76	

REFERENCIAS	Lista de referencias	77
-------------	--------------------------------	----

ANEXOS	Anexo A: Glosario	94
	Anexo B: Proceso de desarrollo de la Guía	98
	Anexo C: Proceso de revisión sistemática y estrategia de búsqueda	99
	Anexo D: Herramientas y recursos de valoración individual y familiar	103
	Anexo E: Guías de nutrición	110
	Anexo F: Guías canadienses sobre actividad física	123
	Anexo G: Guías canadienses sobre sedentarismo	125
	Anexo H: Herramientas y recursos de valoración del entorno escolar	127
	Anexo I: Herramientas y recursos de valoración comunitaria	130
	Anexo J: Herramientas y recursos para evaluar las políticas de salud pública	131
	Anexo K: Información adicional	134
	Anexo L: Indicadores y recursos para evaluar el estatus socioeconómico	142
	Anexo M: Descripción de la Herramienta	143

APOYOS	Aval de calidad	144
--------	---------------------------	-----

Cómo utilizar este documento

Esta **Guía de buenas prácticas**^G en enfermería es un documento exhaustivo, que proporciona recursos para la práctica de la enfermería basada en la evidencia^G y debe ser considerada como una herramienta, o plantilla, destinada a mejorar la toma de decisiones para unos cuidados individualizados. Se pretende que la guía se revise y se aplique de acuerdo con las necesidades tanto individuales como de las instituciones o centros de cuidados y las necesidades y deseos del niño/ la familia/ la comunidad/ el sistema/la sociedad. Además, la guía ofrece una visión general de las estructuras y los soportes adecuados para brindar los mejores cuidados posibles basados en la evidencia.

Las enfermeras y demás profesionales de la salud, y los gestores que se encargan de dirigir y aplicar los cambios en la práctica, hallarán útil este documento de cara al desarrollo de políticas, procedimientos, programas educativos y herramientas de documentación y evaluación. Las enfermeras que proporcionan atención directa al paciente podrán revisar las recomendaciones y la evidencia en las que se fundamentan. Recomendamos especialmente que se adapten estas guías en los entornos de la práctica en formatos que sean de fácil manejo para el uso diario.

Si su institución adopta la guía, le recomendamos que siga los siguientes pasos:

- a) Evaluar las prácticas de enfermería y cuidados en salud actuales mediante las recomendaciones de esta Guía;
- b) Identificar las recomendaciones que abordan las carencias o necesidades del servicio; y
- c) Desarrollar un plan de implantación de las recomendaciones. Como recurso de implantación se incluye la segunda edición de la Herramienta de implantación de Guías de buenas prácticas de la RNAO. (Registered Nurses' Association of Ontario's *Toolkit: Implementation of Best Practice Guidelines* (2nd ed.) (RNAO, 2012a) disponible en, www.RNAO.ca)

La RNAO está interesada en saber cómo se ha implantado la Guía. Por favor, póngase en contacto con nosotros para compartir su experiencia.

* A lo largo de este documento, los términos marcados con un superíndice con el símbolo (G) puede encontrarse en el Glosario (**Anexo A**).



Objetivo y ámbito de la aplicación

Objetivo

Las Guías de buenas prácticas son documentos desarrollados de manera sistemática que ayudan a enfermeras y equipos multidisciplinares de salud a tomar las decisiones oportunas en lo relativo a la atención sanitaria (Field & Lohr, 1990). El objetivo de esta Guía es proporcionar a las enfermeras de cualquier institución sanitaria recomendaciones sobre la práctica, la formación, el sistema, la organización y las políticas y directrices para la prevención primaria^G de la obesidad, en niños, preescolares y niños de educación primaria. En esta Guía, las *recomendaciones para la práctica*^G se refieren a intervenciones integrales en lugares con gran afluencia de niños (como colegios o centros de atención pediátrica), en tanto que las recomendaciones para la formación^G se refieren a intervenciones integrales en lugares con gran afluencia de niños (como colegios o centros de atención pediátrica), mientras que las *recomendaciones para la formación*^G sustentan el desarrollo y el mantenimiento de la competencia enfermera en la prevención primaria de la obesidad infantil. Finalmente, las recomendaciones sobre *el sistema, la organización y las políticas y directrices*^G se ocupan de la importancia que tienen los entornos que favorecen la práctica para implantar y evaluar los cuidados de enfermería de alta calidad basados en la evidencia para abordar la prevención de la obesidad en la infancia.

Ámbito de aplicación

La prevención primaria hace referencia a las intervenciones generales con las que “se pretende reducir el riesgo medio entre toda la población” (National Public Health Partnership, 2006, p. 4). Concretamente, el objetivo de la prevención primaria es el de “eliminar o reducir las causas o los determinantes que llevan a la pérdida del buen estado de salud, así como controlar la exposición a riesgos, y promover los factores que protegen la salud” (National Public Health Partnership, 2006, p. 4). La prevención primaria se diferencia de la prevención secundaria en que esta última se centra en la detección y la intervención tempranas; y también es distinta de la prevención terciaria, cuyo propósito es controlar una enfermedad ya establecida (National Public Health Partnership, 2006).

La promoción de la salud^G confiere a los individuos el conocimiento y las capacidades necesarias para controlar y mejorar su bienestar (Public Health Agency of Canada [PHAC], 2010b). Sin embargo, la capacidad individual debe contar con el respaldo de un entorno que favorezca una mejor salud (PHAC, 2010b). Por tanto, la promoción de la salud también abarca intervenciones que fomenten cambios positivos en la situación política, económica y social de una comunidad (PHAC, 2010b; Alberta Coalition for Healthy School Communities, 2006). En general, en la prevención primaria y en las actividades de promoción de salud se utilizan planteamientos poblacionales por su mayor impacto en la salud pública^G (PHAC, 2010b; Public Health Agency of Canada & the Canadian Institutes of Health Information [PHAC & CIHI], 2011). Así, el principal objetivo de la presente Guía son los niños sin problemas de sobrepeso u obesidad, con buen estado de salud general.

El *tratamiento* de la obesidad no entra dentro del ámbito de estas recomendaciones. Para mayor información sobre el tratamiento, se puede consultar la guía del National Institute for Health and Care Excellence guideline *Managing Overweight and Obesity Among Children and Young People: Lifestyle Weight Management Services* (2013).

El Panel de Expertos puso de manifiesto la importancia de los determinantes sociales en la salud^G para la prevención de la obesidad infantil. Por lo tanto, se deben considerar las recomendaciones desde una perspectiva social y ambiental, lo que supone que las intervenciones para reducir el riesgo de obesidad infantil deben tener en cuenta a los niños que centran la intervención, así como el entorno en el viven.

Las condiciones de riesgo de obesidad infantil también se pueden considerar desde el punto de vista de la igualdad en la salud. Este concepto implica que todas las personas deben poder alcanzar su pleno potencial de salud y no verse limitadas para ello por su posición social o cualquier otra circunstancia social (Whitehead & Dahlgren 2006). Las desigualdades en la salud^G son las diferencias de salud que se producen socialmente (y, por tanto, son modificables), sistémicas en su distribución entre la población, e injustas (Whitehead & Dahlgren 2006). Un claro ejemplo de desigualdad en la salud en el contexto de Canadá son los pueblos aborígenes (primeras naciones, inuit y métis), con una mayor tasa de mortalidad infantil y menor esperanza de vida en comparación con la población canadiense no aborigen (National Collaborating Centre for Aboriginal Health, 2012). Por lo tanto, las mayores tasas de obesidad entre los aborígenes adultos, en comparación con los no aborígenes, debe entenderse en relación con determinantes intermedios como las circunstancias materiales (como la pobreza y su efecto en las condiciones de vida y de trabajo, o el acceso a la alimentación) así como determinantes estructurales “adversos” como el colonialismo, el racismo, la exclusión social y la autodeterminación (Reading & Halseth, 2013; Reading & Wien 2009). Aunque escape del ámbito de la presente Guía, y para subrayar cómo los determinantes sociales de la salud pueden incidir en algunos grupos de la población, las enfermeras y los profesionales sanitarios deben desarrollar su labor con niños, familias y comunidades teniendo siempre presente el concepto de igualdad.

El objetivo de esta Guía se ha ido concretando a lo largo de su desarrollo. Su propósito inicial era el de ofrecer recomendaciones para la prevención primaria de la obesidad en niños y adolescentes de 0 a 18 años. Sin embargo, la revisión sistemática^G reveló que, con respecto a la obesidad, la mayoría de las intervenciones eficaces en prevención primaria tienen lugar en las primeras etapas de crecimiento y desarrollo del niño (desde su nacimiento hasta los 12 años). En cambio, había menos literatura centrada en los adolescentes, y las intervenciones en este grupo de edad arrojaban resultados menos satisfactorios. El Panel de Expertos identifica la adolescencia como un periodo en el que se pueden mantener las conductas saludables aprendidas en la infancia para prevenir la obesidad. Es más, las intervenciones específicas en materia de salud desarrolladas en la infancia difieren del enfoque por pares que propugnan las guías de buenas prácticas en materia de salud para adolescentes. Así pues, el Panel de Expertos recomienda que en esta Guía se dé prioridad a la prevención primaria de la obesidad a edades más tempranas, desde bebés y niños en edad preescolar a niños de hasta 12 años. Para obtener información más detallada de las recomendaciones para la práctica en la adolescencia, se puede consultar la Guía de la RNAO *Fomento de un desarrollo saludable de los adolescente* (2010).

Además, dentro del extenso corpus de literatura sobre obesidad infantil, el Panel de Expertos no halló evidencia suficiente en nuestra revisión sistemática sobre intervenciones eficaces para determinados riesgos o sobre situaciones protectoras, como sí se encuentran en otros ámbitos (Ontario Ministry of Health and Long-Term Care, 2012b). Por ejemplo, no se incluía la salud mental como foco de interés en las intervenciones de prevención primaria de la obesidad infantil. La evidencia tampoco se mostró consistente a la hora de establecer un vínculo entre la insuficiencia de sueño y un peso poco saludable en la infancia. En los pocos estudios que exploraron esta asociación los resultados fueron contradictorios. Un estudio indicó que un menor tiempo de sueño estaba relacionado con mayores medidas de índices de masa corporal^G (IMC) (O’Dea, Dibley, & Rankin, 2012), en tanto que otros no pudieron demostrar una vinculación entre el sueño y la infancia (Hiscock, Scalzo, Canterford, & Wake, 2011; Wake, Price, Clifford, Ukoumunne, & Hiscock, 2011). Además, en nuestra revisión sistemática no había evidencia suficiente sobre intervenciones previas a la concepción o al parto para garantizar que un enfoque de la intervención centrado en la prevención primaria respecto a los comportamientos de las madres durante la gestación (como consumo de tabaco o cuidados prenatales) para prevenir la obesidad infantil. Es más, Health Nexus (2013) indica en su documento *Obesity in Preconception and Pregnancy* that, “que “aún no se ha aclarado si las intervenciones de orientación dirigidas a las madres, relativas a la actividad física o la alimentación, reducen la incidencia de la obesidad infantil” (executive summary, para. 4). Aunque las recomendaciones contenidas en esta Guía no abarcan estos temas, el Panel de Expertos reconoce que el sueño, el bienestar mental y los cuidados prenatales son importantes factores que contribuyen a la buena salud del niño. Por tanto, apoyamos sin reservas las intervenciones orientadas a fomentar unos patrones de sueño adecuados, el bienestar mental y los cuidados prenatales para el sano desarrollo de los niños. El Panel de Expertos también destaca que estas pueden ser futuras áreas de investigación que se deben tener en cuenta por su asociación específica con la prevención primaria de la obesidad infantil.

Salvo que se indique lo contrario, el nivel de evidencia de cada una de las recomendaciones de esta Guía se basa en los estudios que respaldan los esfuerzos de prevención primaria y promoción de la salud en niños sin problemas de obesidad ni sobrepeso. Cabe destacar que este tema no permite un uso amplio de ensayos controlados aleatorizados^G, que con frecuencia se consideran como estándar de referencia en la metodología de investigación. Los ensayos controlados aleatorizados (ECA) no son adecuados para evaluar la obesidad infantil debido a los diversos riesgos y condiciones socioeconómicas que este tema implica; los ensayos controlados aleatorizados, por su diseño, eliminan estos factores contextuales. Si bien no hemos excluido de la búsqueda de la literatura ningún estudio por su particular diseño, la mayor parte de la evidencia aquí citada se basa en investigación y estudios observacionales centrados en la prevención de la obesidad infantil desde una perspectiva social y ambiental del estilo de vida. El diseño observacional no puede determinar la causalidad (puesto que el investigador no asigna la intervención, y además los resultados evaluados se asocian a intervenciones que ya se están produciendo en la práctica clínica), pero los diseños utilizados responden de forma más adecuada a los criterios de búsqueda de estrategias de prevención primaria para la obesidad infantil de esta Guía.

Equipos multidisciplinarios

A la hora de ofrecer intervenciones de prevención primaria, es preciso reconocer la importancia de las preferencias personales, las necesidades concretas y los recursos a nuestra disposición. El objetivo de este documento es ayudar a las enfermeras y al resto de componentes de un equipo de cuidados multidisciplinar a centrarse en estrategias basadas en la evidencia dentro del contexto de la relación entre el profesional sanitario y el niño / la familia / la comunidad / el sistema / la sociedad. Esta Guía está diseñada para aplicarse en todos los entornos de la práctica de enfermería, incluyendo la práctica clínica, la educación, la organización, las políticas, el sistema y la administración, para ayudar a aplicar las mejores prácticas en los cuidados con niños, familias y comunidades para prevenir la obesidad infantil.

Además de conocer y ser capaces de aplicar las estrategias de valoración y prevención de la obesidad infantil, es importante que las enfermeras, en colaboración con el equipo multidisciplinar y las partes interesadas^G, trabajen con los niños, sus familias y su comunidad para desarrollar dichas estrategias. La eficacia de la prevención primaria depende de una coordinación interprofesional de los cuidados^G en la que se haga hincapié en la comunicación continua entre profesionales de la salud y pacientes^G. Dentro del contexto de esta Guía, el término “paciente” hace referencia tanto a los individuos como a sus familias, grupos o comunidades (College of Nurses of Ontario, 2006).

Nuestra lista de referencias y anexos (donde se incluye un glosario, una descripción de cómo se desarrolló la guía y los detalles de nuestra búsqueda de la literatura) sigue la Guía principal. Véase el [Anexo A](#) Glosario Véanse los [Anexos B](#) y [C](#) para el desarrollo de la Guía y procesos de la revisión sistemática/actualización de la literatura. Los demás anexos comprenden distintos recursos de apoyo identificados mediante el trabajo del Panel de Expertos y el proceso de revisión de las partes interesadas.

Terminología

En esta Guía, el término “obesidad” se utiliza para referirse tanto a la obesidad como al sobrepeso en los niños. Sobrepeso y obesidad^G se definen como “la anormal o excesiva acumulación de grasa que puede ser perjudicial para la salud” (WHO, 2013, para. 2).

También, se utilizan los siguientes términos para indicar los diferentes rangos de edad:

- “Bebés” se usa para aludir a los niños de menos de 1 año de edad,
- “Niños pequeños” se usa para referirse a niños de 1 a 2 años
- “Niños en edad preescolar” se usa para los niños entre 3 y 4 años
- “Niños de primaria” se usa para referirse a los niños entre 5 y 12 años (adaptado de Canadian Society for Exercise Physiology, 2012).

Resumen de recomendaciones

Esta nueva Guía es una nueva edición de *Prevenção Primaria de la Obesidad Infantil* (RNAO, 2005) y la sustituye.

Se han utilizado estos símbolos para las recomendaciones:

- ✓ La recomendación no ha cambiado como resultado de la revisión sistemática de la evidencia.
 - +
- La recomendación y la evidencia que la avala se han actualizado como resultado de la evidencia obtenida en la revisión sistemática.

NUEVO Se ha desarrollado una nueva recomendación basada en la evidencia procedente de la revisión sistemática.

RECOMENDACIONES PARA LA PRÁCTICA		NIVEL DE EVIDENCIA	
1.0 Valoración	<p>Recomendación 1.1:</p> <p>Valorar con asiduidad la nutrición, la actividad física, la conducta sedentaria y el crecimiento del niño según las pautas establecidas, empezando a una edad tan temprana como sea posible.</p>	IV	+
	<p>Recomendación 1.2:</p> <p>Valorar los factores presentes en el entorno familiar (p. ej., influencias de los padres o cuidadores, e influencias de factores socioculturales) que pueden aumentar el riesgo de obesidad en el niño.</p>	IV	NUEVO
	<p>Recomendación 1.3:</p> <p>Colaborar con las autoridades escolares para valorar las situaciones protectoras y de riesgo presentes en el entorno escolar que puedan influir en la obesidad infantil, como:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ características demográficas de los alumnos ■ políticas escolares ■ entornos orientados a la alimentación y la actividad física 	IV	NUEVO
	<p>Recomendación 1.4:</p> <p>Valorar en las comunidades el nivel de riesgo y las condiciones protectoras que influyen en la obesidad infantil.</p>	IV	NUEVO

RECOMENDACIONES PARA LA PRÁCTICA		NIVEL DE EVIDENCIA	
2.0 Planificación	<p>Recomendación 2.1:</p> <p>Incluir a las partes interesadas de la comunidad en la planificación de intervenciones de prevención primaria de la obesidad infantil.</p>	IIb	NUEVO
	<p>Recomendación 2.2:</p> <p>Desarrollar intervenciones que:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ se apliquen universalmente, y tan pronto como sea posible ■ estén orientadas a múltiples conductas ■ se puedan implantar con diversos enfoques ■ incluyan a los padres o cuidadores principales, y a la familia ■ se puedan implantar simultáneamente en diferentes entornos 	Ia – IV	+
3.0 Implantación	<p>Recomendación 3.1:</p> <p>Propugnar la lactancia materna en exclusiva durante los primeros seis meses de vida del bebé, seguidos de lactancia materna y alimentación complementaria hasta los dos años o más.</p>	III	+
	<p>Recomendación 3.2:</p> <p>Ofrecer formación y apoyo social para ayudar a los padres o cuidadores principales a promover hábitos de alimentación y ejercicio físico saludables entre los niños de hasta 2 años.</p>	Ib	+
	<p>Recomendación 3.3:</p> <p>Colaborar con los padres/cuidadores principales, educadores, y personal de apoyo (p. ej. profesores, cuidadores, autoridades escolares) para promover la alimentación saludable y la actividad física en todos aquellos entornos donde se reúnan niños.</p>	Ib	NUEVO
	<p>Recomendación 3.4:</p> <p>Colaborar con las comunidades escolares para fomentar la actividad física regular entre los niños de primaria.</p>	IIb	+
	<p>Recomendación 3.5:</p> <p>Facilitar y promover la integración de educación sobre salud y nutrición en los programas de educación primaria, y trabajar por crear un mejor entorno de alimentación en el colegio.</p>	Ila – III	+

RECOMENDACIONES PARA LA PRÁCTICA		NIVEL DE EVIDENCIA	
4.0 Evaluación	<p>Recomendación 4.1:</p> <p>Monitorizar y evaluar la efectividad del enfoque de alimentación saludable y actividad física en el entorno.</p>	IV	+
	<p>Recomendación 4.2:</p> <p>Evaluar la eficacia y sostenibilidad de las iniciativas de prevención primaria en el colegio y en la comunidad.</p>	IV	NUEVO
	<p>Recomendación 4.3:</p> <p>Promover y apoyar el correcto cumplimiento de las políticas de salud pública en las instituciones, y la influencia que dichas políticas tienen en el comportamiento de los niños respecto a la alimentación y el ejercicio físico.</p>	III	NUEVO

RECOMENDACIONES PARA LA FORMACIÓN		NIVEL DE EVIDENCIA	
5.0 Formación	<p>Recomendación 5.1:</p> <p>Incorporar un programa curricular básico de prevención primaria basado en la presente Guía en la formación superior de enfermeras y demás profesionales sanitarios.</p>	IV	+
	<p>Recomendación 5.2:</p> <p>Los profesionales sanitarios deben participar en iniciativas de formación continua para mejorar su capacidad de impulsar los cambios positivos en el entorno y la conducta de niños, familias y comunidades que se recomiendan en esta Guía.</p>	IV	+

RECOMENDACIONES SOBRE EL SISTEMA, LA ORGANIZACIÓN Y LA ELABORACIÓN DE POLÍTICAS Y DIRECTRICES		NIVEL DE EVIDENCIA	
6.0 Sistema, organización y políticas y directrices	<p>Recomendación 6.1:</p> <p>Colaborar con organizaciones para desarrollar, promover e implantar políticas de salud pública ejecutables e integrales, que influyan en la alimentación saludable y el ejercicio físico en los entornos infantiles.</p>	III	NUEVO
	<p>Recomendación 6.2:</p> <p>Colaborar con organizaciones para establecer o examinar críticamente y mejorar las políticas de salud pública centradas en la actividad física infantil y los entornos existentes para dicha actividad.</p>	IV	NUEVO
	<p>Recomendación 6.3:</p> <p>Colaborar con organizaciones para establecer o examinar críticamente y mejorar las políticas de salud pública centradas en los entornos alimentarios escolares y la publicidad orientada al público infantil de comidas y bebidas no saludables.</p>	IV	NUEVO
	<p>Recomendación 6.4:</p> <p>Colaborar con las instituciones y con las comunidades en general para establecer o mejorar las políticas de salud pública que se ocupan de las barreras que impiden la igualdad en la salud.</p>	IV	NUEVO
	<p>Recomendación 6.5:</p> <p>Propugnar la creación de un sistema de supervisión integral de base poblacional para controlar las situaciones protectoras y de riesgo de obesidad infantil, como:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ prevalencia de un peso saludable ■ actividad física y alimentación saludable ■ factores socioeconómicos como la prevalencia de la pobreza infantil ■ prevalencia y duración de la lactancia y de la lactancia en exclusiva 	IV	NUEVO

Interpretación de la evidencia

Niveles de evidencia

Ia	Evidencia obtenida a través de metaanálisis o revisión sistemática de ensayos controlados aleatorizados.
Ib	Evidencia obtenida de al menos un ensayo controlado aleatorizado.
IIa	Evidencia obtenida de al menos un ensayo controlado, bien diseñado sin aleatorización.
IIb	Evidencia obtenida de al menos otro tipo de estudio cuasiexperimental bien diseñado, sin aleatorización.
III	Evidencia obtenida de estudios descriptivos bien diseñados, no experimentales, como son los estudios comparativos, estudios de correlación y estudios de casos.
IV	Evidencia obtenida de la opinión o los informes elaborados por un comité de expertos y/o las experiencias clínicas de autoridades.

Adaptado de "Sign grading system 1999-2012," by the Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN), 2012, in *SIGN 50: A Guideline Developer's Handbook*. Disponible en: <http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/50/index.html>



Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario Panel de Expertos

Lorraine Telford, RN, MN, CCHN(C)

Copresidenta del Panel de Expertos

Manager, Clinical Programs
LAMP and East Mississauga
Community Health Centres
Toronto, Ontario

Carol Timmings, RN, MEd

Copresidenta del Panel de Expertos

Director, Healthy Living and Chief Nursing Officer
Toronto Public Health
Toronto, Ontario

Suzanne Biro, BScH, MPH

Foundational Standard Specialist
Chronic Disease and Injury Prevention
Kingston, Frontenac and Lennox &
Addington Public Health
Kingston, Ontario

Nita Chahal, MN, NP-Paediatrics

Nurse Practitioner, Cardiovascular Service
The Labatt Family Heart Centre
The Hospital for Sick Children
Toronto, Ontario

Michael Creek

Director of Strategic Initiatives
Working for Change
Toronto, Ontario

Meni Didimos-Bryant, RN, BScN

Professional Practice Specialist
Provincial Services Team
Ontario Nurses' Association
Toronto, Ontario

Gary Goldfield, PhD, C. Psych

Clinical Scientist, Healthy Active Living
& Obesity Research
Children's Hospital of Eastern Ontario –
Research Institute
Associate Professor of Pediatrics,
Psychology and Human Kinetics
University of Ottawa
Ottawa, Ontario

**Elvenia Gray-Sandiford, MA, CDE
(Community Development and Engagement)**

Director
TransformNation Inc.
Mississauga, Ontario

Liz Helden, RN, BSN, MEd

Nurse Co-ordinator, Growing Healthy Pediatric
Weight Management Program
McMaster Children's Hospital
Hamilton, Ontario

Ellen Lakusiak, RD, BAsc, MSc

Public Health Nutritionist
Ottawa Public Health
Early Years Nutrition
Ottawa, Ontario

Amy McPherson, PhD, CPsychol, AFBPsS

Scientist, Participation & Inclusion
Bloorview Research Institute, Holland Bloorview
Kids Rehabilitation Hospital
Assistant Professor, Dalla Lana School of Public Health
& Graduate Department of Rehabilitation Science
University of Toronto
Toronto, Ontario

Panel de Expertos (continuación)

Alex Munter

President and Chief Executive Officer
Children's Hospital of Eastern Ontario
Ottawa, Ontario

Judith Nyman, MEd

Director of Program Policy
Ontario Public School Boards' Association
Toronto, Ontario

Janice Piper, BHEc, MPH

Public Health Nutritionist
Thunder Bay District Health Unit
Thunder Bay, Ontario

Rebecca Truscott, MHSc, RD

Manager, Prevention Policy & Stakeholder Engagement
Cancer Care Ontario
Toronto, Ontario



Todos los miembros del Panel de Expertos de la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario realizaron una declaración de conflicto de intereses y de confidencialidad.

La RNAO dispone de información más detallada al respecto.

Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario Equipo del proyecto

Grace Suva, RN, MN

Dirección de desarrollo de la Guía

Registered Nurses' Association of Ontario
Toronto, Ontario

Diana An, RN, MSc

Nursing Research Associate

Registered Nurses' Association of Ontario
Toronto, Ontario

Megan Bamford, RN, MScN

Nursing Research Associate

Registered Nurses' Association of Ontario
Toronto, Ontario

Anastasia Harripaul, RN, MSc(A)

Nursing Research Associate

Registered Nurses' Association of Ontario
Toronto, Ontario

Monique Lloyd, RN, PhD

Associate Director, Guideline Development,
Research and Evaluation

Registered Nurses' Association of Ontario
Toronto, Ontario

Tasha Penney, RN, MN

Nursing Research Associate

Registered Nurses' Association of Ontario
Toronto, Ontario

Laura Sykes, BA

Project Coordinator

Registered Nurses' Association of Ontario
Toronto, Ontario

Rita Wilson, RN, MN

eHealth Program Manager

Registered Nurses' Association of Ontario
Toronto, Ontario

Sarah Xiao, RN, MScN

Manager, Research and Evaluation

Registered Nurses' Association of Ontario
Toronto, Ontario

Agradecemos la contribución de:

Danielle Ferreira, MN (student)

(September 2013 – November 2013)

Ryerson University
Toronto, Ontario

Agradecimientos a los colaboradores

Se solicitó a las partes interesadas que representaban diversas perspectivas que aportasen sus impresiones y comentarios, y la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario quiere agradecer a las siguientes personas su contribución en la revisión de esta Guía de buenas prácticas.

Barbara Bartle, BAsC, RD

Public Health Dietitian
Ontario Society of Nutrition Professionals
in Public Health
Fergus, ON

Joanne Beyers, MA, RD

Foundational Standard Specialist
Sudbury & District Health Unit
Sudbury, ON

Julie Charlebois, BAsC, MHSc, RD

Health Promotion Consultant
Toronto Public Health
Toronto, ON

Carol Craig, RN, BScN

Public Health Nurse
Sudbury & District Health Unit
Sudbury, ON

Yvette Dalrymple, RN(EC), MN, CPHON, NP-Pediatrics

Program Coordinator
North Durham Family Health Team
Port Perry, ON

Lorette C. Dupuis, RN, BN, MPH, CCHN (C)

Family Health Specialist
Ottawa Public Health
Ottawa, ON

Nicola Eynon-Brown, RN(EC), BNSc, MN, NP-Pediatrics

Professor
School of Baccalaureate Nursing
Laurentian University Collaborative BScN Program
Brockville Campus, St. Lawrence College
Brockville, ON

Susan Fairservice, RN(EC), HBScN, NP-PHC, MPH

Nurse Practitioner
North Shore Family Health Team
Schreiber, ON

Joyce Fox, RN, BScN, MHS

Director, Healthy Living Service
Simcoe Muskoka District Health Unit
Barrie, ON

Melissa Goheen, RN, BScN

Public Health Nurse
The Regional Municipality of York
Newmarket, ON

David Groulx, RN, BScN, MPH

Acting Director, Health Promotion Division
Sudbury & District Health Unit
Sudbury, ON

Virginia Gunn, RN, MN, BA, PhD Student

Health Promoter
Region of Peel/Public Health – Chronic Disease and
Injury Prevention Division
Mississauga, ON

Cheryl Jackson, B.A., B. Journalism

Communications and Engagement
Centre for Addiction and Mental Health (CAMH)
Toronto, ON

Hanna Janiec, RN, BScN

Public Health Nurse
Thunder Bay District Health Unit
Thunder Bay, ON

Denise Kall, RN, BN, MPH

Professor
St. Lawrence College
Laurentian University/St. Lawrence College
Collaborative BScN Program
Brockville, ON

Shannon Labre, RD

Public Health Dietitian
Sudbury & District Health Unit
Sudbury, ON

Natalie Lapos, RN, BScN, MN

Analyst, Research and Policy (acting)
Peel Public Health
Mississauga, ON

Tim Lenartowych, RN, BScN

Special Projects Manager
Registered Nurses' Association of Ontario
Toronto, ON

Lynn Anne Mulrooney, RN, MPH, PhD

Senior Policy Analyst
Registered Nurses Association of Ontario
Toronto, ON

Michelle Paterson, RN, BSc, BA Psych

Supervisor
Region of Peel Public Health Department
Mississauga, ON

Sumit Rai

Social Service Worker
Assistant Coordinator
TransformNation Inc.
Brampton, ON

Roxane Ramdeen

Third Year Bachelor of Nursing Student
Humber College/University of New Brunswick
(collaborative)
Brampton, ON

Chelsea Rose Meixner

Nursing Student, BScN SN 4
University of Windsor
Windsor, ON

Alysha Savji, RN, BScN

Registered Nurse
University Health Network
Toronto, ON

Penny Sutcliffe, MD, MHSc, FRCPC

Medical Officer of Health and CEO
Sudbury & District Health Unit
Sudbury, ON

Hilda Swirsky, RN, BScN, MEd

Registered Nurse
Mount Sinai Hospital
Toronto, ON

Lanae Sylva

Third Year Bachelor of Nursing Student
Humber College/University of New Brunswick
(collaborative)
Toronto, ON

May Tao, RN, BScN, MScN(c)

Consultant Health Promotion
Toronto Public Health
Toronto, ON

Stephanie Tiffin, RN, BScN

Registered Nurse
University Health Network-Toronto General Hospital
Toronto, ON

Ashleigh Townley, BSc, MA

Knowledge Broker
Holland Bloorview Kids Rehabilitation Hospital
Toronto, ON

Evelyn Vaccari, MHSc, RD

Consultant, Nutrition Promotion
Toronto Public Health
Toronto, ON

Tracey Weatherbe, RD

Manager
Sudbury & District Health Unit
Sudbury, ON

Judi Wilkie, MHSc, RD

Manager, Healthy Living
Toronto Public Health
Toronto, ON

Winnie Wong, RN

Registered Nurse
University Health Network
Toronto, ON

YMCA Ontario

Toronto, ON

Sylvia Young, RN, BScN, BSc

Registered Nurse and Clinic Nurse
The Hospital for Sick Children
Toronto, ON

Colleen Zorzit, RN, BScN, CCHN(C)

Public Health Nurse
The Regional Municipality of York
Markham, ON

Miembros del equipo de traducción de las guías

Coordinación

Maria Teresa Moreno Casbas, RN, MSc, PhD

Coordinadora científica

Responsable de la Unidad de Investigación en Cuidados de Salud, Investén-isciii. Instituto de Salud Carlos III, España

Esther González María, RN, MSc, PhD cand.

Coordinadora científica

Centro colaborador del Instituto Joanna Briggs, Australia

Cintia Escandell García, DUE, PhD candidate

Coordinadora técnica

Unidad de Investigación en Cuidados de Salud, Investén-isciii. Instituto de Salud III, España

Equipo de traducción

Marta López González

Coordinadora de traducción

Licenciada en Traducción e Interpretación Universidad Complutense Madrid, CES Felipe II

María Nebreda Represa

Coordinadora de traducción Licenciada en Traducción e Interpretación Universidad de Valladolid

Paula García Manchón

Traductora responsable de proyectos Licenciada en Traducción e Interpretación. Universidad Complutense de Madrid, CES Felipe II

Juan Diego López García

Traductor responsable de proyectos

Ldo. en Traducción e Interpretación

Université Jean Moulin Lyon III (Francia) y Universidad de Granada Health Sciences Centre Toronto, Ontario

Grupo de revisión

Cintia Escandell García, DUE, PhD candidate

Unidad de Investigación en Cuidados de Salud, Investén-isciii, Instituto de Salud Carlos III, España

Pablo Uriel Latorre, DUE

Enfermero de Investigación Clínica
Complejo Hospitalario Universitario A Coruña, A Coruña, España

Montserrat Gea Sánchez, DUE, PhD candidate

Hospital de Santa Maria. Gestió de Serveis Sanitaris. Lleida.

Blanca M^a Morales Ortega

Enfermera Interna Residente en el Centro de Salud Guadalajara Sur - Guadalajara España

Ana Craviotto Vallejo, DUE

Hospital Universitario Doce de Octubre, Madrid, España.

Raquel Sánchez, DUE

Hospital Universitario de Getafe, Madrid, España.

Iosune Salinas

Fisioterapeuta
Universitat de les Illes Blears, España.

Grupo de revisión

Elena Morán López

Lda. en Traducción e Interpretación Universidad Pontificia Comillas de Madrid

Clara Isabel Ruiz Ábalo.

Lda. en Traducción e Interpretación Universidad Pontificia Comillas de Madrid

Jaime Bonet

Ldo. en Traducción e Interpretación Universidad Complutense de Madrid

Carmen Martínez Pérez-Herrera

Lda. en Traducción e Interpretación Universidad Complutense de Madrid

Francisco Paredes Maldonado

Ldo. en Lenguas extranjeras aplicadas y traducción. Universidad de Orléans (Francia)

Aimón Sánchez

Enfermera Especialista en Obstetricia y Ginecología (Matrona)
Hospital Universitario de Canarias

Tamara Suquet, DUE

Gerens Hill International

Inés Castilla

Enfermera Especialista en Obstetricia y Ginecología (Matrona)

Pilar Mesa, DUE

Facultad de Enfermería Universidad de Córdoba

Juan Carlos Fernández

Fisioterapeuta
Universitat de les Illes Balears

Antecedentes

Obesidad infantil en Canadá

La prevalencia de la obesidad infantil ha aumentado rápidamente en los últimos años, y se asocia a numerosos efectos negativos en la salud. En Canadá, la prevalencia de la obesidad se ha duplicado en los últimos 25 años y, de acuerdo con la OMS [Organización Mundial de la Salud, WHO por sus siglas en inglés], uno de cada tres niños en Canadá sufre sobrepeso u obesidad (Public Health Agency of Canada, 2011a). Más concretamente, entre 1978 y 2004, la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad en la población entre 2 y 17 años casi se duplicó, del 15% al 26% (PHAC, 2011a).

Modificaciones a la Guía desde 2005

Desde la publicación de la *Guía de prevención primaria de la obesidad infantil* en 2005 de la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario se ha dado un giro al enfoque de prevención en este ámbito. La literatura y la experiencia clínica más recientes parecen indicar que las estrategias más efectivas se centran en bebés y niños de hasta 12 años, y ponen de relieve la conveniencia del enfoque socioambiental. Para abordar esta cuestión de salud pública con la mejor evidencia disponible, primero es necesario identificar y entender las condiciones o situaciones que protegen al niño de la obesidad o lo ponen en riesgo.

Factores de riesgo o protectores de la obesidad infantil

En general, dichos factores se enmarcan en una de las tres siguientes categorías:

1. Factores sociales/estructurales
2. Factores ambientales por un entorno obesogénico^G
3. Factores individuales

Los factores sociales/estructurales se refieren a la distribución desigual de los recursos, el dinero y el poder, que según la Organización Mundial de la Salud son las “causas estructurales de las condiciones de vida cotidiana” (WHO, 2008, p. 2). Por ejemplo, existe evidencia que indica que el estatus socioeconómico se asocia a desigualdad de oportunidades en cuanto a alimentación y actividad física entre comunidades (Merchant, Dehghan, Behnke-Cook, & Anand, 2007). Así, es importante tener en cuenta las estructuras sociales inequitativas que perpetúan la pobreza en poblaciones marginales en comparación con otras (esto es, poblaciones aborígenes o racializadas, nuevos inmigrantes, personas con discapacidades, etc.) para considerarlas como una faceta más de la obesidad infantil. Las intervenciones necesarias para abordar el problema de la pobreza deben incluir intervenciones individuales para ayudar de forma concreta a las familias, así como cambios estructurales que se ocupen de temas como la seguridad de la renta, las desigualdades de renta, el empleo justo y el trabajo digno, las redes sociales de seguridad, la igualdad en la salud dentro de los distintos sistemas, programas y políticas, los recursos económicos para lidiar con los determinantes sociales, y la inclusión social (WHO, 2008).

El entorno obesogénico se caracteriza por la presencia de condiciones ambientales que fomentan estilos de vida sedentarios o menos activos, y el consumo excesivo de alimentos con alto contenido en grasas y caloría (RNAO, 2005). Numerosos factores tanto en el seno del hogar familiar como fuera de él aumentan las probabilidades de que el niño consuma alimentos poco saludables. En casa, las presiones del colegio, el trabajo y las obligaciones familiares dar lugar a limitaciones de tiempo que pueden afectar negativamente a la capacidad de los padres (o los cuidadores

principales) de comprar y ofrecer a su familia una alimentación sana (Ontario Ministry of Health and Long-Term Care, 2012b). Es más, las familias con reducidos ingresos tienen más dificultades para poder permitirse comidas saludables o acceder a las mismas (Merchant et al, 2007). Fuera de casa, el niño se ve negativamente influido en sus elecciones por la publicidad^G de comidas poco saludables y por políticas públicas que no garantizan una alimentación sana en guarderías y colegios (Boles, Dilley, Dent, Elman, Duncan, & Johnson, 2011; Han-Markey, 2012; Harris, 2010; Kubik, Wall, Shen, Nanney, Nelson, & Laska, 2010; Matthews, Nelson, Kaur, Rayner, Kelly, & Cowburn, 2011; Phillips, Raczynski, West, Pulley, Bursac, & Gauss, 2010; Potvin, Dubois, & Wanless, 2011a; Seo & Lee, 2012).

Los factores ambientales dentro y fuera de casa influyen también en el nivel de actividad física y en el tiempo empleado en actividades sedentarias. En el entorno familiar, los padres/cuidadores principales con frecuencia utilizan el coche como medio de transporte de la familia, evitando así que los niños caminen (Ontario Ministry of Health and Long-Term Care, 2012b). Además, los niños pasan cada vez más tiempo sentados ante el ordenador u otro tipo de pantallas (Ontario Ministry of Health and Long-Term Care, 2012b). Ya fuera de casa, el ejercicio físico que se exige tanto en los colegios como en otros entornos de atención infantil es nulo, o no se cumple suficientemente (Anderson, Aycock, Mihalic, Kozlowski, & Detschner, 2013; Benjamin, Craddock, Walker, Slining, & Gillman, 2008; Kim, 2012; Phillips et al., 2010; Vanderloo, Tucker, Ismail, & van Zandvoort, 2012). Los impedimentos a la actividad física son más pronunciados en las áreas en las que la población tiene un menor nivel de renta, donde es más difícil que se asignen medios para el fomento de la actividad física y donde los problemas de seguridad pueden disuadir de realizar actividades saludables al aire libre (Merchant et al., 2007). En aquellos lugares donde existen áreas de juegos, dichas zonas pueden no ser accesibles para todos los niños, especialmente para aquellos que sufren algún tipo de limitación de la movilidad.

Además de las condiciones ambientales anteriormente descritas, diversas situaciones individuales pueden proteger a los niños o, por el contrario, aumentar el riesgo de que sufran obesidad infantil. Dichas situaciones se refieren a influencias biológicas en el peso durante la infancia. Por ejemplo, la lactancia materna en exclusiva durante los primeros seis meses de vida del bebé favorece la salud del niño y se puede asociar positivamente a un peso saludable durante la infancia (August et al., 2008; Obesity Canada Clinical Practice Guidelines Expert Panel, 2006; Garcia et al., 2010; Scottish Intercollegiate Guidelines Network [SIGN], 2010). De acuerdo con otra literatura, los factores de riesgo pueden ser insuficiencia de sueño, tabaquismo materno y salud mental (Ontario Agency for Health Protection and Promotion [Public Health Ontario], 2013; Ontario Ministry of Health and Long-Term Care, 2012b). Aunque las intervenciones para la prevención primaria de la obesidad que se han ocupado del sueño, la salud mental y la salud prenatal o previa a la concepción no demostraron ser eficaces en nuestra revisión sistemática, el Panel de Expertos respalda por completo su importancia en la salud de los niños. Véase *No Time to Wait: The Healthy Kids Strategy* (Ontario Ministry of Health and Long-term Care, 2012b) para obtener más información sobre la práctica enfermera en la promoción de la salud con niños.

La genética y la fisiología humana también pueden ser un factor de riesgo de desarrollo de obesidad durante la infancia. Según el Wellcome Trust Sanger Institute (2008), un conjunto de genes que controlan la sensación de saciedad y el consumo de alimentos grasos con alto contenido calórico pueden actuar en conjunción con el entorno del niño y aumentar su predisposición a la obesidad. Es más, los seres humanos estamos programados mentalmente para comer no solo por hambre sino también por la abundancia de comida a nuestra disposición (Goldstone et al., 2009). Así, las funciones biológicas originalmente preservaban nuestra supervivencia ahora contribuyen a la obesidad infantil (Ontario Ministry of Health and Long-Term Care, 2012b).

Consecuencias de la obesidad infantil

La obesidad infantil provoca consecuencias inmediatas y a largo plazo, y está fuertemente asociada al número de enfermedades crónicas que padece un individuo (PHAC, 2011a). Los resultados de salud negativos que se recogen en la Guía de *Prevencción primaria de la obesidad infantil* (RNAO, 2005) siguen vigentes actualmente. Dichos resultados se incluyen en la Tabla 1.

Table 1. Consecuencias físicas, sociales y emocionales de la obesidad en la salud de niños y adolescentes

FÍSICAS	EMOCIONALES	SOCIALES
<p>Metabólicas</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Intolerancia a la glucosa y resistencia a la insulina ■ Diabetes tipo II ■ Dislipemia ■ Síndrome de ovario poliquístico ■ Menstruación irregular <p>Pulmonares</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Apnea del sueño obstructiva ■ Asma <p>Gastroenterológicas</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Esteatohepatitis no alcohólica (EHNA) ■ Colelitiasis <p>Musculoesqueléticas</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Pérdida de equilibrio ■ Dolor articular ■ Dolor de espalda ■ Deslizamiento de la cabeza femoral ■ Epíffisis ■ Tibia vara 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Baja autoestima ■ Depresión 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Aumento del estigma social ■ Burlas y otras formas de acoso ■ Marginación social ■ Discriminación ■ Conductas de riesgo (p. ej. consumo de tabaco, alcohol y otras drogas)

Adaptado de “Prevencción primaria de la obesidad infantil” (p. 17), de la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario, 2005, Toronto, ON: Registered Nurses’ Association of Ontario.

En función del número de enfermedades vinculadas a la obesidad que se incluyen en la estimación, la Public Health Agency de Canadá estima que los costes anuales de la obesidad en todo el país son de 4.600 a 7.100 millones de dólares (PHAC, p. 37, 2011a). Es evidente que el coste físico, psicosocial y económico que supone la obesidad infantil es extraordinariamente alto, y es necesario llevar a cabo acciones tempranas para evitar que los niños sufran enfermedades crónicas y obesidad en su madurez (Ontario Ministry of Health and Long-Term Care, 2012b).

Marco de referencia

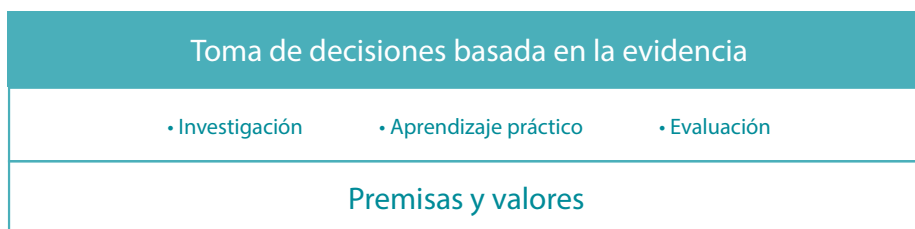
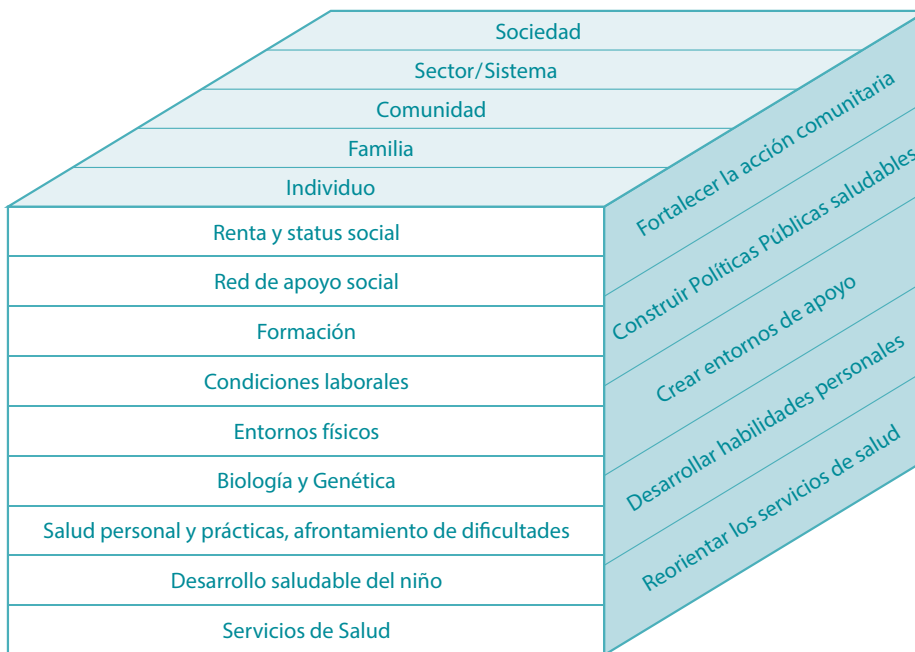
Modelo de promoción de la salud entre la población

El Modelo de promoción de la salud entre la población⁶, propuesto por Hamilton y Bhatti (1996), se utiliza como marco de referencia para las intervenciones contenidas en esta Guía (véase Figura 1). El modelo se compone de tres bloques principales, cada uno de los cuales está representado en los lados visibles del cubo:

1. Determinantes sociales de la salud (en el lado frontal)
2. Estrategias integrales de actuación (en el lado lateral derecho)
3. Niveles de actuación (en el lado superior).

Estos componentes tienen sentido a la luz de las intervenciones de prevención primaria recomendadas en esta Guía. A continuación se verá con más detalle cada uno de los componentes.

Figura 1. Modelo de promoción de la salud entre la población



Modelo de promoción de la Salud de la Población

Fuente: "Population Health Promotion: An Integrated Model of Population Health and Health Promotion," by Hamilton & Bhatti, 1996, Public Health Agency of Canada. Copyright 2014 by the Public Health Agency of Canada. Reimpresión autorizada.

Determinantes sociales de la salud

Según la Organización Mundial de la Salud (WHO, 2014a, para. 1), los determinantes sociales de la salud son “las condiciones en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen. Estas circunstancias se ven conformadas por la distribución de la riqueza, el poder y los recursos a nivel local, nacional y mundial. Los determinantes sociales de la salud son los principales responsables de las desigualdades en materia de salud: son las diferencias de estatus de salud, injustas y evitables, que se observan dentro de un país y en los países entre sí”. Como se observa en el lado frontal de la Figura 1, el modelo ofrece una relación de dichos determinantes:

- Renta y estatus social
- Red de apoyo social
- Formación
- Condiciones laborales
- Entornos físicos
- Biología y genética
- Salud personal y prácticas, afrontamiento de dificultades
- Desarrollo saludable del niño
- Servicios de salud

En el contexto de Canadá, ciertos determinantes sociales de la salud pueden ayudar a explicar por qué algunos ciudadanos gozan de mejor salud que otros (Mikkenon & Raphael, 2010). Estos son:

- Origen aborígen
- Discapacidades
- Desarrollo temprano en la infancia
- Educación
- Empleo y condiciones laborales
- Inseguridad alimentaria^G
- Servicios de salud
- Sexo
- Vivienda
- Renta y distribución de la renta
- Racialización
- Exclusión social
- Red de seguridad social
- Desempleo y seguridad en el trabajo

Las raíces causantes de la obesidad infantil están estrechamente asociadas a muchos de estos determinantes de la salud. En Canadá en particular, dichos determinantes se ven fuertemente influidos por el estatus económico (Barnes, 2012). Los niños son especialmente vulnerables a las condiciones ambientales asociadas a la pobreza, como la inseguridad en la alimentación, la vivienda inadecuada y la marginación social; existe una clara vinculación entre el estatus socioeconómico y la obesidad infantil (Barnes, 2012; Mikkenon & Raphael, 2010). Las estrategias, los programas y las políticas que no reconocen y se ocupan del estatus socioeconómico corren el riesgo de dar como resultado: estados de salud deficientes, mayores probabilidades de obesidad y mayores desigualdades sociales y de salud entre los niños (Barnes, 2012).

Estrategias integrales de actuación

Las estrategias integrales de actuación implantadas por los profesionales sanitarios (en colaboración con las partes interesadas) y que se centran en los determinantes sociales de la salud son un medio de incidir en la salud de la población y de disminuir las desigualdades en este ámbito (Alberta Coalition for Healthy School Communities, 2006; Hamilton & Bhatti, 1996; PHAC & CIHI, 2011). En el Modelo de promoción de la salud entre la población (véase el lado derecho de la Figura 1), dichas estrategias, sustentadas en la *Carta de Ottawa para el Fomento de la Salud* (1986), son entre otras:

- Fortalecer la actuación comunitaria
- Elaborar políticas de salud pública^G,
- Crear entornos de apoyo
- Desarrollar las capacidades personales
- Reorientar los servicios sanitarios

Las estrategias contemplan: a) intervenciones que dotan a individuos y comunidades del conocimiento y las capacidades necesarias para mejorar su bienestar; y b) estrategias poblacionales que crean entornos de apoyo para la mejora de la salud (Hamilton & Bhatti, 1996).

Por lo que respecta al profesional sanitario, las competencias profesionales reflejan las estrategias del Modelo de promoción de la salud entre la población. Por ejemplo, las principales competencias que establece la organización Community Health Nurses of Canada (2011) para las enfermeras que trabajan en el ámbito comunitario indican que las enfermeras tienen la responsabilidad de:

- Integrar acciones de promoción de la salud, prevención y protección de la salud en la práctica enfermera;
- Integrar los cuidados de mantenimiento, restablecimiento y paliación en la práctica enfermera;
- Conectar con terceros para establecer, construir y cultivar relaciones profesionales que fomenten la máxima participación y autodeterminación del individuo, las familias, los grupos, las comunidades o las poblaciones;
- Desarrollar las capacidades individuales y comunitarias mediante la implicación y colaboración activas de individuos, familias, grupos, organizaciones, poblaciones, comunidades y sistemas;
- Facilitar el acceso y la igualdad, asegurándose de que los recursos y los servicios se distribuyen equitativamente entre toda la población y llegan a las personas que más los necesitan;
- Demostrar responsabilidad y transparencia como componente fundamental de su profesión y ejercicio autónomo.

Niveles de actuación

El Modelo de promoción de la salud entre la población identifica cinco niveles de estrategias de actuación efectivas: a) el individuo, b) la familia, c) la comunidad, d) el sector o sistema y e) la sociedad (véase lado superior de la Figura 1). El modelo incide en la importancia de las intervenciones sustentadas en la evidencia. Las estrategias de actuación basadas en la evidencia incorporan la investigación sanitaria, el conocimiento experimental y los estudios de evaluación de directrices y programas (Hamilton & Bhatti, 1996).

Hemos utilizado el Modelo de promoción de la salud entre la población como marco de referencia en el desarrollo de la presente Guía para garantizar que nuestras recomendaciones tengan en cuenta los diversos determinantes sociales de la salud e incluyan una perspectiva de las estrategias comunitarias y poblacionales además de las intervenciones centradas en individuos. Consideramos que los programas integrales son intervenciones poblacionales de composición múltiple destinadas a múltiples comportamientos en diversos entornos. Dado que la obesidad puede verse influida por

los determinantes sociales de la salud, el entorno obesogénico y las conductas individuales, para que las intervenciones de prevención primaria sean eficaces deben ser intersectoriales y transgubernamentales (Ontario Agency for Health Protection and Promotion [Public Health Ontario], 2013).

Las enfermeras de cualquier entorno asistencial pueden ejercer su influencia en la prevención de la obesidad infantil (Canadian Nurses Association, 2013; RNAO, 2012b). Las estrategias integrales de actuación señaladas en el Modelo de promoción de la salud entre la población coinciden con las competencias con que deben contar las enfermeras de prevención primaria, independientemente del entorno asistencial en que trabajen (RNAO, 2012b).



Recomendaciones para la práctica

1.0 VALORACIÓN

RECOMENDACIÓN 1.1:

Valorar con asiduidad la nutrición, la actividad física, la conducta sedentaria y el crecimiento del niño.

Nivel de Evidencia = IV

Discusión de la evidencia:

Es importante que las enfermeras valoren con asiduidad el crecimiento físico y el desarrollo de los niños, incluidos sus hábitos alimentarios y actividad física, para identificar lo antes posible los riesgos o los factores de protección que pueden influir en su peso. Es recomendable realizar valoraciones rutinarias desde el nacimiento y mantener dicha rutina en las visitas de revisión posteriores (por ej., vacunaciones) (Fitch et al., 2013). El Panel de Expertos recomienda determinar unas medidas basales a una edad tan temprana como sea posible (por ej. al nacer) y llevar un seguimiento para evaluar la efectividad de la intervención. Al utilizar unas pautas establecidas como referencia, las enfermeras disponen de la información necesaria para evaluar adecuadamente comportamientos y desarrollo, interpretar resultados e intervenir con prontitud.

Los objetivos y las herramientas de valoración expuestos a continuación se pueden aplicar a niños de hasta 12 años y a sus familias. Generalmente, los datos de los niños de este grupo de edad se obtienen de los propios padres o los cuidadores principales en las revisiones de rutina (Fitch et al, 2013). La información poblacional también se puede recoger en entornos escolares o sanitarios para obtener datos agregados antes de poner en marcha una iniciativa de prevención primaria escolar o comunitaria. En cualquier caso, es fundamental que las valoraciones se confeccionen según la edad, el crecimiento y el desarrollo del niño. Para consultar una lista más detallada de herramientas, véanse los [Anexos D, E, F, y G](#).

Nutrición y hábitos de alimentación

Los hábitos de alimentación saludables se asocian a un peso saludable, de modo que se debe obtener información sobre los hábitos del niño lo antes posible en el transcurso de su crecimiento y desarrollo (Ontario Agency for Health Protection and Promotion [Public Health Ontario], 2013). La valoración de la dieta debe quedar a cargo de un profesional cualificado, y se debe consultar con un nutricionista o contar con su opinión siempre que sea posible (Obesity Canada Clinical Practice Guidelines Expert Panel, 2006). El Panel de Expertos recomienda que las enfermeras valoren la dieta y el estado nutricional del niño según las siguientes guías, en función de su edad:

- Para bebés de hasta seis meses, es preciso acudir a *Nutrition for Healthy Term Infants: Recommendations from Birth to Six Months*, [Recomendaciones de nutrición para neonatos sanos a término desde el parto hasta los 6 meses], un conjunto de pautas consensuadas por Health Canada, la Canadian Paediatric Society, la organización Dietitians of Canada y el Breastfeeding Committee for Canada; dicho documento ofrece recomendaciones sobre la alimentación más correcta para garantizar un consumo óptimo de nutrientes, desarrollar la protección inmunológica del bebé y velar por su adecuado crecimiento y desarrollo (Health Canada, 2014a; véase el [Anexo E](#)).

- Para bebés de seis meses a dos años, se deben consultar las *Nutrition for Healthy Term Infants: Recommendations from Six to 24 Months*, [Recomendaciones de nutrición para neonatos a término sanos, desde los 6 a los 24 meses], creado conjuntamente por el Canadian Paediatric Society's Nutrition and Gastroenterology Committee, la organización Dietitians of Canada, el Breastfeeding Committee for Canada, la Public Health Agency of Canada y Health Canada; esta guía ofrece recomendaciones sobre la lactancia materna continuada, la alimentación complementaria, la preparación de los alimentos y las prácticas de alimentación recomendadas (Health Canada, 2014b; véase el [Anexo E](#)).
- Para niños de hasta seis años, las *Pediatric Nutrition Guidelines for Primary Health Care Providers* [Guías de nutrición pediátrica para profesionales sanitarios de atención primaria] ofrecen indicadores de nutrición y desarrollo adecuados por edad para ayudar a los profesionales sanitarios a identificar cualquier riesgo nutricional (Ontario Society of Nutrition Professionals in Public Health – Family Health Nutrition Advisory Group, 2011; revisión anticipada en 2014; véase el [Anexo E](#)).
- Para niños de dos a 12 años, la guía *Eating Well with Canada's Food Guide* [Comer bien con la Guía de alimentos de Canadá] ofrece información sobre cómo seleccionar alimentos de diversos grupos para responder a las necesidades diarias de nutrientes del niño (Health Canada, 2011b; véase el [Anexo E](#)).
- Para niños de dos a 12 años de origen aborígen, inuit o métis, la guía *Eating Well with Canada's Food Guide First Nations, Inuit and Métis* [Comer bien con la Guía de alimentos de Canadá para las primeras naciones, los inuit y los métis] ofrece información culturalmente específica sobre la selección de alimentos más adecuada para responder a las necesidades nutricionales de estos niños (Health Canada, 2007; véase el [Anexo E](#)).

Las enfermeras pueden recabar datos nutricionales tanto basales como de seguimiento de los padres o cuidadores principales mediante cuestionarios o herramientas adecuadas por edad. Es importante que los profesionales sanitarios cuenten con formación sobre el uso y la interpretación de dichas herramientas (p. ej., la relevancia de la información del percentil para un determinado niño). Y lo que es más importante, los resultados de la evaluación deben comunicarse a los padres/cuidadores con tacto, sin hacer juicios de valor (Healthy Active Living and Sports Medicine Committee, 2012). La enfermera es responsable de habilitar y formar a los padres o cuidadores principales mediante los resultados de la valoración para poder así elaborar un mensaje positivo y saludable para la familia (Fitch et al., 2013).

Aunque lo más conveniente es utilizar cuestionarios e instrumentos de valoración validados, actualmente no existen muchos. Uno de los pocos disponibles es la escala (PCI) Feeding & Teaching Scales (NCAST Programs, 2014) que constituye una herramienta válida y fiable que se puede aplicar a niños de todas las edades. Dicha escala evalúa la interacción y el comportamiento del niño con sus padres o cuidadores principales en diversas situaciones educativas o alimentarias (NCAST Programs, 2014). Otro instrumento recomendado por el Panel de Expertos es NutriSTEP®, un cuestionario válido y fiable sobre los hábitos de alimentación de niños con edades comprendidas entre los 18 meses y los 5 años, con el que se puede identificar a los niños que no están en situación de riesgo y a los que sí lo están. NutriSTEP® evalúa “el consumo de alimentos y nutrientes del niño, su crecimiento físico, sus capacidades físicas y de desarrollo, su actividad física, la seguridad alimentaria y el entorno alimentario” (Sudbury & District Health Unit, Janis Randall Simpson, Heather Keller, and the Nutrition Resource Centre, 2014). Se recomienda utilizar el instrumento NutriSTEP® en diversos entornos en los que trabajan las enfermeras. Los padres o cuidadores principales pueden cumplimentar dichos instrumentos en menos de cinco minutos. Estas herramientas permiten a las enfermeras calcular el riesgo por medio de una puntuación fácilmente interpretable, de modo que se puede ofrecer a la familia el apoyo y asesoramiento más oportunos (Sudbury & District Health Unit et al., 2014). En la página Web de Dietitians of Canada (2014) está disponible otra versión de las escalas NutriSTEP® para padres y cuidadores: no ofrece una puntuación de riesgo pero sí incluye consejos generales y recursos de formación y apoyo. Se pueden consultar los detalles de acceso a NutriSTEP® (Sudbury & District Health Unit, Janis Randall Simpson, Heather Keller, and the Nutrition Resource Centre, 2014), Nutri-eSTEP® (Dietitians of Canada, 2014) y las escalas Parent-Child Interaction (PCI) Feeding & Teaching Scales de la página Web de los NCAST Programs en el [Anexo D](#).

En aquellos casos en que sea necesario emplear un instrumento de valoración nutricional breve, el Panel de Expertos recomienda utilizar el marco 5-2-1-0 del programa Let's Go! de prevención de la obesidad infantil (Tucker et al., 2011). Este marco pretende fomentar la transmisión de un mensaje coherente entre profesores, cuidadores, médicos, padres o cuidadores principales y organizaciones comunitarias sobre hábitos saludables, y recomienda que se evalúe la alimentación y la actividad física en niños de 2 a 18 años según los siguientes criterios:

- Comer frutas y verduras al menos 5 veces al día
- Pasar como máximo dos horas al día frente a una pantalla^G
- Realizar diariamente alguna actividad física moderada durante al menos una hora, y 20 minutos de actividad física intensa al menos tres veces a la semana
- Evitar los refrescos o las bebidas isotónicas azucaradas y limitar el consumo de zumos de frutas (Maine Center for Public Health, n.d.).

Aunque en el ámbito de esta Guía no se incluye el análisis detallado de las valoraciones, hemos incluido información sobre cómo acceder a estas herramientas y referencias en el **Anexo D**.

Actividad física y sedentarismo

La actividad física diaria influye en el peso durante la infancia y debe considerarse en la valoración antes de aplicar cualquier intervención de prevención primaria (Obesity Canada Clinical Practice Guidelines Expert Panel, 2006). Los comportamientos sedentarios^G, o la participación en actividades que supongan poco movimiento y en las que se use muy poca energía, estando sentado o tumbado, también es una variable importante (Ontario Agency for Health Protection and Promotion [Public Health Ontario], 2013). En esta línea, el tiempo pasado ante una pantalla, definido como el tiempo ante cualquier televisión, ordenador, aparato electrónico o cualquier otro tipo de pantalla, es una actividad cada vez más frecuente entre niños y adultos actualmente, y constituye otro factor que contribuye a la obesidad.

El Panel de Expertos recomienda que las enfermeras evalúen la actividad física y el sedentarismo de los niños según su edad, valiéndose de las Guías Canadian Physical Activity Guidelines [Guías canadienses sobre actividad física] (Canadian Society for Exercise Physiology, 2014a; Canadian Society for Exercise Physiology, 2014b) and the Canadian Sedentary Behaviour Guidelines (Canadian Society for Exercise Physiology, 2014c; Canadian Society for Exercise Physiology, 2014d) (véanse los Anexos F y G). Estas guías recomiendan que los niños de 0 a 4 años realicen un total de 180 minutos de actividad física de cualquier intensidad a lo largo del día, como:

- diversas actividades en diferentes entornos
- actividades que desarrollen la capacidad de movimiento
- juego intenso todos los días hasta llegar a los 60 minutos a la edad de cinco años

Las pautas para niños de 5 a 11 años recomiendan realizar un mínimo de 60 minutos de actividad física de moderada a intensa todos los días, como por ejemplo:

- tres días de actividad física intensa, y
- tres días de actividades de fortalecimiento muscular y óseo

No se recomienda que los niños menores de dos años pasen tiempo ante una pantalla. Dicho tiempo no debe exceder de la hora diaria en niños de dos a cuatro años, ni de dos horas para las edades comprendidas entre los cinco y los once años. El tiempo sedentario (esto es, el tiempo que el niño pasa sentado, en una sillita de paseo, en transporte urbano...) se debe minimizar en cualquier grupo de edad.

Para valorar si los niños cumplen con estos requisitos, las enfermeras deben recopilar información de los padres o cuidadores principales sobre el tiempo y la intensidad de la actividad física y el tipo de actividades que realiza el niño tanto en casa como en el colegio, como parte de una valoración inicial que permitirá realizar un seguimiento en el tiempo (Fitzgibbon et al., 2010; Story et al., 2012). La valoración se debe realizar mediante cuestionarios, acelerómetros, indicaciones de los padres sobre la frecuencia e intensidad de la actividad física de sus hijos e informes escolares sobre la actividad física realizada en el centro educativo (Fitzgibbon et al., 2005; Robinson et al., 2010; Story et al., 2012; Tomlin, et al., 2012). Para evaluar el tiempo pasado ante una pantalla, las enfermeras

deben pedir a los padres/cuidadores principales información sobre la cantidad de tiempo que pasa el niño con el ordenador, la consola o la televisión, en comparación con el tiempo que emplea en actividades físicas (por ejemplo, en juegos al aire libre); también se les preguntará sobre si el niño tiene televisor en su habitación (Birken et al., 2012; Wen et al., 2012).

Existen diversos cuestionarios para evaluar los niveles de actividad física (p. ej. el cuestionario de actividad física para niños PAQ-C). También se pueden utilizar herramientas de autoevaluación, como registros de actividad diaria, para ayudar a evaluar la actividad física (véanse **Anexos D, F, and G** para más información).

Medidas antropométricas

Las medidas antropométricas^G son las medidas objetivas de una persona en términos de peso, índice de masa corporal (IMC), circunferencia de la cintura, porcentaje de grasa corporal y espesor de los pliegues cutáneos. Estas medidas son importantes para llevar un seguimiento del crecimiento y desarrollo del niño a lo largo del tiempo. Para medir con objetividad el crecimiento y desarrollo del niño, el Panel de Expertos recomienda utilizar los patrones de crecimiento^G adaptada para Canadá, y solo para niños a partir de dos años. Para obtener más detalles sobre cómo acceder a los patrones de crecimiento y a herramientas de valoración del crecimiento y desarrollo del niño (e.g. Nipissing District Developmental Screen, 2011), véase el **Anexo D**.

El Panel de Expertos advierte que las medidas antropométricas se deben tomar con tacto, debido a su potencial impacto psicosocial en los niños (p. ej. autoestima, imagen corporal, estigmatización). Si bien en nuestra revisión sistemática encontramos muy pocos estudios que midieran los resultados psicosociales de crecimiento y desarrollo en el contexto de la prevención de la obesidad infantil, desde la RNAO instamos a los profesionales sanitarios a tomar conciencia de las consecuencias que pueden tener los actos no intencionados, a informarse sobre cómo recopilar datos con sensibilidad al trabajar con niños, y a interpretar correctamente los correspondientes patrones de crecimiento (Van Wijnen, Wendel-Vos, Wammes, & Bemelmans, 2009). Estas medidas deben formar parte de una valoración integral que incluya también un control de la nutrición, la actividad física, el tiempo pasado ante una pantalla y otras conductas sedentarias.

RECOMENDACIÓN 1.2:

Evaluar el entorno familiar de los factores (por ejemplo, padres / cuidadores principales influencias y factores socio-culturales) que pueden aumentar el riesgo de la obesidad infantil.

Nivel de Evidencia = IV

Discusión de la evidencia:

El entorno familiar ejerce una gran influencia en los niños en lo referente a cómo van modelando y poniendo en práctica comportamientos saludables y, por lo tanto, es importante que las intervenciones enfermeras evalúen e incidan en dicho entorno. En concreto, es importante que las enfermeras o los demás profesionales sanitarios evalúen los factores familiares, como las prácticas de los padres y las características socioculturales del entorno familiar, antes de poner en marcha cualquier intervención de prevención primaria tanto individual como colectiva. La evaluación familiar puede dar comienzo con el nacimiento del niño y efectuarse durante las visitas de revisión posteriores en un entorno clínico o en el hogar familiar (Fitch et al., 2013). Los padres o los cuidadores principales pueden tener una gran influencia en la salud de sus hijos, a través de los hábitos de alimentación, el consumo de alimentos y las ocasiones que les ofrezcan de realizar ejercicio físico. La evaluación de los factores sociales y culturales ofrece un contexto para

los hábitos familiares en términos de conductas alimentarias, consumo de alimentos y actividad física. A su vez, dicha evaluación permite a enfermeras y profesionales sanitarios crear y afianzar intervenciones de prevención primaria realistas que la familia pueda seguir.

Entorno familiar

Padres/cuidadores principales

Puesto que pueden ejercer gran influencia en las conductas de sus hijos, es importante evaluar el comportamiento de padres y cuidadores principales para realizar una valoración continua e integral (Ostbye et al., 2012). Los padres o los cuidadores principales moldean las conductas alimentarias y de actividad física de sus hijos (Fitch et al., 2013). Es más, se ha determinado que las madres con sobrepeso tienden a tener hijos con sobrepeso (Llargues et al., 2011; Plachta-Danielzik et al., 2007). La influencia de padres y cuidadores en los hábitos alimentarios de los niños y su apoyo para la participación del niño en actividades y ejercicios físicos se correlacionan en gran medida con la capacidad del niño de regular la ingesta de comida y de tomar parte en actividades físicas (Birken et al., 2012; Campbell et al., 2013; Centers for Disease Control and Prevention, 2011; Chen, Weiss, Heyman, & Lustig, 2010; Golley, Hendrie, Slater, & Corsini, 2011; Ostbye et al., 2012; Puder et al., 2011; Reilly et al., 2006; Waters et al., 2011; Wen et al., 2012). Según estas conclusiones, el Panel de Expertos recomienda a las enfermeras valorar el comportamiento de padres y cuidadores antes de una intervención y durante el seguimiento, para determinar:

1. Qué influencia tienen los padres/cuidadores principales en qué y cuándo comen sus hijos;
2. Si los padres/cuidadores principales animan a sus hijos a seguir una alimentación variada;
3. Si los padres/cuidadores principales utilizan la comida de forma emocional o como medio de apaciguar al niño;
4. Si los padres/cuidadores principales utilizan la comida de forma instrumental, o como recompensa;
5. Si los padres/cuidadores principales permiten comer ante el televisor (Ostbye et al., 2012);
6. Si se suele comer juntos en familia;
7. Con qué frecuencia sale la familia a comer “comida rápida” (p. ej., restaurantes de comida rápida);
8. Si los bebés están lactando;
9. Si se consumen con frecuencia bebidas azucaradas;
10. Si los niños desayunan de forma sana a diario;
11. Si las raciones que consumen los niños son acordes a las pautas de nutrición correspondientes (véase Recomendación 1.1);
12. Si se permite que los niños decidan su propia comida (Fitch et al., 2013).

Esta lista ofrece ejemplos de cómo los padres/cuidadores principales pueden influir en las prácticas alimentarias de sus hijos. Cabe destacar que el objetivo a la hora de recopilar esta información no es el de “culpar” a los padres o cuidadores por las prácticas alimentarias del niño, sino el de recoger datos sobre los factores que, dentro del entorno familiar, influyen en el estilo de vida saludable del niño. Por lo tanto, las enfermeras deben recibir formación sobre cómo recabar información de forma sensible e imparcial para capacitar a las familias y propiciar cambios de conducta positivos (Healthy Active Living and Sports Medicine Committee, 2012; Fitch et al., 2013).

Aunque en el ámbito de la presente Guía no se contempla detallar las herramientas que pueden utilizarse para evaluar el comportamiento de padres y cuidadores principales ni la interacción entre padres e hijos, en el **Anexo D** se recogen algunas de las herramientas mencionadas en la literatura y recomendadas por el Panel de Expertos, incluidos el Parenting Stress Index (Abidin, n.d.), Personal Environment Assessments tools (PEAs) (NCAST Programs, 2014) y el Family Assessment Instrument (FAI) (Child and Youth Development Branch Strategic Policy and Planning Division Ministry of Children and Youth Services, 2012).

Condiciones socioculturales

Las enfermeras deben evaluar en el entorno familiar cuáles son las condiciones socioculturales que influyen en la naturaleza y la disponibilidad de las intervenciones que se pueden aplicar para la obesidad infantil. Pueden ser, entre otras, la etnia de la familia, el nivel educativo de los padres/cuidadores principales, la localización geográfica (p. ej., entorno rural o urbano) y el sexo de los miembros de la familia. Así, las enfermeras están en posición de ofrecer una atención culturalmente competente. La competencia cultural alude a “la capacidad de ofrecer cuidados centrados en el paciente, reconociendo la importante influencia de los valores y creencias culturales, así como las relaciones jerárquicas y de poder frecuentemente presentes en las interacciones clínicas, especialmente en los pacientes de grupos marginales y las instituciones sanitarias” (RNAO, 2007b, p.70). Para obtener más información sobre cómo atender a diversas poblaciones, se puede consultar el Guía de RNAO *Aceptación de la diversidad cultural en la atención sanitaria: el desarrollo de la competencia cultural* (2007b).

Así como el estatus socioeconómico influye en el tipo de alimentos y las opciones de actividad física a que tiene acceso la familia, las enfermeras también deben evaluar este aspecto (Veugelers, Sithole, Zhang, & Muhajarine, 2008). Es importante ser conscientes de que los niños viven en la pobreza porque esa es la situación en que viven sus familias, y quienes sufren exclusión social corren un mayor riesgo de vivir en la pobreza. Los mayores índices de pobreza se registran en comunidades marginadas: uno de cada dos hijos de inmigrantes, uno de cada tres niños de distinta raza y aproximadamente uno de cada cuatro niños de origen aborigen que viven en reservas viven en la pobreza (Campaign 2000, 2013b). Los niños que sufren alguna discapacidad también tienen una probabilidad significativamente mayor de vivir en la pobreza que aquellos que no tienen ninguna discapacidad (Parish & Cloud, 2006).

El Panel de Expertos recomienda evaluar estos factores socioculturales antes de poner en marcha cualquier iniciativa, así como en el transcurso de las visitas de revisión rutinarias con la familia. La valoración de las influencias económicas, sociales y culturales sobre la familia permiten a las enfermeras:

1. Identificar a las familias en riesgo de pobreza para ofrecerles la información necesaria y remitirles a los recursos correspondientes para mejorar su renta. Por ejemplo, una simple pregunta como “¿Tiene problemas para llegar a fin de mes?” puede ser una puerta abierta para que las familias accedan a recursos como ChildBenefit, devoluciones de impuestos y otras ventajas, como las relacionadas con las ayudas a la dependencia o a refugiados, etc. (Raza, Bloch, & ter Kulie, 2013; Morinis & Feller 2013; Green, Labelle, & Vien, 2013). Para obtener más información sobre las herramientas clínicas de evaluación de la pobreza, se puede consultar la página web de “Health Providers Against Poverty” incluida en el **Anexo D**.
2. Identificar y afrontar las situaciones que pueden dificultar o facilitar la actividad física y la alimentación saludable a lo largo del tiempo. Por ejemplo, el barrio en el que vive la familia puede influir en su acceso a los alimentos y las actividades físicas (Veugelers et al., 2008).
3. Apoyar los cambios positivos de comportamiento dentro del contexto de los recursos a disposición de la familia. Por ejemplo, la renta de que dispone la familia influye en el tipo de comida que realmente se puede permitir para seguir una dieta saludable (Kimbrow & Rigby, 2010).
4. Adaptar las intervenciones de dieta sana y ejercicio físico según las preferencias personales de la familia. Así, el conocimiento de la etnia con la que se identifica la familia puede influir en el tipo de alimentos y de actividad física que

la familia prefiere.

No conocemos muchas herramientas validadas de evaluación de las condiciones socioculturales de la familia. No obstante, en la literatura de investigación se señala que algunos medios eficaces para este fin son las escalas de aculturación, la descendencia de inmigrantes y la propia identificación de pertenencia a una etnia (Burgi et al., 2012; Chen et al., 2010; Chen, Weiss, Heyman, Cooper, & Lustig, 2011; Fitzgibbon et al., 2005; Robinson et al., 2010). Las escalas de aculturación recuperan datos sobre el grado de identificación de los padres con una determinada cultura, mientras que la descendencia de inmigrantes ofrece información sobre el origen étnico de los padres/cuidadores principales (Chen et al., 2010). The Family Assessment Instrument (FAI) [FAI, Instrumento de valoración familiar] (Child and Youth Development Branch Strategic Policy and Planning Division Ministry of Children and Youth Services, 2012) y la Personal Environment Assessments tools (PEAs) [PEA, herramientas de valoración del entorno personal] (NCAST Programs, 2014) también pueden utilizarse para evaluar integralmente a niños y familias en el contexto de su entorno familiar. Véase el **Anexo D** para más información sobre las herramientas de valoración.

Influencias ajenas al entorno familiar

Es importante señalar que existen diversos factores fuera del entorno familiar que escapan al “control” de la familia, pero influyen en sus posibilidades de optimizar unos hábitos de alimentación y ejercicio físico saludables. A pesar de los esfuerzos de la familia, las influencias contextuales pueden favorecer u obstaculizar las intervenciones de prevención primaria. Véanse las Recomendaciones 1.3 y 1.4 sobre cómo evaluar las influencias sobre la obesidad infantil en el colegio, el entorno cercano y la comunidad.

RECOMENDACIÓN 1.3:

Colaborar con las autoridades escolares para valorar las situaciones protectoras y de riesgo presentes en el entorno escolar que puedan influir en la obesidad infantil, como:

- demografía estudiantil
- políticas de la escuela
- alimentos y entornos de actividad física.

Nivel de Evidencia = IV

Discusión de la evidencia:

El Panel de Expertos recomienda que las evaluaciones integrales de los factores que se saben asociados a la obesidad infantil se realicen en los colegios con la colaboración de la comunidad escolar, tanto antes de la puesta en marcha de la intervención de prevención primaria como posteriormente a intervalos regulares. Una evaluación escolar consiste en una revisión de las características demográficas del alumno, de las políticas de la escuela en cuanto a alimentación y ejercicio físico, de las opciones alimentarias a disposición de los alumnos y del entorno para realizar actividad física.

Es más, dicha evaluación debería desarrollarse en el marco de un programa escolar integral de valoración de la salud más amplio. Para atenuar las potenciales consecuencias no intencionadas de las intervenciones sobre la obesidad infantil (p. ej., adopción de prácticas no saludables a causa del peso), un programa escolar integral debe también ocuparse de la salud psicológica y destacar la importancia que tiene en los niños un crecimiento y un desarrollo saludables (García et al., 2010).

El Panel de Expertos recomienda considerar lo antes posible en el crecimiento y el desarrollo del niño todos los factores de

riesgo y de protección de los menores respecto a la obesidad. Por tanto, las valoraciones escolares deben realizarse en los primeros cursos, y nunca más allá del quinto curso de Primaria. Esta recomendación cuenta con el respaldo de la Canadian Paediatric Society [Sociedad Pediátrica canadiense] (Lipnowski, S., LeBlanc, C.M.A., Canadian Paediatric Society Healthy Active Living and Sports Medicine Committee, 2012), la Canadian Medical Association [Asociación Médica de Canadá] (Obesity Canada Clinical Practice Guidelines Expert Panel, 2006), y los Centers for Disease Control and Prevention [Centros de control y prevención de enfermedades] (Division of Adolescent and School Health, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, 2011). La frecuencia de las evaluaciones escolares dependerá de la enfermera, el colegio (p. ej. según la colaboración con las autoridades escolares como directores, jefes de estudios, intendentes...) y los recursos disponibles. Las evaluaciones escolares han de ser integrales y deben incluir una evaluación de los programas desarrollados antes, durante y después de las clases en el entorno escolar.

Hasta hoy, solo se ha evaluado la validez de unas cuantas herramientas de valoración escolar. El Panel de Expertos recomienda que las herramientas de evaluación cuenten con respaldo sanitario o clínico siempre que sea posible; en la discusión incluimos algunas herramientas aplicables. El **Anexo H** ofrece una lista de herramientas y recursos recomendados por el Panel de Expertos.

Características demográficas

En la valoración de las características demográficas de un colegio se debe incluir una evaluación general del estatus socioeconómico, los niveles de formación de padres o cuidadores principales y los niveles de actividad física del alumno, junto con sus hábitos alimentarios y su consumo nutricional. Toda esta información ayuda a las enfermeras, en colaboración con otros profesionales y partes interesadas (p. ej., el personal escolar), a adaptar y priorizar estrategias de prevención primaria para responder mejor a las necesidades de los alumnos y para utilizar del modo más eficaz los recursos económicos y humanos disponibles.

En cualquier colegio, independientemente de sus características demográficas, pueden darse niveles de actividad física inadecuados o estados nutricionales deficientes entre los alumnos. Los alumnos de colegios socioeconómicamente desfavorecidos corren mayor riesgo de obesidad infantil; dichos colegios se asocian a padres con menor renta, menor formación y mayores niveles de IMC, vecindarios menos transitables y familias con mayor consumo de comida basura^G y tiempo ante una pantalla (Merchant et al., 2007). Por el contrario, se ha observado que los hijos de padres/cuidadores con mayor formación consumen bebidas azucaradas con menor frecuencia, es más probable que hayan sido criados con lactancia materna, que tomen un desayuno y que participen en deportes organizados; además, es menos probable que tengan televisión u ordenador en su habitación (Moraeus et al., 2012). Aunque se ha demostrado que los niños escolarizados en colegios de mayor estatus socioeconómico pueden correr un menor riesgo de obesidad, pueden surgir otras complicaciones. Por ejemplo, en un estudio, estos colegios manifestaron depender de las recaudaciones de fondos, e indicaron haber recibido cierta resistencia por parte de los padres/cuidadores a los cambios en materia nutricional, lo que puede sugerir que existen algunos obstáculos a los cambios positivos en estos entornos (Walton, Waiti, Signal, & Thomson, 2010).

En conjunto, las características demográficas agregadas de los colegios ofrecen información útil sobre el riesgo del colegio respecto a la obesidad infantil, y sirven para identificar posibles obstáculos para las intervenciones que promueven una dieta saludable y actividad física..

Políticas escolares

Las políticas escolares influyen en la promoción de una alimentación saludable y de la actividad física; también se debe evaluar su impacto en las oportunidades de prevención primaria antes de implantar cualquier intervención (García et al., 2010). Policies may be created by school districts themselves or mandated by governments. Por ejemplo, el Ministerio de Educación de Ontario ha publicado sus políticas sobre Actividad física diaria (PPM 138) y la Alimentación y bebidas en la escuela (PPM 150), que los colegios están legalmente obligados a cumplir. Es más, las enfermeras, en colaboración con las comunidades escolares, deben abogar por la implantación y la aplicación de políticas escolares de alta calidad a nivel local y provincial.

El Panel de Expertos recomienda que la valoración de las políticas del colegio incluya una revisión de:

1. La amplitud de la política escolar (Taber, Chriqui, Powell, & Chaloupka, 2012b);
2. La fuerza del lenguaje empleado en su elaboración (Belansky et al., 2009; Kubik et al., 2010; Taber, Chriqui, & Chaloupka, 2012a);
3. La existencia de procedimientos de control de la integración y la aplicación de dicha política (Forshee, Storey, & Ginevan, 2005; Probart, McDonnell, Jomaa, & Fekete, 2010; Sanchez-Vaznaugh, Sanchez, Rosas, Baek, & Egerter, 2012);
4. Su impacto en el ámbito de la alimentación y la actividad física dentro del colegio; por ejemplo, la cantidad de actividad física diaria que se exige a los alumnos durante la jornada escolar, y las opciones alimentarias disponibles en el comedor (Garcia et al, 2010; Kim, 2012; Matthews et al., 2011; Mullally et al., 2010; Taber et al., 2012a; Taber et al., 2012b).

Además, las enfermeras deben evaluar los obstáculos existentes y la posible presencia de mediadores para la creación, implantación y aplicación de políticas escolares saludables y de gran calidad. Los resultados de investigación han demostrado que los efectos de las políticas en entornos escolares reales no son consistentes, y que las razones por las que los colegios no se atienen a las políticas pueden variar. En la literatura destaca el hecho de que dichas políticas no se implantan, aplican y supervisan de forma consistente (Barroso et al., 2009; Probart et al., 2010; Sanchez-Vaznaugh et al., 2012). Ello se debe en gran parte a:

1. Limitaciones económicas (Agron, Berends, Ellis, & Gonzalez, 2010; Belansky et al., 2009; Belansky et al., 2010; Coffield, Metos, Utz, & Waitzman, 2011; Nanney, Bohner, & Friedrichs, 2008; Prelip, Slusser, Lange, Vecchiarielli, & Neumann, 2010);
2. Falta e inestabilidad de recursos humanos (Kubik, Farbaksh, & Lytle, 2011; Naylor, Macdonald, Reed, & McKay, 2006);
3. Limitaciones en el conocimiento o la formación del personal (Belansky et al., 2010; Brown et al., 2004; Langille & Rodgers, 2010; Masse & de Niet, 2013);
4. Falta de liderazgo (Gladwin, Church, & Plotnikoff, 2008);
5. Barreras ambientales, como la desigual disponibilidad de alimentos saludables en los comedores escolares (Bauer, Patel, Prokop, & Austin, 2006; Devi, Surender, & Rayner, 2010).

Teniendo en cuenta las potenciales barreras a las políticas y la presencia de mediadores en determinados colegios, las enfermeras pueden trabajar conjuntamente con las autoridades escolares para desarrollar estrategias con las que superar estas dificultades y potenciar los puntos fuertes de los centros. Las barreras ambientales y sociales ajenas al colegio también pueden atenuar los efectos positivos de las intervenciones de salud pública y de los mensajes que se transmiten a los alumnos (por ejemplo, un acceso limitado a alimentos nutritivos en el hogar, por razones económicas); el fácil acceso a restaurantes de comida rápida o a tiendas de autoservicio en el entorno cercano al colegio; o la influencia de la exposición de los niños a alimentos y bebidas poco saludables a través de la publicidad (Batada & Wootan, 2007; Hanratty, 2012; Kimbro & Rigby, 2010; Merchant et al., 2007; Veugelers et al., 2008).

El Panel de Expertos recomienda realizar una valoración de las políticas utilizando una herramienta validada denominada Índice de salud escolar School Health Index (Centers for Disease Control and Prevention – Division of Adolescent and School Health, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, 2011) (véase el **Anexo H**).

Entornos orientados a la alimentación y la actividad física

Los cambios positivos en la alimentación fomentan una dieta saludable y, a su vez, un peso saludable. El Panel de Expertos recomienda que las evaluaciones de los entornos alimentarios escolares tengan en cuenta la calidad de los programas de desayuno que se ofrecen en el colegio, así como la comida servida en el comedor, los aperitivos y las bebidas que se ofrecen en las máquinas expendedoras, la proximidad de otros distribuidores de comida (p. ej., restaurantes) y los hábitos y actitudes de los alumnos en cuanto a la alimentación (Marcus et al., 2009). Estos factores deben evaluarse antes de cualquier iniciativa de prevención primaria, durante su desarrollo y a lo largo de su posterior seguimiento.

El entorno orientado a la actividad física en el colegio incluye el patio y la instalaciones de recreo, así como las oportunidades de desarrollar actividad física de que disponen los alumnos a lo largo de la jornada escolar (p. ej. en los descansos y en las clases complementarias de educación física) (Charlebois, Gowrinathan, & Waddell, 2012). Si los alumnos disponen de mejores oportunidades de desarrollar actividades físicas en el entorno escolar, aumentan las probabilidades de que alcancen los niveles de actividad física diaria que necesitan. Es más, las políticas que introducen cambios en este ámbito junto con cambios en la alimentación fomentan la salud infantil y el peso saludable (Phillips et al., 2010).

El Panel de Expertos recomienda evaluar el entorno orientado a la actividad física para valorar las opciones disponibles de realizar actividad física, incluidos los programas de educación física y el acceso de los alumnos a espacios de juego libre (Obesity Canada Clinical Practice Guidelines Expert Panel, 2006); el estado de las instalaciones de recreo del colegio; y la calidad y accesibilidad del patio de recreo. Todos los alumnos deben disponer de oportunidades de realizar actividad física. Algunos métodos de evaluación de dichos factores son las mediciones del índice de actividad física de moderada a intensa y de su duración, o los cuestionarios que los alumnos reciben de evaluadores cualificados (Dobbins, Husson, DeCorby, & LaRocca, 2013; Fung et al., 2012).

Existen diversas herramientas para valorar el entorno orientado a la alimentación y la actividad física en el colegio. Como referencia de valoración de un entorno alimentario escolar, recomendamos el documento *Eating Well With Canada's Food Guide* [Comer bien con la Guía de alimentos de Canadá] (Health Canada, 2011) y el Nutrition Tools for Schools® resource by the Ontario Society of Nutrition Professionals in Public Health (2011) [Sociedad de Nutricionistas en el Sector Público de Ontario] (véase los [Anexos E](#) y [H](#) respectivamente). La guía *Eating Well With Canada's Food Guide* (Health Canada, 2011) se puede utilizar para determinar las opciones alimentarias saludables y las raciones más adecuadas en función de la edad que se deben ofrecer en los colegios. La página web de Nutrition Tools for Schools® ofrece consejos, herramientas y soporte sanitario público para crear un entorno alimentario más saludable para los alumnos. Más concretamente, ofrece “pautas de actuación” para las intervenciones, con sugerencias para el personal escolar sobre cómo fomentar el consumo de aperitivos y comidas más saludables (p. ej., incrementar el consumo de leche, mejorar la oferta de alimentos de las máquinas expendedoras), enseñar conceptos de nutrición en las clases, moldear conductas positivas entre los alumnos y crear una política alimentaria escolar (Ontario Society of Nutrition Professionals in Public Health, 2011).

La página Web The Ontario Physical and Health Education Association's (OPHEA, n.d.) Healthy Schools Healthy Communities ofrece recursos y herramientas para ayudar a profesionales sanitarios, colegios, familias y partes interesadas de la comunidad a evaluar, crear y fomentar entornos escolares más sanos. Otro recurso útil es la gráfica Foundations for a Healthy School, que se puede emplear para evaluar el estado de salud de los colegios según la calidad de la formación y los programas del centro educativo, su entorno físico, el entorno social de apoyo y las asociaciones comunitarias. Es más, se puede usar la encuesta School Health Environment Survey (SHES), basada los principios del documento Healthy Schools: Foundations for a Healthy School, para evaluar el entorno escolar (University of Waterloo, s.f.). Para ampliar la información sobre cómo acceder a estos recursos y herramientas, se puede consultar el [Anexo H](#).

RECOMENDACIÓN 1.4:

Evaluar los factores de riesgo y condiciones de protección que influyen a nivel comunitario en la obesidad infantil en el vecindario.

Nivel de Evidencia = IV

Discusión de la evidencia:

Numerosas características comunitarias pueden poner al niño en riesgo de sufrir obesidad. La valoración de la zona geográfica en la que crece el niño puede ayudar a las enfermeras a: a) identificar la presencia de factores protectores y de riesgo; b) reconocer mediadores y barreras potenciales a la implantación de intervenciones de prevención primaria; y c) identificar y hacer uso de los recursos comunitarios existentes de intervención de prevención primaria.

El riesgo de obesidad infantil está ligado al estatus socioeconómico del área o vecindario en que vive el niño. Una valoración del vecindario también podría tener en cuenta:

- la seguridad (p. ej. delitos)
- la transitabilidad (p. ej. aceras)
- la vivienda (p. ej. el estado de las escaleras, la iluminación de los pasillos, la seguridad estructural del edificio)
- el acceso a oportunidades de juego para todos los niños, incluido el acceso a centros recreativos y parques
- el acceso a comercios que ofrezcan opciones de alimentación saludable

Además, las enfermeras pueden plantearse utilizar los datos comunitarios ya existentes para complementar su valoración del vecindario. Algunas fuentes pueden ser los centros de planificación social y los informes existentes sobre seguridad y transitabilidad del distrito.

La investigación muestra que los niños tienen más probabilidades de ser obesos si viven en vecindarios inseguros, que apenas tienen aceras o carecen de ellas y en los que hay más basura en comparación con otras zonas (Singh, Siahpush, & Kogan, 2010). El riesgo de obesidad también aumenta en zonas con deficientes condiciones de vivienda y una gran proporción de niños residentes en viviendas públicas, y en barrios que no tienen u ofrecen accesos adecuados a parques, centros recreativos y comercios, como tiendas de alimentación (Singh et al., 2010). Los menores que viven en vecindarios con más fácil acceso a comercios tienen más probabilidades de comer fruta y verdura y productos lácteos bajos en grasa, en comparación con los niños que viven en zonas con escaso acceso a comercios; los que viven en zonas con parques y áreas de juegos tienen más probabilidades de participar en deportes organizados y pasar menos tiempo frente a una pantalla, en comparación con los niños que tienen menos acceso a este tipo de servicios (Veugelers et al., 2008).

Las comunidades socioeconómicamente desfavorecidas suelen presentar las anteriores características de riesgo en sus barrios (Bammann et al., 2013; Drewnowski, Rehm, Kao, & Goldstein, 2009; Jones, Price, Okely, & Lockyer, 2009). El estatus socioeconómico de un barrio influye en el acceso de los niños a una alimentación saludable y a oportunidades de desarrollar actividad física (Bammann et al., 2010; Drewnowski, Rehm, Kao, & Goldstein, 2009; Jones, Price, Okely, & Lockyer, 2009; Singh et al., 2010). Los niños que viven en zonas socioeconómicamente desfavorecidas son menos activos físicamente y tienden más a ver la televisión o jugar con el ordenador más de dos horas al día, en comparación con aquellos que residen en barrios más acomodados (Singh et al., 2010). La recogida de este tipo de información (sobre dificultades como limitaciones económicas p seguridad) ofrece al profesional sanitario un contexto en el que implantar intervenciones de prevención primaria (Fitch et al., 2013). Para que las intervenciones sean viables deberán valerse de los medios disponibles en la comunidad para mejorar la alimentación y la actividad física de los menores. Es más, es necesario implantar intervenciones que ayuden

a los niños y a sus familias a mejorar su estatus socioeconómico, e igualmente es necesario implantar intervenciones colectivas que aumenten el nivel socioeconómico mediante mejoras en las políticas de salud pública (por ejemplo, desde el gobierno federal y provincial se deberían impulsar estrategias de reducción de la pobreza).

Los profesionales sanitarios se valen de distintas herramientas para evaluar las necesidades y los recursos de la comunidad antes de poner en marcha cualquier intervención de prevención primaria. Por ejemplo, la observación de campo permite al profesional sanitario recopilar datos sobre la ubicación, el estado y el uso de espacios públicos, viviendas, edificios públicos y seguridad de la zona. La página Web The Community Assessment Tool Kit [Herramienta de valoración comunitaria] (Work Group for Community Health and Development, University of Kansas, 2013) incluida en el **Anexo I** contiene diversas herramientas de valoración comunitaria.

2.0 PLANIFICACIÓN

RECOMENDACIÓN 2.1:

Involucrar a las partes interesadas de la comunidad en la planificación de las intervenciones de prevención primaria de la obesidad infantil.

Nivel de Evidencia = IIb

Discusión de la evidencia:

Las enfermeras y el resto de profesionales sanitarios deben implicar a las partes interesadas de la comunidad en el desarrollo de intervenciones en políticas y prácticas destinadas a una alimentación saludable y al ejercicio físico. Por partes interesadas se entiende a los individuos, grupos u organizaciones con interés particular en las decisiones y acciones de aquellas organizaciones que pueden influir en las decisiones y las acciones (Baker et al., 1999). Algunos ejemplos de partes interesadas son el personal escolar, la administración y los alumnos, los trabajadores sociales, los representantes gubernamentales y los miembros de la comunidad. Se ha demostrado que la implicación activa de los interesados en las fases de planificación modifican las normas sociales favoreciendo la salud infantil y contribuyendo a la implantación satisfactoria de intervenciones de prevención primaria (incluidas las políticas de salud pública) (Kirk, Sim, Hemmens, & Price, 2012; Langille & Rodgers, 2010; Trudnak, Melton, Simpson, & Baldwin, 2012). Una revisión sistemática de evidencia demuestra que la implicación de las partes interesadas desarrolla la capacidad comunitaria y crea intervenciones adaptadas a las necesidades de la comunidad, que a su vez aumenta su apoyo, mejora el programa y la aplicación de las políticas en cuestión, y mantiene el impulso de la iniciativa (García et al., 2010; Krishnaswami, Martinson, Wakimoto, & Anglemeyer, 2012).

Al implicar a las partes interesadas de la comunidad en múltiples entornos, como colegios, centros de atención infantil o la propia comunidad en su sentido más amplio, se garantiza la coherencia de la intervención y se refuerzan sus mensajes (de Silva-Sanigorski et al., 2010). La participación de distintos interesados no solo permite contar con la aportación de padres y cuidadores principales, familias, miembros de la comunidad, profesionales de la salud, escuelas, empresas y autoridades, sino que también promueve el apoyo de la asociación y favorecen la aceptación de nuevas políticas y prácticas (Dodson et al., 2012; Langille & Rodgers, 2010; McCarron et al., 2012). Además, la implicación y el apoyo de las partes interesadas a nivel local en las fases de planificación mejoran el alcance de las intervenciones resultantes. En los colegios, las políticas locales de bienestar^G son más integrales, y más susceptibles de aplicarse eficazmente, cuando se invita a participar a alumnos y expertos dentro y fuera del colegio en los comités de políticas escolares (Belansky et al., 2009; Jomaa et al., 2010; Kubik et al., 2010).

El éxito de las intervenciones también se ha asociado al compromiso de los miembros de la comunidad que reconocen la necesidad de contar con múltiples estrategias para promover un peso saludable en los niños y que son capaces de identificar posibles obstáculos a la intervención durante la planificación (McCarron et al., 2010). Cuando se planifica y se desarrolla la capacidad mediante el compromiso escolar y comunitario, los efectos positivos de una intervención pueden llegar más allá de la localización original. Por ejemplo, la intervención escolar APPLE, una intervención de tres años lanzada en diez colegios de Alberta en 2008, es un ejemplo de iniciativa de salud pública eficaz que implicó a un mediador escolar y a las partes interesadas de la comunidad para fomentar la alimentación saludable y la vida activa entre los alumnos. El proceso de planificación propició el desarrollo de iniciativas que animaban a los alumnos a acudir a pie al colegio, participar en programas de desayuno y almuerzo saludables en el colegio, realizar actividades extracurriculares o trabajar en huertos comunitarios (Fung et al., 2012).

Las enfermeras disponen de diversas estrategias para involucrar y organizar a las partes interesadas en la planificación de iniciativas de prevención primaria. Para que la planificación escolar dé buenos resultados, es preciso que se consulte a administradores (p. ej. superintendentes, directores, jefes de estudios...), guardas, personal de comedor y docentes (Coleman, Shordon, Caparosa, Pomichowski, & Dzewaltowski, 2012). También se ha demostrado que los foros comunitarios organizados para conocer necesidades, intereses y recursos (mediante la asistencia a encuentros municipales, la participación en consejos, o la celebración de talleres destinados a desarrollar los objetivos, metas y estrategias de los programas de intervención) favorecen una satisfactoria implantación de las iniciativas (Belansky et al., 2009; Chomitz, et al., 2010; Kubik et al., 2010; McCarron et al., 2010; Millaret et al., 2011).

Otro medio eficaz de obtener el apoyo y el compromiso de la comunidad es ofrecer formación a los miembros de la misma. Ya se ha demostrado que mediante la educación pública es posible ofrecer información precisa sobre la obesidad infantil, compartir posibles soluciones e influir en el respaldo del público, la motivación política y las decisiones sobre políticas (Dodson et al., 2009). En concreto, la formación durante el proceso de planificación puede implicar a partes interesadas que de otro modo podrían ser un obstáculo para la posterior implantación de las políticas. Por ejemplo, durante la puesta en marcha de una política sobre lactancia materna en Nueva Escocia, la formación ofrecida por los profesionales sanitarios era una pieza clave para cambiar hábitos arraigados que no favorecían la lactancia materna en los hospitales (Kirk, Sim, Hemmens, & Price, 2012).

Las enfermeras y el resto de profesionales de la salud pueden examinar la situación y abordar las dudas que tengan las partes interesadas respecto a los objetivos de la intervención durante las fases de planificación de una iniciativa de prevención primaria. Dicho examen supone una labor previa de recopilación, análisis, resumen y presentación de datos, que suelen utilizarse después en la planificación de intervenciones (Public Health Ontario, 2014). El examen de la situación puede determinar el nivel de implicación de las partes interesadas, valorar los entornos existentes de alimentación y actividad física, identificar posibles obstáculos a los cambios de comportamiento y revisar los efectos que tienen las políticas locales en el entorno establecido^G (Coleman et al., 2012; Garcia et al., 2010; Zenzen & Kridli, 2009).

El Panel de Expertos recomienda que las enfermeras revisen el capítulo 2B: “Partes interesadas,” de la Herramienta de la RNAO *Implantación de las Guías de buenas prácticas (2nd ed.)* (2012a) para desarrollar estrategias adicionales. Asimismo, animamos a enfermeras y profesionales sanitarios a consultar en línea el Public Health Ontario’s on-line Planning Workbook [Cuaderno de Planificación del servicio de salud de Ontario] (Ontario Agency for Health Protection and Promotion, 2014) (véase el [Anexo I](#)).

RECOMENDACIÓN 2.2:

Desarrollar intervenciones que:

- se apliquen universalmente, y tan pronto como sea posible (Nivel de Evidencia = IV)
- estén orientadas a múltiples conductas (Nivel de Evidencia = IV)
- se puedan implantar con diversos enfoques (Nivel de Evidencia = IIa)
- incluyan a los padres o cuidadores principales, y a la familia (Nivel de Evidencia = IIa)
- se puedan implantar simultáneamente en diferentes entornos (Nivel de Evidencia = IIa).

Discusión de la evidencia:**Implantación temprana y universal**

Las intervenciones enfermeras aplicables a niños y familias deben planificarse lo antes posible en la vida del niño (Fitch et al, 2013). Aunque la prevalencia de la obesidad ha aumentado en todos los grupos de edad, los primeros años de la infancia son un momento crítico en el crecimiento y el desarrollo del niño (Hesketh & Campbell, 2010; Lloyd-Williams, Bristow, Capewell, & Mwatsama, 2011). Antes de empezar su vida escolar, es especialmente importante en términos de salud y riesgo de obesidad que los niños lleven una dieta saludable (Lloyd-Williams et al., 2011). Es más, los niños en edad preescolar pueden aprender a adoptar pautas de alimentación y estilo de vida que perdurarán en su vida posterior (Lloyd-Williams et al., 2011). Dada la influencia que tienen esos primeros años en la salud de los niños, el Panel de Expertos recomienda que las intervenciones de prevención primaria se centren en niños de educación preescolar y primaria (Golley et al., 2011; Hendrie et al., 2012).

Es importante que las intervenciones de prevención primaria se apliquen universalmente, de igual forma en niños con o sin sobrepeso, ya que se ha demostrado que son efectivas tanto para unos como para otros a la hora de alcanzar un peso saludable (Khambalia, Dickinson, Hardy, Gill, & Baur, 2012; Pascal, 2009). Dichos resultados cuentan además con el respaldo de un metaanálisis que concluyó que las intervenciones con amplia aplicación en entornos escolares y de población general para reducir el sedentarismo tuvieron buenos resultados de prevención de la obesidad y reducción del sedentarismo, tanto si se aplicaron intervenciones únicas o múltiples (van, Ezendam, Paulis, van der Wouden, & Raat, 2012).

Múltiples conductas

Las intervenciones de prevención primaria que se dirigen a la nutrición, la actividad física y los comportamientos familiares son más eficaces para lograr un peso saludable en los niños que las estrategias que se centran en la nutrición o actividad física únicamente (Khambalia et al., 2012). Por lo tanto, el Panel de Expertos recomienda a las enfermeras planificar intervenciones de prevención primaria dirigidas simultáneamente a los hábitos alimenticios de los niños, el consumo de nutrientes y la actividad física.

Diversos enfoques

Las intervenciones efectivas de prevención primaria utilizan múltiples estrategias de comportamiento para mejorar la nutrición y la actividad física de los niños. Por lo tanto, las enfermeras deben incorporar en su plan una serie de técnicas orientadas a modificar los comportamientos de los niños en términos de actividad física y alimentación para conseguir un peso saludable. Una revisión reveló que los resultados efectivos fueron evidentes en aquellos

programas de prevención primaria que aplicaron diez técnicas de cambio de comportamiento en el colegio, el hogar o el entorno comunitario (Hendrie et al., 2012). En dicha revisión, se aplicaron simultáneamente las técnicas de modificación conductual más eficaces para implicar a las familias, como: a) ofrecer información sobre la vinculación entre salud y comportamientos; b) fomentar la adopción de hábitos saludables; y c) planificar y ofrecer apoyo social (Hendrie et al., 2012). Estos enfoques son más eficaces en la prevención de la obesidad infantil cuando se aplican a más largo plazo (seis meses o más), y han demostrado mayor probabilidad de conseguir cambios de comportamiento positivos que otros enfoques (Summerbell et al., 2005).

Al planificar el enfoque de la intervención, se debe tener en cuenta la influencia que ejerce el sexo del niño o la niña sobre la eficacia de las intervenciones de prevención de la obesidad (Doak, Visscher, Renders, & Seidell, 2006; Haynos & O'Donohue, 2012; Kropki, Keckley, & Jensen, 2008; Shofan, Kedar, Branski, Berry, & Wilschanski, 2011; Summerbell et al., 2005). Las revisiones de la investigación han revelado que las intervenciones educativas basadas en un aprendizaje social pueden ser más eficaces con las niñas, mientras que las intervenciones que modifican el entorno para poder realizar una actividad física pueden ser más eficaces con los niños (Kropki, Keckley, & Jensen, 2008; Summerbell et al., 2005). Ello puede deberse al distinto desarrollo cognitivo y psicológico entre ambos sexos, y debe tenerse en cuenta al planificar el modo de aplicación (Kropki et al., 2008).

La existencia de múltiples enfoques para fomentar una alimentación sana y la práctica de actividades físicas también implica la creación de entornos de apoyo para las familias. Las enfermeras deben trabajar por mejorar el entorno (ya sea en guarderías o centros de educación preescolar y primaria) y las políticas de salud pública, como las que luchan contra la pobreza. Estas medidas a nivel ambiental y sistémico pueden favorecer cambios saludables en el estilo de vida y ofrecer a las familias un acceso equitativo a una alimentación sana y a las mismas oportunidades de realizar actividad física. Para consultar información complementaria al respecto, se pueden consultar las Recomendaciones 6.1 a 6.5.

Implicación de los padres o cuidadores principales y de la familia

Dado que las estrategias para prevenir la obesidad infantil son más eficaces cuando se cuenta con la implicación de los padres o cuidadores y del resto de la familia, la implantación de intervenciones de prevención primaria de la obesidad infantil debe incluirlos siempre que sea posible (Hendrie et al., 2012). Concretamente, las intervenciones en el hogar que mayor éxito han demostrado tener son aquellas en las que participan todos los miembros de la familia (Hendrie et al., 2012). Las familias con mayor éxito en este sentido se fijan objetivos comunes y participan en actividades conjuntas. Por lo tanto, es importante que las enfermeras ayuden a los padres a aplicar y tomar parte activa en intervenciones de prevención de la obesidad y actividades que fomenten conductas saludables en su familia (Golley et al., 2011). Los padres/cuidadores principales también desempeñan un importante papel en el refuerzo de conductas que los niños han aprendido en otros entornos, como el colegio (Hendrie et al., 2012).

Para desarrollar un enfoque centrado en la familia, la enfermera debe establecer y mantener una relación terapéutica con el niño, los padres o cuidadores principales y la familia. Se entiende como relación terapéutica a la relación por objetivos entre la enfermera y el niño, los padres/cuidadores principales y la familia que busca el mejor interés y los mejores resultados para los pacientes (RNAO, 2006). Las necesidades de los padres o cuidadores y de la familia siempre deben ser el centro de la relación terapéutica, y las enfermeras deben mostrar empatía e interés en dichas interacciones (CNO, 2009). Es más, las relaciones terapéuticas deben basarse en la confianza, el respeto, la intimidad y un adecuado uso de la autoridad (CNO, 2009). Para obtener más información sobre los principios que guían las relaciones terapéuticas, se puede consultar la Guía de la RNAO para el *Establecimiento de la relación terapéutica* (2006).

Diferentes entornos

Las intervenciones de prevención primaria que se dirigen a múltiples entornos tienen un mayor potencial de modificar los hábitos de los niños que las que se aplican en un solo entorno (Hendrie et al., 2012). Los entornos más comunes para los niños son el hogar, las zonas comunitarias y los colegios; al aplicarse la intervención en todos estos ámbitos, se pueden reforzar los mensajes positivos dirigidos a los niños sobre la alimentación saludable y la actividad física en mayor medida que si se aplicase en un solo ámbito.

Por ejemplo, en el hogar los padres/cuidadores principales pueden desempeñar una importante labor al fomentar conductas saludables, controlar los hábitos de alimentación y ofrecer oportunidades al niño de desarrollar alguna forma de actividad física (Hendrie et al., 2012). Las intervenciones en el entorno escolar también pueden ejercer una influencia positiva en las conductas alimentarias y de actividad física de los niños, a través de la formación de los alumnos y de un modelo de conducta positivo (Riediger, 2012). Las intervenciones que fomentan que colegios y padres/cuidadores ofrezcan a los niños información y modelos saludables coherentes entre sí han obtenido resultados positivos sobre la conducta alimentaria de los niños (Hendrie et al., 2012). Dado que las técnicas conductuales que se aplican en diversos ámbitos se complementan entre sí y aumentan las probabilidades de obtener resultados positivos, el Panel de Expertos recomienda planificar las intervenciones para su aplicación en dos o más entornos infantiles.

3.0 IMPLANTACIÓN

Las recomendaciones de implantación de la presente sección tienen por objetivo ofrecer orientación a enfermeras y profesionales sanitarios para ayudar a las familias a conseguir un estilo de vida más saludable, y un peso más sano para sus hijos, mediante unas pautas de alimentación sana y estándares marcados por las *Canadian Physical Activity Guidelines* [Guías canadienses sobre actividad física] (Canadian Society for Exercise Physiology, 2014a; Canadian Society for Exercise Physiology, 2014b) y las *Canadian Sedentary Behaviour Guidelines* [Guías canadienses sobre sedentarismo] (Canadian Society for Exercise Physiology, 2014c; Canadian Society for Exercise Physiology, 2014d) (véanse los **Anexos F y G**). Las siguientes intervenciones resultan más eficaces cuando se aplican en el contexto de un enfoque poblacional, aunque se pueden adaptar para que las enfermeras las implanten individualmente en entornos distintos de la práctica en salud pública.

RECOMENDACIÓN 3.1:

Propugnar la lactancia materna en exclusiva durante los primeros seis meses de vida del bebé, seguidos de lactancia materna y alimentación complementaria hasta los dos años o más

Nivel de Evidencia = III

Discusión de la evidencia:

La recomendación para las madres de mantener la lactancia materna durante los primeros seis meses de vida del bebé, seguidos de un periodo de lactancia materna y alimentación complementaria hasta al menos los dos años de edad ha recibido el apoyo de varios expertos (August et al., 2008; Obesity Canada Clinical Practice Guidelines Expert Panel, 2006; Garcia et al., 2010; SIGN, 2010; WHO, 2014b; RNAO, 2007a; Health Canada, 2012). Por lactancia materna se entiende la alimentación del bebé únicamente con leche materna, sin recurrir a otro tipo de alimentación, ni siquiera agua – aunque sí comprende la administración de medicamentos, vitaminas, etc. (WHO, 2014b, párr. 2).

En los estudios transversales, los bebés que fueron amamantados en forma exclusiva presentaron menores ganancias de peso y longitud, eran más propensos a tener una forma de cuerpo más ágil a los cinco años, y eran menos propensos a tener sobrepeso entre las edades de 9 y 14. (Hanicar, Mandic, & Pavic, 2009; Mayer-Davis, et al., 2007; Michels et al., 2007). También disponemos de evidencia que sugiere que la correcta intervención enfermera a la hora de promover la lactancia materna da como resultado una notable disminución estadística en la IMC a los dos años de edad (Wen et al., 2012).

Aunque disponemos de evidencia indicativa de los efectos protectores de la lactancia materna frente a la obesidad infantil, dichos efectos pueden disminuir con el paso del tiempo a medida que la lactancia materna deja de ser exclusiva. En otras palabras, cuanto más prolongada y exclusiva sea la lactancia materna, menos probabilidades tendrá el bebé de sufrir sobrepeso u obesidad cuando crezca y se desarrolle (Grummer-Strawn, Mei, & Centers for Disease Control and Prevention Pediatric Nutrition Surveillance System, 2004; Mayer-Davis et al., 2006; Weyermann, Rothenbacher, & Brenner, 2006).

Teniendo en cuenta los efectos positivos generales que tiene la lactancia materna sobre la salud del niño, el Panel de Expertos recomienda que las enfermeras animen a las madres a alimentar a sus bebés con lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida. Si una madre no puede dar el pecho, se recomienda que las enfermeras le ofrezcan asesoramiento y apoyo respecto para responder correctamente a las necesidades nutricionales del bebé (Health Canada, 2014). Es más, las enfermeras deben defender la creación de entornos favorables a la lactancia materna mediante el apoyo a los principios incluidos en la Baby Friendly Initiative (Health Canada, 2014). Para obtener información más detallada sobre las ventajas de la lactancia materna y sobre recomendaciones para promover la lactancia materna en exclusiva, se puede consultar la Guía de la RNAO sobre *Lactancia materna* (2007a). Se puede encontrar más información sobre cómo ayudar a las madres que no pueden ofrecer lactancia materna o que han optado por no hacerlo en el documento *Nutrition for Healthy Term Infants Recommendations from Birth to Six Months* [Recomendaciones de nutrición para neonatos sanos a término desde el parto hasta los 6 meses] (Health Canada, 2014a) (véase el [Anexo E](#)).

RECOMENDACIÓN 3.2:

Ofrecer formación y apoyo social para ayudar a los padres o cuidadores principales a promover hábitos de alimentación y ejercicio físico saludables entre los niños de hasta 2 años.

Nivel de Evidencia = Ib

Discusión de la evidencia:

Los primeros años de vida del niño son un momento crítico para el desarrollo de comportamientos saludables que perdurarán durante el resto de su vida (Campbell et al., 2013; Campbell & Hesketh, 2007; Hesketh & Campbell, 2010; Monasta et al., 2011; Wen et al., 2012). En casa, los padres o los cuidadores principales desempeñan un papel fundamental como modelo de conducta y ayudan a definir los comportamientos de sus hijos (Bond, Wyatt, Lloyd, & Taylor, 2011). La implicación de los padres es clave para el éxito y la eficacia de las intervenciones tempranas para prevenir la obesidad infantil (Bond et al., 2011; Hesketh & Campbell, 2010; Safron, Cislak, Gaspar, & Luszczynska, 2011). Los padres/cuidadores principales deben participar e involucrarse en las intervenciones de prevención de la obesidad, así como en actividades que mejoren la salud de su familia (Golley et al., 2011).

Cuando las intervenciones se realizan con éxito, influyen en los conocimientos, las capacidades y las competencias de los padres/cuidadores (Campbell et al., 2013; Hesketh & Campbell, 2010; Wen et al., 2012). Por lo tanto, la implantación de un plan de prevención de la obesidad infantil supone que las enfermeras deben formar y apoyar a los padres para promover la alimentación sana y la actividad física. También se les debe animar a aplicar unas prácticas de crianza positiva para reforzar los comportamientos saludables que sus hijos hayan aprendido en otros entornos (Hendrie et al., 2012).

La aplicación de un enfoque integral centrado en los conocimientos, las habilidades y el apoyo social de los padres/cuidadores respecto a la alimentación, el ejercicio físico y las conductas sedentarias, aumenta las probabilidades de que las intervenciones sean eficaces. En un ensayo controlado aleatorizado que examinó la eficacia de las visitas domiciliarias a madres y bebés, las enfermeras participantes desarrollaron una intervención domiciliar por fases que incluía “promoción de la lactancia materna, estimación del momento oportuno para introducir sólidos en la dieta, estimación del tiempo boca abajo y del tiempo de juego que pasa el bebé, alimentación en la familia y actividad física” (Wen et al., 2012, p. 2). Los resultados de la intervención fueron unos niveles notablemente menores de índice de masa corporal en los niños a la edad de dos años en comparación con los niños del grupo de control, a los que se les ofreció la atención enfermera comunitaria habitual. Otro ensayo controlado aleatorizado en el que se examinaba la eficacia de un enfoque integral sobre la obesidad infantil también se centró en los padres/cuidadores principales. El grupo de intervención asistió a seis sesiones de 2 horas de duración, impartidas por nutricionistas en las que recibieron información sobre “conocimientos y habilidades parentales, y apoyo social sobre el bebé y su alimentación, dieta, actividad física y tiempo de televisor” durante 15 meses (Campbell et al., 2013, p. 652). A su vez, el grupo de control recibió seis boletines en los que no se incluía ningún contenido sobre obesidad infantil (Campbell et al., 2013). Tanto el grupo de intervención como el de control recibieron la atención enfermera comunitaria habitual (Campbell et al., 2013). El estudio demostró que los bebés expuestos a la intervención consumían menos cantidad de dulces y veían la televisión menos minutos al día que los niños del grupo de control (Campbell et al., 2013).

Las enfermeras deben implicar a los padres, los cuidadores principales y las familias en la planificación para que las intervenciones con bebés y niños sean eficaces, para lo que deben enseñarles a reforzar los hábitos saludables mediante una correcta selección de los alimentos, unos horarios adecuados para las comidas y una suficiente actividad física. El tipo de educación familiar más adecuado dependerá del momento de maduración y desarrollo del niño. Por ejemplo, para los niños menores de un año, será preciso ofrecer información y apoyo social respecto a la lactancia, los modelos de conducta, las prácticas alimentarias del bebé y la actividad física de la familia (Bond et al., 2011; Campbell et al., 2013; Wen et al., 2012). En el caso de niños de 2 a 4 años, las familias deberán recibir formación sobre cómo reducir el tiempo ante una pantalla, garantizar unos niveles de actividad física adecuados según la edad, y promover una alimentación saludable (Burgi et al., 2012; Haines et al., 2013; Puder et al., 2011; Zask, Adams, Brooks, & Hughes, 2012).

Se pueden utilizar diversos métodos formativos para incorporar a las familias el valor de la alimentación y la nutrición saludable. Dichos métodos pueden enseñarse en diversos entornos, y se deben acompañar con diversas estrategias educativas centradas en múltiples conductas relacionadas con la obesidad. En concreto, las intervenciones de alta intensidad (aquellas en las que se utilizan varios métodos formativos, como sesiones de grupo, materiales impresos e información personalizada) son más eficaces que las de baja intensidad (intervenciones pasivas en las que solo se utiliza un método formativo, como los materiales impresos). Se ha demostrado que el uso de intervenciones con los padres/cuidadores tales como los talleres y grupos de debate interactivos, el apoyo entre padres/cuidadores, el asesoramiento individual personalizado y el material formativo complementario (como el envío de boletines), tiene un efecto positivo respecto al tiempo frente a una pantalla, la actividad física, la alimentación sana y los niveles de adiposidad en los niños (Burgi et al., 2012; Campbell et al., 2013; Haines et al., 2013; Puder et al., 2011; Zask et al., 2012).

El Panel de Expertos recomienda que las enfermeras utilicen guías de renombre basadas en la evidencia en su práctica profesional. Para obtener más información sobre recomendaciones en materia de lactancia materna, recomendamos consultar la Guía de la RNAO de *Lactancia materna* (2007a). Para consultas sobre hábitos de alimentación saludables y actividad física, consulte las guías de nutrición, las *Canadian Physical Activity Guidelines* [Guías canadienses sobre actividad física] (Canadian Society for Exercise Physiology, 2014a; Canadian Society for Exercise Physiology, 2014b) y las *Canadian Sedentary Behaviour Guidelines* [Guías canadienses sobre sedentarismo] (Canadian Society for Exercise Physiology, 2014c; Canadian Society for Exercise Physiology, 2014d) en los **Anexos E, F y G**, respectivamente. Para obtener información más específica sobre formación y apoyo a las familias, puede consultar la Guía de la RNAO *Facilitating Client Centred Learning* (2012c).

RECOMENDACIÓN 3.3:

Colaborar con los padres/cuidadores principales, educadores, y personal de apoyo (p. ej. profesores, cuidadores, autoridades escolares) para promover la dieta sana y la actividad física en todos aquellos entornos donde se reúnan niños.

Nivel de Evidencia = Ib

Discusión de la evidencia:

La evidencia sugiere que las intervenciones centradas en las principales conductas de prevención de la obesidad (como tiempo ante una pantalla y alimentación sana en niños de hasta 4 años) en entornos preescolares estructurados resultan eficaces para fomentar un peso saludable y prevenir la obesidad infantil (Haines et al., 2013; Puder et al., 2011; Zask et al., 2012). Por lo tanto, el Panel de Expertos recomienda que las enfermeras, en colaboración con los padres/cuidadores principales, los educadores y el personal de apoyo (profesores, cuidadores, autoridades escolares...) promuevan, desarrollen y apliquen intervenciones en ámbitos de alta afluencia de niños en edad preescolar. Aunque la evidencia se ha extraído de estudios realizados en entornos estructurados no domiciliarios (jardines de infancia, colegios públicos, guarderías), recomendamos aplicarlas también en el hogar (Haines et al., 2013).

Las técnicas de intervención empleadas en los estudios variaron en cuanto al contenido y los métodos de aplicación, por lo que es difícil extraer conclusiones generales sobre cuáles son las estrategias de intervención más útiles. Varios ensayos controlados aleatorizados de intervenciones sobre la obesidad infantil en entornos preescolares se centraron en aumentar la cantidad de actividad física y de juego físico de los niños participantes, y ofrecieron aperitivos y comidas más nutritivos, fomentaron el consumo de agua frente a otras bebidas y modificaron el entorno dentro y alrededor de la clase para hacerlos más propicios para la actividad física (Bayer et al., 2009; Burgi et al., 2012; Zask et al., 2012). Dichas intervenciones aumentaron notablemente los hábitos alimentarios saludables y redujeron la obesidad infantil (Bayer et al., 2009; Burgi et al., 2012; Puder et al., 2011; Zask et al., 2012).

Es fundamental formar y apoyar a educadores y personal de apoyo para garantizar que se ponen en práctica las políticas de salud pública en los entornos de cuidado infantil. En los estudios, las intervenciones exitosas ofrecían formación y apoyo a profesores y cuidadores, preparándolos así para aplicar los programas de intervención (Bayer et al., 2009; Burgi et al., 2012; Puder et al., 2011; Zask et al., 2012). Por ejemplo, los cuidadores de los entornos preescolares mencionaban con frecuencia obstáculos tales como la dificultad de acceso a pautas de nutrición orientadas a los primeros años de la infancia o la falta de políticas sobre una alimentación saludable (Lloyd-Williams et al., 2011). La formación impartida por profesionales cualificados ofrece a profesores y cuidadores pautas para ofrecer un entorno adecuado que propicie una alimentación saludable (Belansky et al., 2010; Sigman-Grant et al., 2011). Las enfermeras y los nutricionistas pueden actuar como recurso en estos ámbitos para dar a conocer pautas sobre alimentación sana y actividad física. Para garantizar que se cumplen las normas y políticas en esta materia, también puede ser necesario enseñar a trabajadores y voluntarios unas pautas de alimentación y preparación de los alimentos que ayuden a prevenir la obesidad infantil (por ejemplo, dejar que los niños se sirvan solos la comida) (Lipnowski et al., 2009; Sigman-Grant et al., 2011).

Las enfermeras deben utilizar guías basadas en la evidencia en su práctica enfermera cuando trabajan con padres o cuidadores principales, educadores y cuidadores de apoyo para abordar temas como el sedentarismo, la actividad física y los hábitos alimentarios de los niños en edad preescolar. Para obtener más información sobre las necesidades de nutrición y de actividad física de estos niños, se pueden utilizar los recursos NutriSTEP® (Sudbury & District Health Unit, Janis Randall Simpson, Heather Keller, and the Nutrition Resource Centre, 2014) recogidos en el **Anexo D**; *the Pediatric Nutrition Guidelines for Primary Health Care Providers* [Guías de nutrición pediátrica para profesionales sanitarios de atención primaria] (Ontario Society of Nutrition Professionals in Public Health – Family Health Nutrition Advisory Group, 2011; revision is anticipated in 2014) en el **Anexo E**; *age-appropriate Canadian Physical Activity Guidelines* (Canadian Society for Exercise and Physiology, 2014a; Canadian Society for Exercise Physiology, 2014b) y las *Canadian Sedentary Behaviour Guidelines* (Canadian Society for Exercise Physiology, 2014c; Canadian Society for Exercise Physiology, 2014d) en los **Anexos F y G**, respectivamente.

RECOMENDACIÓN 3.4:

Colaborar con las comunidades escolares para fomentar la actividad física regular entre los niños de primaria.

Nivel de Evidencia = IIb

Discusión de la evidencia:

Una mayor actividad física junto con un menor sedentarismo y menor tiempo ante una pantalla reducen el riesgo de obesidad en los niños. Las enfermeras, junto con las autoridades escolares, tienen la oportunidad de ayudar a desarrollar un entorno más sano en la educación primaria mediante: a) el apoyo y la formación del personal escolar para incorporar estrategias a favor de la alimentación saludable y la actividad física en el programa de estudios, dentro del contexto de un enfoque escolar integral más amplio (p. ej. intervenciones de salud mental, crecimiento y desarrollo); y b) la implicación de padres y cuidadores principales para que apoyen estas iniciativas (García et al., 2010). Las enfermeras y los demás profesionales sanitarios pueden valerse del conocimiento de herramientas como Physical Education Curriculum Analysis Tool (PECAT) [Instrumento de análisis de la educación física en el programa escolar] (Centers for Disease Control and Prevention, 2007) and the Health Education Curriculum Analysis Tool (HECAT) [Instrumento de análisis de la educación física en el programa escolar] (Centers for Disease Control and Prevention, 2012b) para el análisis y la aplicación de medidas en pro de una alimentación saludable y de la práctica de actividad física en los programas escolares (véase [Anexo H](#)).

Tres revisiones sistemáticas de ensayos controlados aleatorizados, ensayos controlados o estudios cuasiexperimentales demostraron que las intervenciones que promueven la inclusión de actividades físicas de moderadas a intensas en el programa escolar resultan eficaces en la prevención de la obesidad infantil (Dobbins, Husson, DeCorby, & LaRocca, 2013; Safran et al., 2011; Waters et al., 2011). En la literatura hemos encontrado numerosos ejemplos de intervenciones sobre el currículo escolar que mejoraron notablemente resultados como el IMC, entre otros:

1. Sesiones de 40 minutos tres veces por semana, en las que en los primeros 20 minutos se ofrecía información a los alumnos sobre alimentación saludable o deporte, y el resto de tiempo se empleaba en realizar alguna actividad física (Fitzgibbon et al., 2005).
2. Sesiones dirigidas por un profesor, con 5 minutos de calentamiento, 10 minutos de actividad aeróbica intensa con diversos enfoques (como el ejercicio “excursión al zoo” en el que los niños fingen ser distintos animales), y 5 minutos de relajación (Fitzgibbon et al., 2005).
3. Uso de técnicas de modificación conductual para enseñar a los alumnos principios de autocontrol, características ambientales que promueven el sedentarismo, prácticas inteligentes de consumo televisivo y estrategias de toma de decisiones (Salmon, Ball, Hume, Booth, & Crawford, 2008).
4. Otras estrategias como: juegos de 20 minutos de carrera en el patio de recreo; mejora de la condición física; mayor actividad física de moderada a intensa después de las clases; exclusión de juguetes que promuevan el sedentarismo, como consolas portátiles; creación de actividades mensuales que impliquen ejercicio físico; juegos activos durante los descansos (Aryana, Li, & Bommer, 2012; Marcus et al., 2009; Plachta-Danielzik, Landsberg, Lange, Seiberl, & Muller, 2011).

Cabe destacar que muchas de las intervenciones exitosas en el ámbito escolar contaron con el apoyo de las familias en casa. Por ejemplo, una de las intervenciones incluía la participación en el hogar para promover la actividad física que permitiera a los niños ver una hora de televisión si realizaban un tiempo equivalente de ejercicio físico, medido mediante un acelerómetro (Roemmich, Gurgoli, & Epstein, 2004). Otras intervenciones incluían iniciativas como el envío de boletines a los padres o cuidadores principales, la celebración de reuniones y talleres, y la modificación del entorno en el hogar para reducir el consumo excesivo de calorías, aumentar la actividad física y reducir los comportamientos sedentarios (Story et al., 2012; van et al., 2012).

RECOMENDACIÓN 3.5:

Facilitar y promover la integración de educación sobre salud y nutrición en los programas de educación primaria, y trabajar por crear un mejor entorno de alimentación en el colegio.

Nivel de Evidencia = IIa-III

Discusión de la evidencia:

El Panel de Expertos recomienda que las enfermeras colaboren con la comunidad escolar para integrar en los programas escolares información integral sobre nutrición y alimentación y para ayudar a los colegios a mejorar el entorno alimentario. Las enfermeras se encuentran en una posición privilegiada para ayudar a incorporar información precisa y basada en la evidencia a la educación impartida en los colegios, actuando como fuente de información para el personal escolar; para ello, deben estar familiarizadas con herramientas como NutriSTEP® (Sudbury & District Health Unit, Janis Randall Simpson, Heather Keller, and the Nutrition Resource Centre, 2014), Nutrition Tools for Schools® (Ontario Society of Nutrition Professionals in Public Health, 2012), la herramienta Health Education Curriculum Analysis Tool (HECAT) (Centers for Disease Control and Prevention, 2012) o recursos para educadores y políticas como la regulación del Ontario Ministry of Education's School Food and Beverage Policy (PPM 150) [Política sobre alimentos y bebidas en el entorno escolar del Ministerio de Educación de Ontario] (Ontario Ministry of Education Ontario, 2010). Para obtener información sobre cómo acceder a estos recursos, véanse los **Anexos D y H**.

Currículos escolares (Nivel de Evidencia = IIa)

Los ensayos controlados y la investigación cuasiexperimental han demostrado que los currículos escolares en los que se presta atención a una alimentación saludable y a la imagen corporal son eficaces para prevenir la obesidad infantil (Fitzgibbon et al., 2005; Plachta-Danielzik et al., 2011; Waters et al., 2011). Un estudio demostró que las clases en las que se trataba de cultivar “la capacidad conductual, las expectativas y el sentimiento de autoeficacia” para conseguir una alimentación sana y una selección de alimentos saludable reducían eficazmente el IMC entre los alumnos de primaria participantes (Mihás et al., 2010). Los mensajes ofrecidos en estas sesiones se reforzaron con demostraciones en clase y con el uso de cuadernos de múltiples componentes que trataban temas como alimentación saludable, higiene dental y actitud respecto al consumo de alimentos (Mihás et al., 2010). Animamos a las enfermeras a remitirse al **Anexo E** para consultar el documento *Eating Well With Canada's Food Guide* [Comer bien con la Guía de alimentos de Canadá] (Health Canada, 2011b) y el recurso relacionado *Eating Well With Canada's Food Guide: A Resource for Educators and Communicators* [Comer bien con la Guía de alimentos de Canadá] (véase el **Anexo H**) para obtener más información sobre las necesidades nutricionales de los niños de cuatro a 13 años (Health Canada, 2011a).

Entorno alimentario en el colegio (Nivel de evidencia = III)

Se recomienda a las enfermeras que apoyen los cambios que mejoren los entornos alimentarios escolares como medida de prevención primaria de la obesidad infantil, en línea con la recomendación de la Canadian Medical Association's [Asociación Médica canadiense] (Obesity Canada Clinical Practice Guidelines Expert Panel, 2006) de que el consumo de aperitivos con alto contenido en calorías, azúcar y grasas se reduzca durante la infancia. Hemos encontrado ensayos controlados aleatorizados con numerosos enfoques de intervención en el entorno alimentario que obtuvieron resultados positivos (como reducción del IMC), como:

1. Elaborar los menús de forma que los propios niños se sirvan verdura antes del plato principal (Marcus et al., 2009).
2. Sustituir el pan blanco por pan integral, ofrecer productos lácteos bajos en grasa y eliminar los refrescos y los postres

de los menús en la comida. Dichos cambios se extendieron también a actividades escolares como celebraciones de cumpleaños, excursiones escolares y días deportivos (Marcus et al., 2009).

3. Animar a las familias a traer comida saludable a los eventos del colegio (Greening, Harrell, Low, & Fielder, 2011).

Por ejemplo, un estudio transversal realizado en la provincia de Columbia Británica (British Columbia, BC en sus siglas en inglés) concluyó que el acceso a la fruta era mayor en aquellos colegios de educación primaria que formaban parte del programa nutricional *BC School Fruit and Vegetable Nutritional Program and the BC Milk program* [programa nutricional de frutas y verduras en el colegio y el programa lácteo de esta provincia] (Masse & Niet, 2013). Es más, una revisión realizada por un investigador del programa de nutrición escolar de *Toronto's School Nutrition Program* [programa de nutrición escolar de Toronto] reveló que los programas de menús escolares se ofrecen como un medio de promover una dieta saludable, evitar el hambre y desarrollar hábitos alimentarios saludables (Nagy, 2011). Sin embargo, el éxito de estos programas depende de la capacidad nutricional del colegio, así como de sus recursos y capacidad para minimizar el estigma asociado a la participación en programas de menú escolar (Masse & Niet, 2013; Nagy, 2011).

Aunque es importante cambiar el entorno alimentario escolar para prevenir la obesidad infantil, las políticas escolares más eficaces en este ámbito se centran tanto en una alimentación sana como en la promoción de la actividad física. Para obtener más información sobre las políticas escolares de bienestar, se pueden consultar las recomendaciones sobre el sistema, la organización y la elaboración de políticas y directrices en esta Guía.

4.0 EVALUACIÓN

RECOMENDACIÓN 4.1:

Monitorizar y evaluar la efectividad del enfoque de alimentación saludable y actividad física en el entorno familiar.

Nivel de Evidencia = IV

Discusión de la evidencia:

El seguimiento continuado de cómo la familia se ocupa de mantener una alimentación sana y desarrollar actividad física es fundamental para determinar si los esfuerzos de la intervención tienen un efecto positivo en ambos comportamientos, así como para decidir sobre la necesidad y oportunidad de una nueva intervención. Para que un seguimiento sea eficaz, debe incorporar medidas objetivas de salud como los percentiles de crecimiento (cuando corresponda por edad). También son importantes las medidas subjetivas como la actividad física, la dieta sana o los factores socioeconómicos y familiares, que se deben evaluar para detectar a qué factores de riesgo de obesidad están expuestos los niños. El Panel de Expertos recomienda que las enfermeras utilicen pautas establecidas para evaluar la nutrición, la actividad física, el sedentarismo y el crecimiento de los niños (véase Recomendación 1.1).

Se puede evaluar el progreso familiar hacia una dieta más saludable y una mayor actividad física en las visitas médicas o domiciliarias y mediante entrevistas telefónicas (Birken et al., 2012; O'Dea et al., 2012; Robinson et al., 2010). que pueden no coincidir con la valoración de los hitos del desarrollo del menor (Wen et al., 2012). Las investigaciones han demostrado que se puede obtener eficazmente información mediante entrevistas con los padres o cuidadores principales o a través del testimonio de los propios niños, si son lo bastante mayores (Child & Adolescent Behavior Letter, 2005; Fitzgibbon et al., 2005; O'Dea et al., 2010; Salmon et al., 2008). Las nuevas evaluaciones deberán realizarse con herramientas adecuadas a la edad del menor; en ellas, las enfermeras deben documentar el progreso para: a) dejar constancia para las siguientes entrevistas con la familia; y b) dar continuidad a la atención de los distintos profesionales implicados.

RECOMENDACIÓN 4.2:

Evaluar la eficacia y sostenibilidad de las iniciativas de prevención primaria en el colegio y en la comunidad.

Nivel de Evidencia = IV

Discusión de la evidencia:

Es fundamental evaluar la eficacia y sostenibilidad de las iniciativas de prevención de la obesidad infantil y comunicar los resultados de las mismas para lograr una planificación responsable de los programas de salud públicos. De hecho, la OMS recomienda que el 10% del total de los recursos económicos de las iniciativas de promoción de la salud se destine a la evaluación (WHO European Working Group on Health Promotion Evaluation, 1998). Una evaluación eficaz revela las deficiencias del programa, como la insuficiente intensidad de la intervención o los obstáculos a la aplicación efectiva (Dodson, Eyley, Chalifour, & Wintrode, 2012). Además, la evaluación puede resaltar aquellas intervenciones que son más efectivas en grupos de población específicos. Por ejemplo, un metaanálisis de ensayos aleatorizados y no aleatorizados en el que se examinaba la prevención escolar de la obesidad, realizado por Cook-Cottone, Casey, Feeley, & Baran (2009) halló que la edad y el estatus socioeconómico de los niños constituían factores que moderaban la efectividad de los programas. Más concretamente, los programas de prevención aplicados a alumnos de educación primaria ofrecieron unos resultados de IMC notablemente mejores que los aplicados a alumnos de secundaria (Cook-Cottone et al., 2009; Lavie, Church, Milani, & Earnest, 2011). Otro estudio halló que los programas escolares de promoción de la salud evaluados demostraban tener un efecto favorable y sostenido en los resultados de IMC, pero solo en alumnos de alto nivel socioeconómico (Plachta-Danielzik et al., 2011). En cada uno de estos casos, la evaluación de la efectividad de la intervención permitió a los investigadores explicar mejor los resultados del programa.

Dada la complejidad que entraña evaluar un programa, y para que dicha evaluación sea realizada con la pericia suficiente, las enfermeras deben colaborar con profesionales de otros sectores como la educación, el ocio y los ámbitos sanitarios relacionados. La implicación de otros profesionales sanitarios y partes interesadas en el proceso de evaluación puede contribuir a su fidelización (Millar et al., 2013). También puede movilizar a las partes interesadas para que mejoren los resultados e introduzcan las modificaciones oportunas en la aplicación del programa (Coleman et al., 2012; Krishnaswami et al., 2012). La evaluación de iniciativas escolares y comunitarias debe ir en la misma línea que los objetivos iniciales de evaluación, planificación e implantación del programa, y tener en cuenta tanto los procesos como los resultados para medir dichos objetivos.

Las medidas de proceso se emplean para evaluar la atención ofrecida a los pacientes, así como las respuestas de estos a los cuidados que reciben (Donabeidian, 1988). La evaluación del proceso muestra qué iniciativas están funcionando, para quién y a qué coste (Waters et al., 2011). En el contexto de la evaluación de la efectividad y sostenibilidad de las iniciativas de prevención primaria de ámbito escolar, las medidas de proceso pueden centrarse en determinar hasta qué punto la promoción de la salud está integrada en el currículo escolar. Por ejemplo, en un ensayo controlado aleatorizado, los investigadores emplearon un cuestionario de evaluación para valorar cómo aplicaban los profesores el programa *Ulm Research on Metabolism, Exercise, and Lifestyle Intervention in Children (URMEL-ICE)* [Investigación de Ulm sobre metabolismo, ejercicio y forma de vida en los niños] (Brandstetter et al., 2012). En una evaluación de la implantación de un programa escolar de prevención de la obesidad, las medidas de proceso fueron “asistencia, compromiso, adherencia a la intervención y satisfacción con el programa” (Lubans et al., 2012, p. 823).

Las medidas de resultado evalúan los efectos generales de la atención ofrecida a pacientes, organizaciones o sistemas sanitarios (Donabedian, 1988), y ayudan a los profesionales sanitarios y a las partes interesadas a determinar la efectividad y sostenibilidad general de los programas. Las medidas de resultado deben definirse al inicio del programa y medirse a largo plazo. En la literatura, los datos de evaluación poblacional incluyen resultados en los alumnos tales como “salud, nutrición, actividad física, factores relacionados con el estilo de vida y medidas de peso y talla en alumnos de 5º curso, así como datos sobre el ambiente en casa y en el colegio entre los padres o cuidadores principales y las autoridades escolares” (Fung et al., 2012, p. 3). Se ha recomendado utilizar herramientas como el marco *Reach, Effectiveness, Adoption, Implementation and Maintenance* (RE-AIM) [Alcance, efectividad, adopción, implantación y mantenimiento] (Virginia Polytechnic Institute and State University, 2014). “Alcance” se refiere a la población objetivo a la que se dirige la intervención; “efectividad” alude a la eficacia de la intervención (p. ej. resultados negativos, calidad de vida); “adopción” se refiere al número de personas implicadas en la implantación del programa (personal, ámbito, instituciones); la “implantación” mide la fidelidad de una intervención (aplicación, tiempo); y “mantenimiento” hace referencia al impacto y la incorporación de un programa a lo largo del tiempo (Virginia Polytechnic Institute and State University, 2014). Se puede consultar en el [Anexo I](#) el enlace al marco RE-AIM. La página Web The Public Health Ontario website también constituye un valioso recurso en esta materia (véase el [Anexo I](#)).

RECOMENDACIÓN 4.3:

Promover y apoyar el correcto cumplimiento de las políticas de salud pública en las instituciones, y la influencia que dichas políticas tienen en el comportamiento de los niños respecto a la alimentación y el ejercicio físico.

Nivel de Evidencia = III

Discusión de la evidencia:

El seguimiento y la documentación de los resultados de aplicación en instituciones como colegios, guarderías y centros de salud con políticas de salud pública es un paso importante para poder medir la eficacia de estas políticas en los resultados de salud (Sanchez-Vaznaugh et al., 2012). Dentro del contexto de las políticas de salud pública, el término “institución” se refiere al lugar en el que se aplican las iniciativas de prevención primaria (p. ej. colegios) y se supervisa el cumplimiento de las políticas de salud pública (p. ej. gobierno, distritos escolares); también alude a las organizaciones encargadas de planificar los programas y su aplicación (p. ej. centros de salud pública). Sin embargo, este tipo de evaluaciones son muy complejas y requieren gran cantidad de datos de todo tipo para comprender plenamente el impacto de las políticas de salud pública en los resultados de salud (Carter & Swinburn, 2004; Sanchez-Vaznaugh et al., 2012). Diversos estudios indican que no se suele evaluar el cumplimiento de las políticas de salud pública, en parte por barreras como a) la dificultad de crear medidas de evaluación; b) los problemas para recopilar datos; y c) el coste derivado del seguimiento y la documentación de dicho cumplimiento (Belansky et al., 2009; Probart et al., 2010; Sanchez-Vaznaugh et al., 2012). A pesar de estas barreras, se debe evaluar siempre que sea posible el cumplimiento de dichas políticas en las instituciones por su gran potencial para influir en el entorno de los niños y, por consiguiente, en su capacidad de satisfacer sus necesidades nutricionales y de actividad física.

Por ejemplo, un estudio transversal (Sanchez-Vaznaugh et al., 2012) que investigó si el cumplimiento a nivel de colegio-distrito de las políticas de educación física se asociaba a una mejor forma física en los alumnos de 5º curso de los colegios de California reveló que los alumnos de aquellos distritos que actuaban de conformidad con las políticas tenían más probabilidades de alcanzar o superar los estándares de forma física que los alumnos de distritos no conformes con dichas políticas. Los autores concluyeron que el éxito de estas normativas de actividad física en los colegios depende probablemente del cumplimiento (Sanchez-Vaznaugh et al., 2012).

La literatura recoge la evaluación de la implantación y el cumplimiento de las políticas de salud pública, pero no ha sido hasta hace poco que se han desarrollado herramientas de evaluación. Se ha evaluado el cumplimiento de las políticas de salud pública en los entornos escolares mediante la valoración de los alumnos y del entorno escolar, con apoyo de informes obligatorios y de recursos humanos a ello dedicados, como los comités de bienestar (Probart et al., 2010). En su defecto, los instrumentos de valoración de riesgos (p. ej., el modelo de análisis de riesgos de la relación entre el consumo de bebidas de las máquinas expendedoras del colegio y el riesgo de sobrepeso en la adolescencia) ofrecen valiosa información sobre prevención de riesgos (Forsheet et al., 2005, p.1122). Se ha propuesto el uso del marco *The Analysis Grid for Environments Linked to Obesity* (ANGELO) [modelo de análisis de entornos vinculados a la obesidad] como posible instrumento de medida (Carter & Swinburn, 2004). Dicho marco puede emplearse para medir factores ambientales que influyen en el peso; sin embargo, solamente ofrece una medida aproximada del cumplimiento de las políticas, ya que solo indica si se aplican o no (Carter & Swinburn, 2004).

Debido a las limitaciones de las actuales herramientas de evaluación de la aplicación de las medidas de salud pública y de su cumplimiento, se ha recomendado que las medidas de salud infantil y los instrumentos de evaluación se desarrollen en colaboración con colegios, organizaciones sin ánimo de lucro, centros de atención infantil y centros de salud públicos. Es más, las instituciones deben incorporar este tipo de medidas a sus procesos de evaluación y planificación de programas (p. ej., procesos de presentación de resultados). Véase el **Anexo J** para consultar una lista de las herramientas de evaluación citadas (esto es, el marco ANGELO como instrumento de valoración del riesgo).

Elaborar con regularidad informes sobre el número de colegios que aplican las políticas de salud pública dentro de programas integrales escolares (y que incluyan entre sus objetivos la prevención de la obesidad infantil) es una forma viable e informativa para a) evaluar la comprensión y la difusión de las iniciativas escolares de prevención; b) determinar la capacidad general y la preparación de los colegios para aplicar programas de prevención primaria; y c) identificar los obstáculos y los mediadores para mejorar la comprensión y la difusión de la iniciativa en un determinado distrito escolar, de cara a complementar la información de base de futuros programas. El Panel de Expertos por lo tanto recomienda que las enfermeras informen con regularidad sobre el número de colegios que aplican iniciativas escolares integrales de salud y políticas de salud pública relacionadas.



Recomendaciones para la formación

5.0 FORMACIÓN

RECOMENDACIÓN 5.1:

Incorporar un programa curricular básico de prevención primaria basado en la presente Guía en la formación superior de enfermeras y demás profesionales sanitarios.

Nivel de Evidencia = IV

Discusión de la evidencia:

Los conocimientos profesionales de enfermeras y demás profesionales sanitarios sobre los determinantes sociales de la salud, la prevención primaria, la nutrición y la alimentación saludable, la actividad física y el crecimiento y el desarrollo son fundamentales para valorar, planificar, implantar y evaluar las iniciativas de prevención primaria. El Panel de Expertos estima que estas áreas requieren más atención en los programas de educación universitaria, para reforzar el conocimiento y las competencias en materia de prevención de la obesidad infantil entre todos los profesionales de la salud.

Determinantes sociales de la salud

El Panel de Expertos recomienda enseñar a los alumnos cuáles son los determinantes sociales de la salud y cuál es su influencia en las intervenciones de prevención primaria. Como se muestra en la Figura 1, los determinantes sociales de la salud son, entre otros, el nivel de renta y el estatus social, la red de apoyo social, la formación, las condiciones laborales, los entornos físicos, la biología y la genética, la salud personal y las prácticas personales, las capacidades para afrontar dificultades, el desarrollo saludable del niño y los servicios de salud. El modelo Population Health Promotion Model [Modelo de promoción de la salud en la población] descrito en el “Marco de Referencia” de la presente Guía es un marco de trabajo que puede usarse en la formación universitaria para mostrar cuáles son los determinantes sociales de la salud (Hamilton & Bhatti, 1996). Otro marco es el Marco de la OMS sobre los determinantes sociales de la salud y de las desigualdades en la salud (WHO Framework on the Social Determinants of Health and Health Inequities). Para obtener más información, se puede consultar el documento de la Organización Mundial de la Salud “Closing the Gap in a Generation: Health Equity Through Action on the Social Determinants of Health” (versión en español: “Subsanar las desigualdades en una generación”) y la página web de la RNAO sobre los Determinantes sociales de la salud (en el [Anexo K](#)).

Prevención primaria

Se recomienda que los programas curriculares universitarios incorporen los principios de prevención primaria. Aunque es importante entender las raíces de los problemas de salud pública mediante el conocimiento de los determinantes sociales de la salud, las enfermeras y los demás profesionales sanitarios deben adquirir también los conocimientos y las capacidades necesarios para abordar dichos problemas. Para que la prevención primaria sea eficaz, es imprescindible contar con conocimientos y competencias sobre evaluación comunitaria, implicación de las partes interesadas y desarrollo, adaptación e incorporación de medidas eficaces centradas en el paciente. También se debe informar a los estudiantes universitarios del papel que tendrán que desempeñar para defender la aplicación de las políticas de salud en todos los niveles asistenciales. Por ejemplo, las enfermeras y los demás profesionales sanitarios pueden influir en las políticas de salud pública para defender entornos y dietas saludables, e impulsar cambios que eviten desigualdades en la salud en poblaciones marginadas.

Alimentación saludable, nutrición y actividad física

Los hábitos adquiridos durante la infancia influyen en el riesgo de obesidad infantil y en otros problemas de salud en la vida posterior de los niños (Lloyd-Williams et al., 2011). Para que los profesionales sanitarios estén mejor preparados para ayudar a desarrollar hábitos saludables en la infancia, deben recibir formación en la universidad sobre alimentación saludable en función de la edad, sobre nutrición y sobre el nivel óptimo de actividad física dentro del contexto de la prevención primaria. La investigación sugiere que, por falta de formación adecuada en dichas áreas, las enfermeras raramente se ocupan de evaluar el IMC según la edad para medir el peso de los menores y carecen de la competencia necesaria para recomendar las intervenciones necesarias para fomentar un estilo de vida saludable (Nauta, Byrne, & Wesley, 2009).

Crecimiento y desarrollo

La formación universitaria debe incluir también contenidos sobre la correcta interpretación y el uso de los percentiles de talla y peso (según la edad), así como de otras medidas antropométricas para evaluar el crecimiento y el desarrollo del niño. En prevención primaria, las medidas de peso deben a) usarse solo a modo de guía; b) medirse a lo largo del tiempo; y c) formar parte de la formación para realizar una valoración integral de la dieta, la actividad física, el modelo de crianza y los factores socioculturales o socioeconómicos. Lo que es más importante, se debe informar a los estudiantes de las consecuencias psicológicas no intencionadas que pueden aparecer como consecuencia de una atención exclusiva al peso como única medida de obesidad infantil (por ejemplo, problemas psicológicos como depresión o ansiedad, o una baja autoestima y una mala imagen corporal (Healthy Active Living and Sports Medicine Committee, 2012). En general, el manejo y el control del peso no deben ser los temas dominantes de un programa curricular sanitario de prevención primaria de la obesidad infantil.

Cuando se mide el peso como parte de una valoración integral, los estudiantes deben aprender a determinar correctamente el IMC según la edad en las tablas de percentiles y a interpretar los resultados según el crecimiento y desarrollo esperados para el menor. Numerosos estudios han demostrado que las enfermeras, los dentistas y los médicos no empleaban un IMC específico por edad para calcular la obesidad infantil o no eran capaces de identificar los componentes necesarios para calcular el IMC (Braithwaite et al., 2008; Nauta et al., 2009; Rausch, Rothbaum, & Hametz, 2011; Sesselberg, Klein O'Connor, & Johnson, 2010). Para consultar más información sobre el uso apropiado de las tablas de crecimiento de la OMS se puede consultar el [Anexo D](#).

RECOMENDACIÓN 5.2:

Los profesionales sanitarios deben participar en iniciativas de formación continua para mejorar su capacidad de impulsar los cambios positivos en el entorno y la conducta de niños, familias y comunidades que se recomiendan en esta guía.

Nivel de Evidencia = IV

Discusión de la evidencia:

Los profesionales sanitarios deben actualizar e integrar continuamente sus conocimientos y habilidades en la prevención primaria para mantenerse al día de los métodos más eficaces de fomentar un peso saludable en los niños. El Panel de Expertos recomienda impartir formación en las siguientes áreas clave: valoración y adaptación de las iniciativas de prevención primaria, trabajo con adultos de influencia^G, e incidencia sobre las políticas. Para afianzar la formación en dichas áreas se pueden utilizar guías y herramientas basadas en la evidencia.

Áreas clave de formación

Valoración

Dentro del ámbito comunitario, el Panel de Expertos recomienda que los profesionales sanitarios reciban formación para saber realizar una valoración de la situación. Este tipo de valoraciones permiten a los profesionales sanitarios identificar: a) el riesgo y los factores protectores dentro de una comunidad en materia de alimentación y actividad física respecto a los determinantes sociales de la salud; y b) las barreras y los mediadores potenciales para la implantación de iniciativas de prevención primaria.

Así, estarán preparados para acercarse al tema de la obesidad infantil con sensibilidad y pleno conocimiento de cómo favorecer unos hábitos saludables y un entorno sano en su trabajo con niños, padres o cuidadores principales y familias. La intervención HENRY (Health Exercise Nutrition for the Really Young) es un ejemplo de programa de formación que muestra a los profesionales sanitarios y demás actores como padres/cuidadores principales o personal educativo, cómo crear un ambiente óptimo para bebés y niños de hasta 4 años para prevenir la obesidad infantil (Rudolf, Hunt, George, Hajibagheri, & Blair, 2010). Más concretamente, el programa invita a los profesionales sanitarios a reflexionar sobre su relación con los padres o los cuidadores principales, y les muestra cómo evaluar los riesgos familiares de obesidad y cómo ofrecer asesoramiento según los objetivos 5-2-1-0 del marco Let's Go! (Rudolf et al., 2010).

Adaptación de las iniciativas de prevención primaria

El Panel de Expertos recomienda que los profesionales sanitarios reciban formación sobre cómo adaptar las iniciativas de prevención primaria a las necesidades de comunidades concretas. Por ejemplo, deben aprender a desarrollar los puntos fuertes de la comunidad y a aprovechar los recursos humanos disponibles. Entre otras, la adaptación de las intervenciones ofrece la ventaja de que los profesionales sanitarios pueden tener en cuenta las preferencias culturales y las características del entorno físico más próximo (aceras transitables, vivienda y seguridad) que pueden aumentar el riesgo de obesidad de los niños (Spivack, Swietlik, Alessandrini, & Faith, 2010). Para adaptar eficazmente las iniciativas, los profesionales sanitarios deben aprender a identificar e implicar a las partes interesadas de dicha comunidad. En un estudio, los profesionales sanitarios consiguieron una mejor comprensión de los recursos de la comunidad tras participar en un “espacio de aprendizaje colaborativo” en el que se asociaban a uno o varios miembros de la comunidad que podían influir en el fomento de un estilo de vida saludable entre los niños (Young et al., 2010). Dicha estrategia resultó eficaz para mejorar su capacidad como orientadores para prevenir y tratar la obesidad infantil (Young et al., 2010).

Trabajo con adultos de influencia

Los adultos de influencia son los padres, los cuidadores principales y el resto de adultos que pueden influir en los hábitos de alimentación y actividad física de los niños. En las primeras fases del crecimiento y el desarrollo, los padres, los cuidadores principales y el resto de adultos ejercen una gran influencia en la salud de los niños. Por tanto, es importante que los profesionales sanitarios reflexionen primero sobre sus propios valores personales respecto al peso, la alimentación, la actividad física y la obesidad infantil. Debemos conocer nuestros propios sesgos personales, ya que pueden influir en la atención ofrecida a niños, padres o cuidadores principales, colegios, guarderías y a la comunidad. Los adultos de influencia también deben aprender a colaborar con padres, cuidadores principales y otros adultos de influencia a la hora de planificar e implantar iniciativas de prevención primaria. En un estudio, gracias a un curso de aprendizaje electrónico (e-learning) los profesionales sanitarios aprendieron cómo tratar los problemas relativos a la obesidad y el estilo de vida con los padres y cuidadores principales de bebés y niños de hasta 4 años de forma sensible y eficaz (Rudolf et al., 2010).

Incidencia sobre las políticas

Las enfermeras, como estándar profesional, deben tratar de incidir en las políticas (CNO, 2002; Community Health Nurses of Canada, 2011) dicho esfuerzo es un importante componente de la práctica enfermera en la prevención primaria de la obesidad infantil. Los profesionales sanitarios que desarrollan su labor en el ámbito de la salud pública trabajan con personas de interés (p. ej., autoridades escolares y gestores de centros recreativos) que pueden ofrecer su apoyo a familias y comunidades para dar respuesta a sus necesidades en materia de dieta sana y actividad física. Así, los profesionales sanitarios deben ser capaces de actuar en defensa de los intereses de los niños cuando trabajan con otras partes interesadas. Eso supone también ganarse la implicación de la comunidad para incidir en las políticas elaboradas en los distintos niveles de gobierno. Se puede enseñar a incidir sobre las políticas de diversas formas. En un estudio en este ámbito, las sesiones formativas que más útiles resultaron a los profesionales sanitarios fueron aquellas en las que se trataba conjuntamente obesidad e incidencia en las políticas, se definía la incidencia en las políticas dentro del contexto de la práctica profesional sanitaria, se explicaba la incidencia sobre las políticas en los medios^G y se definía en qué consiste una incidencia sobre las relaciones eficaz^G (McPherson, Mirkin, Heatherley & Homer, 2012).

Estrategias de apoyo a la formación

El Panel de Expertos recomienda utilizar guías basadas en la evidencia como apoyo a las buenas prácticas de prevención primaria. Los estudios demuestran que los profesionales sanitarios que conocen mejor las guías de buenas prácticas en general aplican mejor las estrategias de prevención que los que están menos familiarizados con dichos materiales (Klein et al., 2010; Larsen, Mandelco, Williams, & Tiedeman, 2006). Por ejemplo, en un estudio era más probable que las enfermeras más familiarizadas con las guías sobre obesidad infantil: a) utilizaran los cambios del IMC para identificar el ritmo de aumento excesivo de peso en relación con el crecimiento lineal; b) animasen a padres y cuidadores a promover la actividad física con sus hijos; c) identificasen y llevasen un seguimiento de los niños en situación de riesgo; y d) controlasen más estrechamente a los niños con padres/cuidadores obesos o con sobrepeso que a los niños con padres/cuidadores con peso normal (Larsen et al., 2006).

Los profesionales sanitarios también deben ser capaces de analizar críticamente la literatura sobre salud pública que informe sobre buenas prácticas de prevención primaria de la obesidad infantil para mantenerse al día de las últimas estrategias y más eficaces. En un estudio, una sesión de formación que trataba sobre la valoración de la evidencia dio como resultado una probabilidad mayor de que las enfermeras escolares utilizaran información de investigación para fundamentar su práctica profesional en la prevención de la obesidad (Bernardo, Matthews, Kaufmann, & Yang, 2008).

El Panel de Expertos recomienda utilizar instrumentos de valoración y manejo para actuar según las mejores prácticas profesionales para prevenir la obesidad infantil. Los profesionales de la salud que recibieron formación sobre la obesidad infantil y posteriormente tuvieron acceso a herramientas de valoración y manejo del peso demostraron documentar mejor el IMC y haber mejorado sus capacidades de orientación al cabo de seis meses (Dunlop, Leroy, Trowbridge, & Kibbe, 2007). En la prevención primaria, el Panel de Expertos respalda el uso de herramientas que no se limiten solo a calcular el peso del menor en función de su crecimiento y desarrollo, ya que se puede obtener más información a través de herramientas que también evalúen la dieta y la actividad física del niño, la influencia de sus padres o cuidadores y de su entorno sociocultural o socioeconómico, el entorno escolar, la comunidad en la que vive y las políticas de salud pública.

Recomendaciones sobre el sistema, la organización y la elaboración de políticas y directrices

6.0 SISTEMA, ORGANIZACIÓN Y POLÍTICAS Y DIRECTRICES

RECOMENDACIÓN 6.1:

Colaborar con organizaciones para desarrollar, promover e implantar políticas de salud pública ejecutables e integrales, que influyan en la alimentación saludable y el ejercicio físico en los entornos infantiles.

Nivel de Evidencia = III

Discusión de la evidencia:

Las instituciones, incluidos los centros de salud pública, los colegios y todos los niveles de gobierno, pueden ayudar a las enfermeras a aplicar las mejores prácticas en enfermería mediante el desarrollo y la implantación de políticas de salud pública^c para favorecer la alimentación saludable y las necesidades de actividad física de los niños. Según la OMS, “una política de salud pública se caracteriza por una inquietud explícita por la salud y la equidad en todas las esferas políticas y por un sentido de responsabilidad ante los efectos para la salud que tengan esas políticas” (WHO, 1998).

Para que se ejecuten eficazmente los cambios en los entornos obesogénicos de los niños, las políticas de salud pública que desarrollan, aplican y promueven instituciones y gobiernos deben ser integrales y emplear un lenguaje fuerte. Al menos en un estudio reciente (Belansky et al., 2009) se descubrió que muchas políticas locales de bienestar no se ocupaban de forma integral de las necesidades de educación física (p. ej., no había ratios aceptables de profesor-alumnos, no contemplaban el equipo para practicar actividad física de forma correcta y segura). Las políticas también deben ofrecer “objetivos específicos y medibles con identificación de los planes de medida, las métricas y los resultados para poder recoger datos que reflejen el alcance integral de la política (Probart et al., 2010, p.452). En cuanto al lenguaje, las políticas que ofrecen pautas de dieta sana y actividad física incorporan un lenguaje muy marcado, como términos tales como “exigir” u “obligar.” En los casos en que no se empleaba este tipo de lenguaje, el impacto de las políticas locales de bienestar sobre las necesidades de los niños en cuanto a alimentación y actividad física fue mínimo (Belansky et al., 2009). Se obtuvieron resultados similares en un estudio realizado por Kubik et al. (2010), en el que los autores concluyeron que una política sobre comida rápida articulada con un lenguaje más fuerte se asociaba a un menor consumo de este tipo de alimentos en colegios de educación primaria y secundaria. Las investigaciones también sugieren que un lenguaje marcado en las políticas a nivel de sistema (provincial o nacional, por ejemplo) también puede calar hasta llegar a las políticas de bienestar del distrito escolar local (Taber, Chriqui, & Chaloupka, 2012a).

Un fuerte liderazgo por parte de legisladores, personal escolar, profesionales sanitarios y representantes legos para colaborar con instituciones y autoridades en el desarrollo, la promoción y la aplicación de políticas de salud pública ofrece numerosos resultados positivos, ya que de este modo se crea una conciencia política sobre los problemas relacionados con la obesidad infantil, se sensibiliza a la población general, se refuerzan las políticas de salud pública, se da prioridad a la salud y se estimulan los cambios en el desarrollo y la implantación de dichas políticas (Dodson et al., 2009; Kirk et al., 2012; Langille & Rodgers, 2010). Un fuerte liderazgo por parte de legisladores, personal escolar, profesionales sanitarios y representantes legos para colaborar con instituciones y autoridades en el desarrollo, la promoción y la aplicación de políticas de salud pública ofrece numerosos resultados positivos, ya que de este modo se crea una conciencia política sobre los problemas relacionados con la obesidad infantil, se sensibiliza a la población general, se refuerzan las políticas de salud pública, se da prioridad a la salud y se estimulan los cambios en el desarrollo y la implantación de dichas políticas la Ontario’s *Day Nurseries Act* (1990), de forma que los requisitos de alimentación y actividad física son obligatoriamente los mismos en toda la provincia y en entornos y lugares muy distintos.

RECOMENDACIÓN 6.2:

Colaborar con organizaciones para establecer o examinar críticamente y mejorar las políticas de salud pública centradas en la actividad física infantil y los entornos existentes para dicha actividad.

Nivel de Evidencia = IV

Discusión de la evidencia:

Actividad física

Las instituciones y los gobiernos deben apoyar la promoción, el desarrollo, y la implantación de políticas de actividad física en entornos de educación preescolar y primaria. La falta de actividad física es especialmente acusada entre los niños en edad preescolar, ya que o bien no existen políticas específicas en este sentido en algunos estados, territorios o provincias, o bien dichas políticas no ofrecen suficientes especificaciones a los profesionales a cargo de su cuidado (Benjamin et al., 2008; Vanderloo et al., 2012). En Canadá, la legislación relativa a la actividad física no es consistente. Únicamente 8 de 13 provincias o territorios cuentan con legislación que indique que la actividad física es una necesidad, y en ningún caso se especifica la frecuencia o la duración de la actividad física diaria (Vanderloo et al., 2012). La ley de Ontario's *Day Nurseries Act* (1990) es la única legislación provincial que concreta las necesidades de actividad física, pero solo con relación al tiempo de juego al aire libre (Vanderloo et al., 2012). Sin embargo, dado que el juego al aire libre no significa necesariamente que se trate de una actividad física, esta ley no responde a la necesidad de ofrecer estándares de actividad física para niños en edad preescolar (Vanderloo et al., 2012). Así, es importante que las organizaciones y los gobiernos aboguen por la creación de políticas de bienestar y que brinden apoyo a los cuidadores para interpretar y aplicar las pautas de nutrición y educación física en los entornos de educación preescolar. Por ejemplo, cuando el Ministerio de Educación de Ontario asumió por completo las competencias en materia de atención a la infancia en 2012, el gobierno propuso que el sistema de atención infantil se modernizara en colaboración con las correspondientes partes interesadas (Government of Ontario, 2013). Las instituciones, (p. ej. los centros de educación preescolar, los centros de salud pública) y los profesionales sanitarios cuentan con una situación privilegiada para influir en las políticas de salud pública que afecten a los niños en edad preescolar, (por ejemplo, pueden participar en foros a nivel provincial). Véase el **Anexo K** para obtener más información sobre la modernización del sistema de atención a la infancia en Ontario (Government of Ontario, 2013).

De igual modo, es fundamental que las instituciones y los gobiernos respalden la promoción, el desarrollo y la aplicación de políticas de actividad física en los entornos de educación primaria para optimizar la salud infantil. En dichos entornos, las iniciativas para promover la actividad física incluían medidas como la contratación de profesores con formación en educación física, la aplicación de políticas que incluyeran actividad física mediante juegos de equipo, la incorporación de la educación física a las aulas (y no solo en las clases de educación física), y la especificación de la cantidad de actividad física que debe desarrollar diariamente el alumno (Phillips et al., 2010).

Entorno construido

Este término hace referencia a “los edificios, parques, colegios, sistemas viarios y demás infraestructuras que encontramos en nuestra vida diaria” (PHAC, 2010b). En una zona determinada, el estatus socioeconómico de una comunidad en concreto influye en el entorno construido, que a su vez se asocia al riesgo de obesidad infantil (Merchant et al., 2007). Las características del entorno construido en una zona determinada influyen en el consumo de dieta saludable y en la práctica de actividad

física de niños y familias, por lo que se debe tener siempre en cuenta a la hora de desarrollar políticas de salud pública. Por ejemplo, un estudio canadiense halló que los niños que viven en barrios con mayor acceso a comercios, zonas recreativas, áreas de juegos y parques tienen menos probabilidades de ser obesos, mientras que los niños que viven en barrios con acceso limitado a áreas comerciales consumen menos frutas y verduras y más alimentos poco saludables (Veugelaers et al., 2008).

Aunque las familias de comunidades con un bajo nivel de renta tienen acceso a puntos de venta de alimentación, estos lugares no suelen tener productos saludables, la variedad de los mismos es limitada y cuestan más que en los barrios de mayor nivel de renta (Merchant et al., 2007). Además, en los barrios más humildes hay menos zonas recreativas para practicar ejercicio físico (Merchant et al., 2007). Finalmente, además de las diferencias de estatus socioeconómico entre los distintos barrios, el acceso a alimentos saludables y las oportunidades para desarrollar actividad física también son diferentes en los entornos rurales y en los urbanos (Veugelaers et al., 2008).

El Panel de Expertos recomienda fomentar el compromiso intersectorial entre municipio, gobierno y organizaciones sin ánimo de lucro para crear políticas e iniciativas de salud pública que mejoren el entorno de los niños (por ejemplo, mediante políticas de planificación del transporte urbano, la seguridad y los servicios recreativos) (August et al., 2008; Garcia et al., 2010). Los barrios se pueden diseñar de manera que sus habitantes hagan un uso activo de sus espacios (p. ej., jardines públicos, áreas de juegos seguras e instalaciones recreativas accesibles para las familias). Es más, estos entornos construidos deben ser accesibles en términos de coste y transporte a todos los niños, independientemente del nivel de renta de sus familias o de si sufren algún tipo de discapacidad. Para obtener más información sobre los entornos creados se puede consultar el [Anexo K](#).

RECOMENDACIÓN 6.3:

Colaborar con organizaciones para establecer o examinar críticamente y mejorar las políticas de salud pública centradas en los entornos alimentarios escolares y la publicidad orientada al público infantil de comidas y bebidas no saludables.

Nivel de Evidencia = IV

Discusión de la evidencia:

Dado que muchos niños pasan buena parte de su tiempo dentro del entorno escolar, los cambios que se impulsen en su alimentación y actividad física deben replicarse en su entorno escolar. Se ha demostrado que las políticas escolares que se aplican en los centros de educación primaria y secundaria se traducen en cambios positivos en el entorno alimentario escolar y en un menor consumo de refrescos y comida rápida por parte de los menores (Boles et al., 2011; Han-Markey, 2012; Kubik et al., 2010; Matthews et al., 2011; Seo & Lee, 2012). Es más, los colegios que aplican políticas nutricionales que modifican el entorno alimentario tienen mayores probabilidades de que sus alumnos cumplan con los estándares de nutrición (Matthews et al., 2011; Phillips et al., 2010). También se ha demostrado un efecto positivo en los alumnos de distritos escolares que participan en programas de nutrición provinciales o estatales o que alinean sus políticas en esta materia con las normativas provinciales o estatales (Masse & de Niet, 2013).

Los distritos escolares pueden colaborar con los centros de salud pública y con los profesionales sanitarios para implantar diversas políticas nutricionales que: a) restrinjan la disponibilidad de bebidas y alimentos con alto contenido en azúcares y en grasas; y b) ofrezcan opciones alimentarias más saludables:

1. Políticas alimentarias que prohíban o desincentiven la venta de comida rápida durante las actividades escolares, en comedores o en eventos patrocinados por los centros educativos, y que ofrezcan opciones más saludables como leche desnatada y otras alternativas con bajo contenido en grasas (Phillips et al., 2010).
2. Políticas escolares que obliguen a integrar formación nutricional en los programas curriculares de los colegios (Longley & Sneed, 2009).
3. Máquinas expendedoras que limiten la disponibilidad de comida rápida y ofrezcan opciones más saludables (Han-Markey, 2012; Kubik et al., 2010; Matthews et al., 2011). (En la literatura se ha indicado que las máquinas expendedoras son un factor frecuente de consumo de alimentos no nutritivos entre los alumnos).

Además, la mejora y la implantación conjunta de políticas nutricionales escolares y políticas de ejercicio físico favorecen la salud integral del niño. Cuando se implantan conjuntamente políticas de actividad física y de nutrición, se producen mejoras tanto en el entorno alimentario como en el orientado al ejercicio físico y se optimizan los hábitos de los alumnos en ambos sentidos (Phillips et al., 2010). Para obtener información adicional sobre las políticas de actividad física, véase la recomendación 6.2.

Teniendo en cuenta los beneficios generales que ofrece la aplicación de políticas nutricionales y de ejercicio físico en los colegios, el Panel de Expertos recomienda aplicar en estos entornos políticas escolares (locales, provinciales, estatales) sobre comida y bebida. Las enfermeras y el resto de profesionales sanitarios pueden abogar por mejoras en las políticas de nutrición mediante el compromiso de las partes interesadas de la comunidad a todos los niveles, incluidos los consejos escolares, las consejerías de educación, las organizaciones de atención sanitaria, las asociaciones de padres, los grupos juveniles, los centros de salud pública y las prácticas familiares. Aunque muchas de las políticas de nutrición estudiadas en la literatura se desarrollan en entornos escolares, el Panel de Expertos estima que también son necesarias políticas de salud pública en los centros de educación preescolar, para ofrecer entornos alimentarios más sanos a los niños de estas edades. También se deben tener en cuenta otros entornos en los que se reúnen y juegan los niños (como centros deportivos, parques, playas o centros lúdicos) y el entorno creado (diseño comunitario), ya que constituyen potenciales áreas de influencia para la promoción de políticas alimentarias integrales.

Las políticas de salud pública deben proteger a los niños menores de 12 años de la publicidad de alimentos y bebidas poco saludables. Las bebidas y los alimentos que la publicidad dirige a los niños suelen ser de escaso valor nutricional. Es más, la exposición de los menores a este tipo de productos en los medios de comunicación ha ido aumentando con el tiempo hasta la actualidad, a pesar de que muchas empresas se han comprometido voluntariamente a reducir este tipo de publicidad (Batada & Wootan, 2007; Harris, 2010). En Estados Unidos, por ejemplo, las empresas siguen usando en los envases personajes de dibujos animados populares entre los niños para publicitar alimentos poco saludables (Harris, 2010). Las grandes empresas utilizan medios orientados a los niños para promocionar alimentos con alto contenido en grasas, sal y azúcares, mientras que apenas promocionan cereales, frutas o verduras (Batada & Wootan, 2007).

Para los padres o los cuidadores principales y los profesionales del sector público sanitario puede ser difícil contrarrestar los efectos de dicha exposición mediática, así como poner en marcha iniciativas de salud pública en puntos de venta de alimentación de zonas socioeconómicamente deprimidas (Batada & Wootan, 2007; Hanratty, 2012). Así, muchos legisladores, padres o cuidadores principales y comunidades en general se muestran partidarios de regulaciones más restrictivas sobre la publicidad en televisión de alimentos y bebidas de escaso valor nutricional, así como de su patrocinio indirecto en actos públicos (Chung et al., 2012; Pettigrew, Pescud, Rosenberg, Ferguson, & Houghton, 2012). El Panel de Expertos está a favor de este tipo de prohibiciones reglamentarias, frente a la autorregulación de la industria publicitaria para la promoción entre los niños de alimentos y bebidas poco saludables. Un estudio canadiense en el que se comparaba la eficacia de la prohibición regulatoria y la autorregulación de la industria concluyó que, para que la autorregulación en Canadá fuera eficaz, sería preciso que se reforzase y desarrollase (Potvin, Dubois, & Wanless, 2011a). Esta conclusión se apoya en los resultados de otro estudio canadiense que abordaba el impacto de la CAI (Canadian Children's Food and Beverage Advertising Initiative), una iniciativa de autorregulación en la que solo se consiguió que unas pocas empresas se comprometiesen a prohibir todo tipo de publicidad dirigida al público infantil de alimentos poco saludables; más allá de este limitado compromiso, la autorregulación no tuvo ningún impacto significativo en la cantidad de alimentos no saludables publicitados a los niños de 10 a 12 años (Potvin et al., 2011b).

RECOMENDACIÓN 6.4:

Colaborar con las instituciones y con las comunidades en general para establecer o mejorar las políticas de salud pública que se ocupan de las barreras que impiden la igualdad en la salud.

Nivel de Evidencia = IV

Discusión de la evidencia:

La igualdad en la salud implica que todas las personas deben poder alcanzar su pleno potencial de salud y no verse limitadas para ello por su posición social o cualquier otra circunstancia social (Whitehead & Dahlgren, 2006). Las desigualdades en la salud son las diferencias de salud que se producen socialmente (y, por tanto, son modificables), sistémicas en su distribución entre la población, e injustas (Whitehead & Dahlgren, 2006).

La pobreza es una amenaza importante (aunque modificable) a lo largo de toda la vida, incluida la infancia. Canadá se encuentra actualmente en el puesto n° 17 de bienestar general de la infancia en una clasificación de 29 países económicamente desarrollados, y en el puesto n° 15 en cuanto a bienestar material (UNICEF, 2013). En 1989, la Cámara de los Comunes federal de Canadá aprobó por unanimidad una resolución con el objetivo de “llegar a erradicar la pobreza entre los niños canadienses para el año 2000” (Campaign 2000, 2013a, p. 1). En 2011, el índice de pobreza infantil en Canadá era del 14,3%, que equivale a 967.000 niños, o lo que es lo mismo, uno de cada siete niños en este país vivía en la pobreza (Campaign 2000, 2013a). En Ontario, este mismo dato en 2011 es de aprox. uno de cada siete, o 371.000 niños (Campaign 2000, 2013b). Como aspecto positivo, cabe destacar que el índice de pobreza en Ontario en 2011 (13,8%) fue menor que el dato de 2008 (15,2%), cuando dio comienzo la estrategia Poverty Reduction Strategy [Estrategia de Reducción de la Pobreza] (Campaign 2000, 2013b).

Si tenemos en cuenta la asociación que existe entre el estatus socioeconómico y la obesidad infantil, las enfermeras y los demás profesionales sanitarios tienen la responsabilidad de mejorar las condiciones de vida de aquellos con quienes trabajan, supervisando e interviniendo como corresponda para aumentar su nivel de renta y paliar el efecto nocivo de la pobreza. De forma tanto individual como colectiva, los profesionales sanitarios también tienen la responsabilidad de luchar contra las desigualdades económicas, de poder y de recursos que inciden como factores estructurales en las condiciones de vida (WHO, 2008). Las iniciativas que podrían mejorar las condiciones de vida y abordar las barreras estructurales a que se enfrentan las familias que viven en la pobreza se concretan a través de la incidencia sobre las políticas, en aspectos como: a) perspectivas nacionales y regionales de lucha contra la pobreza; b) mejora de la seguridad en la renta; c) redes sociales de seguridad; d) aumento del salario mínimo; y e) garantía de la protección regulada de los trabajadores precarios. Algunos ejemplos de este tipo de incidencia en las políticas por parte de una asociación profesional de enfermeras dentro de un contexto provincial son el apoyo a la Estrategia de Reducción de la Pobreza de Ontario, el apoyo a la Ontario Child Benefit [Prestación a la infancia de Ontario] o al aumento del salario mínimo, la mejora de la Ley sobre Employment Standards Act [normas de empleo] y la mejora de los índices de asistencia social como reflejo del coste actual de la vida (RNAO, 2011). Desde 1991, una coalición civil de amplia base social en Canadá denominada Campaign 2000 ha publicado informes de calificaciones federales y provinciales sobre pobreza infantil y familiar, y ha abogado por la puesta en marcha de políticas de salud pública para hacer frente a la pobreza (Campaign 2000, 2013a; Campaign 2000, 2013b).

El Panel de Expertos recomienda que todas las políticas de salud pública creadas por instituciones y gobiernos para mejorar el acceso de los menores a una alimentación nutritiva y a oportunidades de practicar actividades físicas se evalúen para conocer el impacto que tienen en todos los niños, y especialmente en aquellos pertenecientes a grupos de alto riesgo.

Por ejemplo, la Children’s Tax Credit [prestación fiscal por niño] introducida en 2006 por el Ministerio de Economía no está al alcance de las familias más desfavorecidas porque dichas familias no pueden permitirse pagar el precio

de las actividades físicas organizadas (Block, 2007). La herramienta The Health Equity Impact Assessment Tool (HEIA) [Evaluación del impacto sobre la igualdad en materia de salud] (Ontario Ministry of Health and Long-Term Care, 2012a) se puede utilizar para evaluar programas y políticas desde un punto de vista de igualdad en la salud. Véanse los **Anexos J y K** para consultar esta herramienta y otros recursos de políticas de salud pública.

RECOMENDACIÓN 6.5:

Propugnar la creación de un sistema de supervisión integral de base poblacional para controlar las situaciones protectoras y de riesgo de obesidad infantil, como

- prevalencia de un peso saludable
- actividad física y alimentación saludable
- factores socioeconómicos como la prevalencia de la pobreza infantil
- prevalencia y duración de la lactancia materna y de la lactancia materna en exclusiva.

Nivel de Evidencia = IV

Discusión de la evidencia:

No se han podido supervisar eficazmente las tasas globales de obesidad infantil con ninguna de las múltiples unidades de medida de la obesidad infantil utilizadas a nivel comunitario en Canadá. Además, no hay ningún sistema de seguimiento^G de la obesidad infantil a nivel provincial. El Panel de Expertos recomienda que el Ministerio de Sanidad federal cree un comité para establecer un sistema de supervisión a nivel nacional de los índices de peso saludable, actividad física y dieta sana, niveles de estatus socioeconómico y prevalencia y duración de la lactancia materna que presentan los niños a nivel poblacional. Dicho sistema nacional de supervisión podría comprender:

1. *El uso de medidas antropométricas de los niños.* Está generalmente aceptado que las medidas de peso y talla son más precisas que los datos informados por los propios individuos (Shields, Connor, & Tremblay, 2008) Por lo tanto, el Panel de Expertos recomienda que el sistema nacional de supervisión incluya como mínimo las medidas de talla y peso para poder calcular el IMC de los niños según su edad (Obesity Canada Clinical Practice Guidelines Expert Panel, 2006).
2. *El uso de indicadores de actividad física y alimentación saludable.* El Panel de Expertos recomienda que se recojan medidas de la actividad física y la dieta sana (p. ej., consumo de frutas y verduras, consumo de alimentos y bebidas azucarados, consumo de desayuno, coste de la comida, tipos de actividad física, etc.) junto con las medidas antropométricas de los menores. En un sistema de supervisión, la combinación de medidas antropométricas y medidas de actividad física y alimentación saludable ofrece una valoración más integral de la obesidad en la infancia, y constituye información útil sobre el riesgo potencial y los factores protectores en subgrupos de niños. Actualmente, las bases de datos de salud pública, como la medida provincial de la Nutritious Food Basket [Cesta de alimentos nutritivos], que recoge información sobre el coste de los alimentos, se pueden utilizar como fuente de información para un sistema nacional de supervisión.
3. *Un medio para supervisar los cambios a lo largo del tiempo.* Actualmente, las estimaciones sobre la obesidad dependen de datos trasversales en vez de medidas longitudinales (RNAO Expert Panel, 2014). Una de las soluciones que se ha propuesto en este sentido es presionar al gobierno federal para que recupere el Long-Form Census [formato extendido del cuestionario censal] para recoger información poblacional a lo largo del tiempo.
4. *Información regional.* La recogida de datos a nivel regional (p. ej., sobre los determinantes sociales de la salud) permitirá a los profesionales sanitarios y otras partes interesadas evaluar los índices de obesidad infantil en relación con el entorno local y los contextos culturales. También se deben tener en cuenta los datos a nivel comunitario para planificar y evaluar las iniciativas de promoción de la salud y comunitarias (RNAO Expert Panel, 2014).

5. *Información sobre el estatus socioeconómico.* El estatus socioeconómico es un componente importante e influyente del contexto ambiental de la obesidad infantil. Algunos factores socioeconómicos son la educación, la renta y la ocupación; además, el Human Development Index [Índice de desarrollo humano] es también una medida útil (Bammann et al., 2013). Otras medidas recomendadas por el Panel de Expertos son el the Canadian Marginalization Index [Índice de marginalidad de Canadá] (Canadian Institute for Health Information, 2014a; McMaster University, 2014) y el Deprivation Index [Índice de privación] (Canadian Institute of Health Information, 2014b). Actualmente, la Estrategia de Reducción de la Pobreza de Ontario utiliza la Medida de rentas bajas tras impuestos (Low Income Measure After Tax) como indicador del progreso, de cara a reducir la pobreza infantil en un 25% entre 2008 y 2013 (Government of Ontario, 2008). La retirada en 2010 del formato extendido obligatorio del cuestionario censal ha limitado la capacidad de los investigadores de rastrear con fiabilidad las experiencias de los grupos más marginados dentro de la sociedad canadiense. Dicho rastreo es fundamental para poder diseñar iniciativas de reducción de la pobreza.. Campaign 2000 (2013b) se cuenta entre los grupos que están presionando al gobierno federal para que vuelva a implantar el formato extendido obligatorio del cuestionario censal o alguna otra fuente de datos fiable. Véase el **Anexo L** para consultar un listado de información adicional sobre el Índice de marginalidad (Canadian Institute for Health Information, 2014a; McMaster University, 2014), el Índice de privación (Canadian Institute of Health Information, 2014b), los indicadores socioeconómicos y la Estrategia de Reducción de la Pobreza de Ontario (Government of Ontario, 2008).
6. *Índices de lactancia materna.* Tal y como se ha descrito en la Recomendación 3.1, la lactancia materna parece revelarse como factor de protección frente a la obesidad. Por lo tanto, la evaluación de la prevalencia y la duración de la lactancia materna y de la lactancia materna en exclusiva son dos indicadores que pueden servir para controlar las medidas. Actualmente, el gobierno provincial exige que los centros sanitarios recojan indicadores de resultados de la lactancia materna – en línea con la Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia (IHAN) o la Baby Friendly Initiative (BFI), incluidos los índices de lactancia materna en hospitales y servicios de salud comunitaria (Baby Friendly Initiative, 2014). Se pueden usar las fuentes de datos de las organizaciones designadas por la iniciativa BFI para alimentar un sistema nacional de supervisión de la obesidad infantil.

Se pueden usar las fuentes de datos de las organizaciones designadas por la iniciativa BFI para alimentar un sistema nacional de supervisión de la obesidad infantil. Aunque el Panel de Expertos no ha recomendado ninguna herramienta en concreto para recoger datos de supervisión, sí cabe destacar que algunos instrumentos de muestras como el Early Development Instrument (Instrumento de desarrollo temprano) facilitan la recogida de datos. Véase el **Anexo L** para obtener más información sobre cómo acceder a esta herramienta.



Lagunas en la investigación e implicaciones futuras

El Panel de Expertos de la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (RNAO), al revisar la evidencia para la presente Guía, identificó estas áreas prioritarias de investigación (véase Tabla 2). A grandes rasgos, se dividen en investigación sobre la práctica, los resultados y el sistema sanitario.

Table 2. Áreas prioritarias de investigación sobre la práctica, los resultados y el sistema sanitario

CATEGORÍA	ÁREA DE INVESTIGACIÓN PRIORITARIA
Investigación sobre la práctica	Investigación continuada sobre intervenciones efectivas de prevención primaria en bebés, niños en edad preescolar y niños de primaria.
	Intervenciones efectivas de prevención primaria en poblaciones vulnerables a la obesidad en la infancia (p. ej., niños aborígenes, con discapacidades o con enfermedades mentales, niños cuyos padres o cuidadores principales tienen una enfermedad mental).
	El papel de las enfermeras en la prevención primaria de la obesidad infantil.
	Efecto de los medios sociales y de internet en la publicidad de alimentos, especialmente en niños de muy corta edad.
	Implicaciones para la práctica de las iniciativas de prevención primaria en el equipo interdisciplinar.
	Desarrollo continuo de herramientas de valoración adecuadas por edad para su uso respecto a la obesidad infantil.
	La eficacia de los programas de detección y asesoramiento basados en la herramienta y los recursos NutriSTEP®, usados en múltiples entornos.
	El efecto de la sensibilización entre los profesionales sanitarios para que trabajen por promover un peso saludable entre los niños y sus familias.
	Traducción e interpretación de fragmentos de la Canada's Food Guide [Guía de alimentos de Canadá].

CATEGORÍA	ÁREA DE INVESTIGACIÓN PRIORITARIA
Investigación sobre los resultados	Eficacia de las intervenciones de promoción del sueño para disminuir el riesgo de obesidad infantil.
	Eficacia de la lactancia materna en exclusiva para disminuir el riesgo de obesidad infantil.
	Eficacia de las intervenciones prenatales para disminuir el riesgo de obesidad infantil.
	Desarrollo de medidas de resultados de obesidad además del IMC que sean objetivas, factibles y no estigmatizantes.
	Resultados de seguimiento a largo plazo y sostenibilidad de las intervenciones de prevención primaria.
	Establecimiento de la asociación entre problemas mentales en los niños o en sus padres o cuidadores principales, dentro del contexto de prevención primaria de la obesidad infantil.
	Impacto de la formación en prevención primaria sobre la práctica de los profesionales sanitarios.
Investigación sobre el sistema sanitario	Profundización en la investigación sobre los determinantes sociales de la salud como factor de riesgo de obesidad infantil.
	Evaluación del peso, la asimilación y el cumplimiento de las políticas de salud pública para la prevención primaria de la obesidad infantil.
	Efecto de las políticas de salud pública en el entorno alimentario preescolar.
	Desarrollo de medidas o indicadores sustitutos para la supervisión del peso saludable en niños de corta edad.

Si bien no es exhaustiva, esta lista es un intento de identificar y clasificar la investigación que es necesaria en el ámbito de la prevención primaria de la obesidad infantil. Muchas de nuestras recomendaciones se basan en evidencia de investigación cuantitativa y cualitativa; otras recomendaciones se basan en el consenso^G y en la opinión de expertos. Es necesario contar con más investigación sustantiva para validar estas recomendaciones basadas en la opinión de expertos. Una mejor evidencia optimizará la práctica y mejorará los resultados de aquellos niños que corren riesgo de obesidad o sobrepeso.

Estrategias de implantación

La implantación de las guías en los centros de atención es una cuestión delicada y multifacética; para conseguir cambios en la práctica y, en el caso de las guías relativas a la salud poblacional, para lograr que la sociedad avance hacia resultados saludables, no basta simplemente con realizar un trabajo de concienciación y distribuir las guías: éstas deben adaptarse a cada entorno de práctica de forma sistemática y participativa, para garantizar que todas las recomendaciones encajan en el contexto local (Harrison, Graham, Fervers, & Hoek, 2013). Para ello, la Herramienta de la RNAO *Implantación de las Guías de buenas prácticas* (2nd ed.) (2012a) ofrece un proceso fundamentado en la evidencia.

La Herramienta se basa en nueva evidencia indicativa de que se comprenden mejor las buenas prácticas en la prestación de servicios sanitarios cuando:

- Los líderes de todos los niveles se comprometen a apoyar la aplicación de la guía;
- Las guías que se van a aplicar han sido elegidas mediante un procedimiento sistemático y participativo;
- Se ha identificado a las partes interesadas y se ha conseguido que se involucren en la aplicación de las guías;
- Se ha evaluado la buena disposición del entorno;
- Se ha adaptado la guía al contexto local;
- Se han evaluado y abordado tanto las barreras como los mediadores para el buen uso de la guía;
- Se han escogido intervenciones para utilizar la guía;
- Se supervisa y mantiene sistemáticamente el uso de la guía;
- El proceso incluye una evaluación del impacto de la guía
- Se dispone de recursos adecuados para completar todos los aspectos de la implantación.

La *Herramienta* (RNAO, 2012a) utiliza el marco de trabajo “Knowledge-to-Action” [del conocimiento a la acción] (Straus, Tetroe, Graham, Zwarenstein, & Bhattacharyya, 2009) para demostrar qué pasos son necesarios para obtener y sintetizar el conocimiento, y para guiar la adaptación del nuevo conocimiento a la implantación y al contexto local. Según este marco de trabajo, se deben identificar y utilizar los instrumentos de conocimiento, como las guías, para saber qué lagunas de conocimiento hay y cómo se puede adaptar el nuevo conocimiento al entorno local.

Por nuestra parte, desde la RNAO nos comprometemos a difundir y aplicar nuestras Guías de buenas prácticas en enfermería (BPGs). Para ello, empleamos un enfoque coordinado de divulgación, incorporando diversas estrategias, como la red Nursing Best Practice Champion Network®, que sirve para desarrollar la capacidad de las enfermeras a título individual y para fomentar la sensibilización, la adopción y el compromiso con las Guías; y el reconocimiento de las instituciones como Best Practice Spotlight Organization® (BPSO®), por su apoyo a la implantación de la Guía de buenas prácticas tanto a nivel institucional como de sistema. Las instituciones reconocidas como BPSO® se centran en desarrollar una cultura basada en la evidencia, con la encomienda de implantar, evaluar y apoyar numerosas Guías de buenas prácticas de la RNAO en la práctica clínica. Además de todas estas estrategias, todos los años se celebran formaciones para reforzar las capacidades relacionadas con determinadas Guías y su implantación (RNAO, 2012a).

Se puede consultar más información sobre dichas estrategias de implantación en:

- RNAO Best Practice Champions Network: <http://RNAO.ca/bpg/get-involved/champions>
- RNAO Best Practice Spotlight Organizations: <http://RNAO.ca/a/bpso>
- RNAO Formaciones de la RNAO de refuerzo de las capacidades, y otras oportunidades de desarrollo profesional: <http://RNAO.ca/events>.

Para acceder a los compendios de instrucciones enfermeras^G e la RNAO para ayudarle a implantar las Guías, envíe un correo electrónico a BNOS@RNAO.ca.

Evaluación y supervisión de la Guía

A medida que vayan aplicando las recomendaciones de la presente Guía, es preciso pensar en cómo se va a supervisar y evaluar su aplicación y su efecto.

La Tabla 3 se basa en un modelo incluido en la *Herramienta de Implantación de las Guías de buenas prácticas*, (2nd ed.) (2012a) y recoge algunos indicadores específicos de supervisión y evaluación de la Guía.

TABLE 3. Indicadores de estructura, proceso y resultados para supervisar y evaluar esta Guía

NIVEL DE INDICADOR	ESTRUCTURA	PROCESO	RESULTADOS
Objetivos	Evaluación de los apoyos disponibles en la institución que permitan a las enfermeras y al equipo interdisciplinar diseñar y aplicar intervenciones para conseguir estos resultados: dieta saludable, mayor nivel de actividad física, menor tiempo ante una pantalla y menos sedentarismo entre los niños.	Evaluación de los cambios en la práctica que conducen a los resultados anteriormente descritos en los niños.	Evaluación del efecto de la implantación de las recomendaciones basadas en la evidencia.

NIVEL DE INDICADOR	ESTRUCTURA	PROCESO	RESULTADOS
Sistema	<p>Revisión por parte de un comité, encargado de velar por la calidad de la atención en todo el sistema sanitario, de las buenas prácticas en enfermería asociadas al diseño y la implantación de intervenciones de prevención primaria para la obesidad infantil.</p> <p>Disponibilidad de recursos formativos en el ámbito académico para programas de desarrollo profesional sanitario coherentes con las buenas prácticas, para diseñar e implantar intervenciones/ programas/ iniciativas de prevención primaria de la obesidad infantil.</p>	<p>Desarrollo de sistemas que animen a las instituciones sanitarias a adoptar políticas y procedimientos coherentes con las buenas prácticas para diseñar e implantar intervenciones/ programas/ iniciativas de prevención primaria de la obesidad infantil.</p> <p>Procedimientos y procesos concretos para garantizar que los programas de desarrollo profesional sanitario de los entornos académicos estén actualizados según las buenas prácticas para diseñar e implantar intervenciones/ programas/ iniciativas de prevención primaria de la obesidad infantil.</p>	<p>Evidencia de resultados del sistema sanitario asociados a prácticas eficaces de prevención primaria de la obesidad infantil.</p> <p>Apoyo a los profesionales sanitarios para desarrollar competencias fundamentales asociadas a las prácticas de prevención primaria de la obesidad infantil.</p>

NIVEL DE INDICADOR	ESTRUCTURA	PROCESO	RESULTADOS
Institución	<p>Revisión de las recomendaciones de buenas prácticas por parte de comités institucionales responsables de las políticas o los procedimientos.</p> <p>Disponibilidad de recursos de formación para pacientes coherentes con las recomendaciones de buenas prácticas.</p> <p>Disponibilidad de sistemas de supervisión para recoger datos a nivel comunitario e intervenciones/ programas/ iniciativas coherentes con las buenas prácticas.</p> <p>Declaración de objetivos institucional que incluya apoyo a la dieta sana, mayor actividad física, menor tiempo ante una pantalla y menor sedentarismo en los niños.</p>	<p>Políticas institucionales revisadas y modificadas.</p> <p>Desarrollo de sistemas que fomenten la supervisión y la documentación de datos a nivel comunitario (p. ej. estatus socioeconómico, índices de obesidad y de lactancia materna) y prácticas de prevención primaria de la obesidad infantil.</p> <p>Recursos para formación de pacientes desarrollados/ adquiridos /modificados para reflejar las recomendaciones de buenas prácticas.</p> <p>Procedimientos concretos para la difusión y la asimilación de la información para formar a los pacientes en estrategias y recursos de prevención de la obesidad infantil.</p> <p>Revisión de la declaración de objetivos para reflejar el apoyo a la dieta sana, la mayor actividad física, el menor tiempo ante una pantalla y el menor sedentarismo en los niños.</p>	<p>Implantación y difusión de políticas nuevas o actualizadas en toda la institución.</p> <p>Implantación de un sistema de supervisión y documentación de datos a nivel comunitario y prácticas de prevención primaria de la obesidad infantil.</p> <p>Incorporación en los materiales de formación a pacientes de estrategias para mejorar la dieta sana, la mayor actividad física, el menor tiempo ante una pantalla y el menor sedentarismo en los niños.</p> <p>Declaración de objetivos institucional que refleje el apoyo a la dieta sana, la mayor actividad física, el menor tiempo ante una pantalla y el menor sedentarismo en los niños.</p>

NIVEL DE INDICADOR	ESTRUCTURA	PROCESO	RESULTADOS
Profesional sanitario	<p>Porcentaje de enfermeras y demás profesionales sanitarios que cuentan con formación en estrategias de evaluación y asesoramiento para promover una dieta sana, una mayor actividad física, menor tiempo ante una pantalla y menor sedentarismo en los niños.</p> <p>Porcentaje de enfermeras y demás profesionales sanitarios que cuentan con formación en el desarrollo de programas o iniciativas de prevención primaria que fomenten la dieta sana, mayor actividad física, menor tiempo ante una pantalla y menor sedentarismo en los niños.</p>	<p>Conocimiento autoevaluado de las estrategias de evaluación y asesoramiento para promover dieta sana, mayor actividad física, menor tiempo ante una pantalla y menor sedentarismo en los niños.</p> <p>Conocimiento medio autoevaluado de los recursos y servicios comunitarios que promueven dieta sana, mayor actividad física, menor tiempo ante una pantalla y menor sedentarismo en los niños.</p> <p>Conocimiento medio autoevaluado de los recursos de formación para pacientes coherentes con las recomendaciones de buenas prácticas.</p> <p>Conocimiento autoevaluado del desarrollo de programas o iniciativas de prevención primaria para promover la dieta sana, mayor actividad física, menor tiempo ante una pantalla y menor sedentarismo en los niños.</p>	<p>Evidencia de niños en los que se ha evaluado la dieta habitual, la actividad física y las pautas de tiempo ante una pantalla o de sedentarismo.</p> <p>Evidencia de los registros guardados de aquellos niños que participaron en programas/ intervenciones/ iniciativas de promoción de un estilo de vida saludable, coherentes con las recomendaciones de buenas prácticas.</p> <p>Evidencia indicativa de que las enfermeras u otros profesionales sanitarios remiten a los niños y a sus familias a recursos y servicios comunitarios que promueven un estilo de vida saludable.</p> <p>Evidencia de la formación y difusión de información para niños y familias para promover un estilo de vida saludable.</p>

NIVEL DE INDICADOR	ESTRUCTURA	PROCESO	RESULTADOS
Paciente	<p>Porcentaje de niños con hábitos activos según los estándares de buenas prácticas incluidos en Canadian Sedentary Behaviour Guidelines [Guías canadienses sobre sedentarismo] y las Canadian Physical Activity Guidelines [Guías canadienses sobre actividad física (Canadian Society for Exercise Physiology, 2014).</p> <p>Porcentaje de niños que consumen alimentos saludables (p. ej. raciones adecuadas de fruta y verdura) según la Canada's Food Guide [Guía de alimentos de Canadá] (Health Canada, 2011).</p>	<p>Porcentaje de niños de quienes se dispone de evidencia obtenida mediante valoración individual o familiar (p. ej., medidas antropométricas, dieta sana, actividad física, tiempo ante una pantalla/ comportamientos sedentarios, datos sociodemográficos) mediante una herramienta establecida como referencia o validada/fiable y específica para el contexto.</p> <p>Confianza del niño y de la familia en conseguir mantener una dieta sana, realizar mayor actividad física, reducir el tiempo ante una pantalla y el sedentarismo.</p> <p>Porcentaje de madres que afirman alimentar a sus hijos mediante lactancia materna, y porcentaje de madres que indican ofrecer lactancia materna en exclusiva durante los primeros seis meses (PHAC, 2011a).</p> <p>Porcentaje de niños y familias que recibieron formación sobre la dieta sana, la actividad física, el tiempo ante una pantalla y los comportamientos sedentarios.</p> <p>Porcentaje de colegios de educación primaria de la zona geográfica de actuación que aplican una iniciativa escolar saludable.</p> <p>Porcentaje de niños y familias que acceden a recursos comunitarios.</p> <p>Porcentaje de padres que indican que los programas y los servicios públicos satisfacen las necesidades de actividad física de sus hijos bien o muy bien (PHAC, 2011a).</p> <p>Número y tipo de anuncios publicitarios de alimentos y bebidas en televisión al mes (PHAC, 2011a).</p> <p>Porcentaje de hogares con niños que declaran inseguridad alimentaria moderada o grave (PHAC, 2011a).</p>	<p>Porcentaje de niños cuyo consumo de frutas y verduras aumenta, y decrece el consumo de alimentos o bebidas con alto contenido en grasas o azúcares, según lo indicado en la Canada's Food Guide [Guía de alimentos de Canadá] (Health Canada, 2011).</p> <p>Porcentaje de niños que cumplen los requisitos de actividad física diaria según las Canadian Physical Activity Guidelines [Guías canadienses sobre actividad física] (Canadian Society for Exercise Physiology, 2014).</p> <p>Porcentaje de niños que cumplen los requisitos de tiempo ante una pantalla según las Canadian Sedentary Behaviour Guidelines [Guías canadienses sobre sedentarismo] (Canadian Society for Exercise Physiology, 2014).</p> <p>Porcentaje de bebés y niños en edad preescolar y de educación primaria que se consideran obesos o con sobrepeso, de acuerdo con los estándares internacionales de crecimiento y desarrollo (p. ej. World Health Organization adapted for Canada [Organización Mundial de la Salud adaptada a Canadá]).(e.g. World Health Organization adapted for Canada).</p>

NIVEL DE INDICADOR	ESTRUCTURA	PROCESO	RESULTADOS
Costes económicos	Previsión de medios económicos adecuados para contar con suficiente personal en la implantación de las recomendaciones de esta Guía..	<p>Coste derivado de la implantación de las recomendaciones de esta Guía:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Formación y acceso a ayudas en el lugar de trabajo. ■ Nuevos sistemas de supervisión y documentación. ■ Sistemas de soporte. ■ Costes derivados de los recursos y servicios empleados en programas/ iniciativas e intervenciones de prevención primaria (p. ej., herramientas de valoración, materiales formativos, equipos sanitarios de formación continua).. 	<p>Coste-eficacia y efectividad de los programas y las iniciativas de prevención primaria.</p> <p>Uso general de recursos.</p>

Otros recursos de la RNAO de Evaluación y seguimiento de las Guías de buenas prácticas:

- Los indicadores NQuIRE® (Nursing Quality Indicators for Reporting and Evaluation) fueron diseñados para las instituciones reconocidas por la RNAO como Best Practice Spotlight Organizations® (BPSO®) para supervisar y evaluar los resultados de la implantación de las guías de la RNAO de forma sistemática en sus instituciones. Los indicadores NQuIRE® son la primera iniciativa de mejora internacional de este tipo, que comprende una base de datos de indicadores de calidad extraídos de recomendaciones de determinadas guías de buenas prácticas clínicas de la RNAO. Visite la página <http://rnao.ca/bpg/initiatives/nquire> para obtener más información.
- Se puede realizar una evaluación objetiva mediante la revisión frecuente de los compendios de instrucciones enfermeras (un conjunto de intervenciones basadas en la evidencia específicas para el ámbito de la enfermería) y su efecto en los resultados de salud de los pacientes. Los compendios de instrucciones enfermeras integrados en los sistemas de información clínica simplifican este proceso mediante la recuperación electrónica de datos. Visite la página <http://RNAO.ca/bpg/initiatives/nursing-order-sets> para más información.

Proceso de actualización y revisión de la guía

La RNAO Ontario propone actualizar la Guía de la siguiente forma:

1. Cada Guía de buenas prácticas en enfermería será revisada por un equipo de especialistas en el área temática una vez pasados cinco años desde la publicación de la edición anterior.
2. El personal del Centro de la Guías de buenas prácticas (IaBPG, por sus siglas en inglés) realizará un seguimiento regular en busca de nuevas revisiones sistemáticas, ensayos controlados aleatorios, y otra literatura relevante en el área.
3. Sobre la base de ese seguimiento, el personal podrá recomendar una revisión anticipada. Será preciso consultar a los miembros del equipo de expertos original y otros especialistas y expertos en el área que ayudarán en la decisión de examinar y revisar las guías antes de lo previsto, si fuera necesario.
4. Tres meses antes del plazo de revisión, el personal comenzará a planificar la revisión de siguiente modo:
 - a) Se invitará a especialistas en la materia a participar en el equipo de expertos, que estará compuesto por miembros del equipo original, así como otros especialistas y expertos recomendados.
 - b) Se recopilarán los comentarios recibidos y las dudas planteadas durante la implantación, incluidos los comentarios y experiencias de las Best Practice Spotlight Organizations® y otros centros de implantación en relación con su experiencia.
 - c) Se recopilarán nuevas guías de buenas prácticas en el área y se realizará una revisión sistemática de la evidencia.
 - d) Se desarrollará un plan de trabajo detallado con plazos y resultados para el desarrollo de una nueva edición de la Guía.
5. Las nuevas ediciones de las guías se divulgarán según las estructuras y los procesos establecidos.



Lista de referencias

- Abidin (n.d.). *Parenting Stress Index™, 3rd Edition (PSI™-3)*. Retrieved from PAR® Creating Connections, Changing Lives website: <http://www4.parinc.com/Products/Product.aspx?ProductID=PSI>
- Agron, P., Berends, V., Ellis, K., & Gonzalez, M. (2010). School wellness policies: perceptions, barriers, and needs among school leaders and wellness advocates 269. *Journal of School Health, 80*(11), 527-535.
- Alberta Coalition for Healthy School Communities. (2006). *Socioeconomic Disadvantage: Health and Education Outcomes for School-Aged Children and Youth*. Retrieved from http://www.achsc.org/download/ACHSC%20Background%20Paper_SES_Health_Educ_SCY%28June%2015,06%29.pdf
- Anderson, L. M., Aycok, K. E., Mihalic, C. A., Kozlowski, D. J., & Detschner, A. M. (2013). Geographic differences in physical education and adolescent BMI: Have legal mandates made a difference? *The Journal of School Nursing, 29*(1), 52-60.
- Aryana, M., Li, Z., & Bommer, W. J. (2012). Obesity and physical fitness in California school children. *American Heart Journal, 163*(2), 302-12.
- August, G.P., Caprio, S., Fennoy, I., Freemark, M., Kaufman, F.R., Lustig, R.H., et al. (2008). Prevention and treatment of pediatric obesity: An Endocrine Society clinical practice guideline based on expert opinion. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, 93*(12), 4576-99.
- Baby-Friendly Initiative Ontario. (2014). *Baby-Friendly Initiative Tools*. Retrieved from <http://www.bfiontario.ca/baby-friendly-initiative-outcome-indicators/>
- Baker, C., Ogden, S., Prapaipanich, W., Keith, C.K., Beattie, L.C., & Nickleson, L.E. (1999). Hospital consolidation: Applying stakeholder analysis to merger life cycle. *Journal of Nursing Administration, 29*(3), 11-20.
- Bammann, K., Gwozdz, W., Lanfer, A., Barba, G., De, H. S., Eiben, G. et al. (2013). Socioeconomic factors and childhood overweight in Europe: results from the multi-centre IDEFICS study. *Pediatric Obesity, 8*(1), 1-12.
- Barnes, S. (2012). *Reducing Childhood Obesity in Ontario through a Health Equity Lens*. Retrieved from Wellesley Institute website: <http://www.wellesleyinstitute.com/wp-content/uploads/2012/10/Reducing-Childhood-Obesity-in-Ontario.pdf>
- Barroso, C., Kelder, S., Springer, A., Smith, C., Ranjit, N., Ledingham, C., & Hoelscher, D. (2009). Senate bill 42: Implementation and impact on physical activity in middle schools. *Journal of Adolescent Health, 45*, 282-90.
- Batada, A. & Wootan, M.G. (2007). Nickelodeon markets nutrition-poor food to children. *American Journal of Preventative Medicine, 33*(1), 48-50.
- Bauer, K., Patel, A., Prokop, L., & Austin, B. (2006). Swimming upstream: faculty and staff members from urban middle schools in low-income communities describe their experience implementing nutrition and physical activity initiatives. *Preventing Chronic Disease, 3*(2).
- Bayer, O., von, K.R., Strauss, A., Mitschek, C., Toschke, A.M., Hose, A. et al. (2009). Short- and mid-term effects of a setting based prevention program to reduce obesity risk factors in children: a cluster-randomized trial. *Clinical Nutrition, 28*(2), 122-8.

- Belansky, E. S., Cutforth, N., DeLong, E., Litt, J., Gilbert, L., Scarbro, S. et al. (2010). Early effects of the federally mandated Local Wellness Policy on school nutrition environments appear modest in Colorado's rural, low-income elementary schools. *Journal of the American Dietetic Association*, 110(11), 1712-7.
- Belansky, E. S., Cutforth, N., DeLong, E., Ross, C., Scarbro, S., Gilbert, L. et al. (2009). Early impact of the federally mandated Local Wellness Policy on physical activity in rural, low-income elementary schools in Colorado *Journal of Public Health Policy*, 30 (Suppl 1), 141-60.
- Benjamin, S. E., Craddock, A., Walker, E. M., Slining, M., & Gillman, M. W. (2008). Obesity prevention in child care: A review of U.S. state regulations. *BMC Public Health*, 8, 188.
- Bernardo, L. M., Matthews, J. T., Kaufmann, J. A., & Yang, K. (2008). Promoting critical appraisal of the research literature: a workshop for school nurses. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 39(10), 461-7.
- Birken, C. S., Maguire, J., Mekky, M., Manhiot, C., Beck, C. E., Degroot, J. et al. (2012). Office-based randomized controlled trial to reduce screen time in preschool children. *Pediatrics* 130(6), 1110-5.
- Black, N., Murphy, M., Lamping, D., McKee, M., Sanderson, C., Askham, J. et al. (1999). Consensus development methods: Review of the best practice in creating clinical guidelines. *Journal of Health Services Research & Policy*, 4(4), 236-248.
- Block, S. (2007). The Children's Fitness Tax Credit; Less than Meets the Eyes. *Canadian Women's Health Network*, 9(3-40). doi: <http://www.cwhn.ca/node/39436>
- Boles, M., Dilley, J. A., Dent, C., Elman, M. R., Duncan, S. C., & Johnson, D. B. (2011). Changes in local school policies and practices in Washington State after an unfunded physical activity and nutrition mandate. *Preventing Chronic Disease*, 8(6), A129.
- Bond, M., Wyatt, K., Lloyd, J., & Taylor, R. (2011). Systematic review of the effectiveness of weight management schemes for the under fives. *Obesity Reviews*, 12(4), 242-53.
- Braithwaite, A. S., Vann, W. F., Jr., Switzer, B. R., Boyd, K. L., & Lee, J. Y. (2008). Nutritional counseling practices: how do North Carolina pediatric dentists weigh in? *Pediatric Dentistry*, 30(6), 488-95.
- Brandstetter, S., Klenk, J., Berg, S., Galm, C., Fritz, M., Peter, R. et al. (2012). Overweight prevention implemented by primary school teachers: a randomised controlled trial. *Obesity Facts*, 5(1), 1-11.
- Brouwers, M., Kho, M. E., Browman, G. P., Burgers, J. S., Cluzeau, F., Feder, G., & Zitzelsberger, L. (2010). AGREE II: Advancing guideline development, reporting and evaluation in healthcare. *Canadian Medical Association Journal*. Retrieved from <http://www.agreetrust.org/resource-centre/agree-ii/>.
- Brown, K. M., Akintobi, T. H., Pitt, S., Berends, V., McDermott, R., Agron, P. et al. (2004). California school board members' perceptions of factors influencing school nutrition policy. *Journal of School Health*, 74(2), 52-8.
- Burgj, F., Niederer, I., Schindler, C., Bodenmann, P., Marques-Vidal, P., Kriemler, S. et al. (2012). Effect of a lifestyle intervention on adiposity and fitness in socially disadvantaged subgroups of preschoolers: a cluster-randomized trial (Ballabeina). *Preventive Medicine*, 54(5), 335-40.
- Campaign 2000 (2013a). *Canada's Real Economic Action Plan Begins with Poverty Eradication: 2013 Report Card on Child and Family Poverty in Canada*. Retrieved from <http://www.campaign2000.ca/reportCards/national/2013C2000NATIONALREPORTCARDNOV26.pdf>

- Campaign 2000 (2013b). *Beyond Austerity: Investing in Ontario's Future 2013 Report Card on Child and Family Poverty in Ontario*. Retrieved from <http://www.campaign2000.ca/Ontario/reportcards/2013Nov26OntC2000RepCard.pdf>
- Campbell, K. J. & Hesketh, K. D. (2007). Strategies which aim to positively impact on weight, physical activity, diet and sedentary behaviours in children from zero to five years. A systematic review of the literature. *Obesity Reviews*, 8(4), 327-38.
- Campbell, K. J., Lioret, S., McNaughton, S. A., Crawford, D. A., Salmon, J., Ball, K. et al. (2013). A parent-focused intervention to reduce infant obesity risk behaviors: A randomized trial. *Pediatrics*, 131(4), 652-660.
- Canadian Health Services Research Foundation. (2006). *Conceptualizing and combining evidence for Health System Guidance*. Retrieved from http://www.cfhi-fcass.ca/migrated/pdf/insightAction/evidence_e.pdf
- Canadian Institute for Health Information. (2014a). *Canadian Marginalization Index*. Retrieved from http://www.cihi.ca/CIHI-ext-portal/internet/en/document/factors+influencing+health/environmental/cphi_marginalization
- Canadian Institute for Health Information. (2014b). *Deprivation in Canadian Cities: An analytical tool*. Retrieved from http://www.cihi.ca/CIHI-ext-portal/internet/en/document/factors+influencing+health/environmental/cphi_cma_depindex
- Canadian Nurses Association. (2013). *Registered Nurses Stepping up to Transform Health Care*. Retrieved from http://www.cna-aici.ca/~media/cna/files/en/registered_nurses_stepping_up_to_transform_health_care_e.pdf
- Canadian Society for Exercise Physiology. (CSEP). (2012). *Canadian Physical Activity Guidelines Canadian Sedentary Behaviour Guidelines*. Retrieved from http://www.csep.ca/CMFiles/Guidelines/CSEP_Guidelines_Handbook.pdf
- Canadian Society for Exercise Physiology. (CSEP). (2014a). *Canadian Physical Activity Guidelines for the Early Years (0-4 Years)*. Retrieved from http://www.csep.ca/CMFiles/Guidelines/CSEP_PAGuidelines_early-years_en.pdf
- Canadian Society for Exercise Physiology. (CSEP). (2014b). *Canadian Physical Activity Guidelines for Children (5-11 Years)*. Retrieved from http://www.csep.ca/CMFiles/Guidelines/CSEP_PAGuidelines_child_en.pdf
- Canadian Society for Exercise Physiology. (CSEP). (2014c). *Canadian Sedentary Activity Guidelines for the Early Years (0-4 Years)*. Retrieved from http://www.csep.ca/CMFiles/Guidelines/CSEP_SBGuidelines_early-years_en.pdf
- Canadian Society for Exercise Physiology. (CSEP). (2014d). *Canadian Sedentary Activity Guidelines for Children (5-11 Years)*. Retrieved from http://www.csep.ca/CMFiles/Guidelines/CSEP_SBGuidelines_child_en.pdf
- Carter, M.-A., & Swinburn, B. (2004). Measuring the 'obesogenic' food environment in New Zealand primary schools. *Health Promotion International*, 1, March.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2003a). *Effective advocacy*. Retrieved from http://www.cdc.gov/tobacco/stateandcommunity/counter_marketing/manual/pdfs/chapter9.pdf
- Centers for Disease Control and Prevention. (2003b). *Media advocacy*. Retrieved from http://www.cdc.gov/tobacco/stateandcommunity/counter_marketing/manual/pdfs/chapter9.pdf
- Centers for Disease Control and Prevention. (2007). *Physical Education Curriculum Analysis Tool (PECAT)*. Retrieved from <http://www.cdc.gov/healthyyouth/PECAT/>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2011). *School Health Guidelines to Promote Healthy Eating and Physical Activity*, 60 (No. RR-5), 1-78.

Centers for Disease Control and Prevention. (2012a). *School Health Index*. Retrieved from <http://www.cdc.gov/healthyyouth/shi/>

Centers for Disease Control and Prevention. (2012b). *Health Education Curriculum Analysis Tool (HECAT)*. Retrieved from <http://www.cdc.gov/healthyyouth/HECAT/index.htm>

Charlebois, J., Gowrinathan, Y. & Waddell, P. (2012). *A Review of Evidence: School-based Interventions to Address Obesity Prevention in Children 6-12 Years of Age*. Toronto, ON: Toronto Public Health.

Chen, J. L., Weiss, S., Heyman, M. B., Cooper, B., & Lustig, R. H. (2011). The efficacy of the web-based childhood obesity prevention program in Chinese American adolescents (Web ABC study). *Journal of Adolescent Health, 49*(2), 148-54.

Chen, J. L., Weiss, S., Heyman, M. B., & Lustig, R. H. (2010). Efficacy of a child-centred and family-based program in promoting healthy weight and healthy behaviors in Chinese American children: a randomized controlled study. *Journal of Public Health, 32*(2), 219-29.

Child & Adolescent Behaviour Letter. (2005). Obesity and your child: know the facts. *Child & Adolescent Behavior Letter, 21*(s2), 9-10.

Child and Youth Development Branch Strategic Policy and Planning Division Ministry of Children and Youth Services. (2012). *Healthy Babies Healthy Children Guidance Document*. Retrieved from http://chd.region.waterloo.on.ca/en/partnersProfessionals/resources/HBHC_GuidanceDocument.pdf

Chomitz, V. R., McGowan, R. J., Wendel, J. M., Williams, S. A., Cabral, H. J., King, S. E. et al. (2010). Healthy Living Cambridge Kids: a community-based participatory effort to promote healthy weight and fitness. *Obesity, 18*(Suppl 1), S45-53.

Chung, A., Shill, J., Swinburn, B., Mavoa, H., Lawrence, M., Loff, B. et al. (2012). An analysis of potential barriers and enablers to regulating the television marketing of unhealthy foods to children at the state government level in Australia. *BMC Public Health, 12*, 1123.

Cochrane Collaboration. (2011). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions, Version 5.1.0*. Retrieved from: <http://handbook.cochrane.org/>

Coffield, J. E., Metos, J. M., Utz, R. L., & Waitzman, N. J. (2011). A multivariate analysis of federally mandated school wellness policies on adolescent obesity. *Journal of Adolescent Health, 49*(4), 363-70.

Coleman, K. J., Shordon, M., Caparosa, S. L., Pomichowski, M. E., & Dzewaltowski, D. A. (2012). The healthy options for nutrition environments in schools (Healthy ONES) group randomized trial: using implementation models to change nutrition policy and environments in low income schools. *International Journal of Behavioral Nutrition & Physical Activity, 9*, 80.

College of Nurses of Ontario. (2002). *Professional Standards, Revised 2002*. Retrieved from www.cno.org/Global/docs/prac/41006_ProfStds.pdf

College of Nurses of Ontario. (2006). *Therapeutic Nurse-Client Relationship*. Retrieved from http://www.cno.org/Global/docs/prac/41033_Therapeutic.pdf

College of Nurses of Ontario. (CNO).(2009). *Therapeutic nurse-person relationship*. Retrieved from http://www.cno.org/Global/docs/prac/41033_Therapeutic.pdf

- Community Health Nurses of Canada (2011). *Canadian Community Health Nursing: Professional Practice Model and Standards of Practice*. Retrieved from <http://www.chnc.ca/documents/chnc-standards-eng-book.pdf>
- Cook-Cottone, C., Casey, C., Feeley, T.H., & Baran, J. (2009). A meta-analytic review of obesity prevention in the schools: 1997-2008. *Psychology in the Schools, 46*(8), 695- 719.
- Day Nurseries Act*. (1990). R.S.O. 1990, c. D.2, as amended.
- de Silva-Sanigorski, A. M., Bell, A. C., Kremer, P., Nichols, M., Crellin, M., Smith, M. et al. (2010). Reducing obesity in early childhood: results from Romp & Chomp, an Australian community-wide intervention program. *American Journal of Clinical Nutrition, 91*(4), 831-40.
- Devi, A., Surender, R., & Rayner, M. (2010). Improving the food environment in UK schools: Policy opportunities and challenges. *Journal of Public Health Policy, 31*(2), 212-226.
- Dietitians of Canada and Canadian Paediatric Society (2010). *Promoting Optimal Monitoring of Child Growth in Canada Using the New WHO Growth Charts*. Retrieved from <http://www.cps.ca/tools/growth-charts-statement-FULL.pdf>
- Dietitians of Canada (2014). *Nutri-eStep®*. Retrieved from <http://www.nutritionscreen.ca/>
- Doak, C. M., Visscher, T. L., Renders, C. M., & Seidell, J. C. (2006). The prevention of overweight and obesity in children and adolescents: a review of interventions and programmes. *Obesity Reviews, 7*(1),111-36.
- Dobbins, M., Husson, H., DeCorby, K., & LaRocca, R. L. (2013). School-based physical activity programs for promoting physical activity and fitness in children and adolescents aged 6 to 18. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 2*(CD007651). Retrieved from <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD007651.pub2/pdf/>
- Dodson, E. A., Eyster, A. A., Chalifour, S., & Wintrode, C. G. (2012). A review of obesity-themed policy briefs. *American Journal of Preventive Medicine, 43*(3 Suppl 2), S143-8.
- Dodson, E. A., Fleming, C., Boehmer, T. K., Haire-Joshu, D., Luke, D. A., & Brownson, R. C. (2009). Preventing childhood obesity through state policy: qualitative assessment of enablers and barriers. *Journal of Public Health Policy, 30*(Suppl 1), S161-76.
- Donabedian, A., (1988). The quality of care. How can it be assessed? *JAMA, 260*(12), 1743-8.
- Drewnowski, A., Rehm, C., Kao, C., & Goldstein, H. (2009). Poverty and childhood overweight in California Assembly districts. *Health & Place, 15*(2),631-5.
- Dunlop, A. L., Leroy, Z., Trowbridge, F. L., & Kibbe, D. L. (2007). Improving providers' assessment and management of childhood overweight: results of an intervention. *Ambulatory Pediatrics, 7*(6),453-7.
- Field, M. & Lohr, K. N. (1990). *Guidelines for clinical practice: Directions for a new program*. Washington, DC: National Academy Press.
- Fitch, A., Fox, C., Bauerly, K., Gross, A., Heim, C., Judge-Dietiz, J. et al. (2013). *Institute for Clinical Systems Improvement: Prevention and Management of Obesity for Children and Adolescents*. Retrieved from https://www.icsi.org/_asset/tn5cd5/ObesityChildhood.pdf
- Fitzgibbon, M. L., Stolley, M. R., Schiffer, L., Van, H. L., KauferChristoffel, K., & Dyer, A. (2005). Two-year follow-up results for Hip-Hop to Health Jr.: a randomized controlled trial for overweight prevention in preschool minority children. *Journal of Pediatrics, 146*(5),618-25.

- Fleiss, J., Levin, B., & Paik, M.C. (2003). *Statistical Methods for Rates and Proportions (3rd ed.)*. New York: John Wiley & Sons.
- Forshee, R. A., Storey, M. L., & Ginevan, M. E. (2005). A risk analysis model of the relationship between beverage consumption from school vending machines and risk of adolescent overweight. *Risk Analysis*, 25(5), 1121-1135.
- Fung, C., Kuhle, S., Lu, C., Purcell, M., Schwartz, M., Storey, K. et al. (2012). From “best practice” to “next practice”: the effectiveness of school-based health promotion in improving healthy eating and physical activity and preventing childhood obesity. *International Journal of Behavioral Nutrition & Physical Activity*, 9, 27.
- Garcia, J., Beyers, J., Uetrecht, C., Kennedy, E., Mangles, J., Rodrigues, L., R. Truscott, & the Expert Steering Committee of the Project in Evidence-based Primary Prevention. (2010). *Healthy eating, physical activity, and healthy weights guideline for public health in Ontario*. Cancer Care Ontario. Retrieved from <https://www.cancercare.on.ca/common/pages/UserFile.aspx?fileId=64413>
- Gladwin, C. P., Church, J., & Plotnikoff, R. C. (2008). Public policy processes and getting physical activity into Alberta's urban schools. *Canadian Journal of Public Health Revue Canadienne de Sante Publique*, 99(4), 332-8.
- Goldstone, A.P., de Hernandez, C.G.P, Beaver, J.D., Muhammed, K., Croese C., Bell, G., Durighel, G., Hughes, E. et al. (2009). Fasting biases brain reward systems towards high-calorie foods. *European Journal of Neuroscience*, 30, 1625-1635.
- Golley, R. K., Hendrie, G. A., Slater, A., & Corsini, N. (2011). Interventions that involve parents to improve children's weight-related nutrition intake and activity patterns – what nutrition and activity targets and behaviour change techniques are associated with intervention effectiveness? *Obesity Reviews*, 12(2), 114-30.
- Government of Ontario. (2008). *Breaking the Cycle: Ontario's Poverty Reduction Strategy*. Retrieved from <http://www.children.gov.on.ca/htdocs/English/breakingthecycle/index.aspx>
- Government of Ontario. (2013). *Child Care Modernization: Day Nurseries Act Regulatory Amendment to Support Child Care Funding Formula*. Retrieved from Retrieved from <http://www.ontariocanada.com/registry/view.do?postingId=12262>
- Green, S., Labelle, M., & Vien, V. (2013). Office interventions for poverty: racialized groups. *Ontario Medical Review*.
- Greening, L., Harrell, K. T., Low, A. K., & Fielder, C. E. (2011). Efficacy of a school-based childhood obesity intervention program in a rural southern community: TEAM Mississippi Project. *Obesity*, (6), 1213-1219.
- Grummer-Strawn, L. M., Mei, Z., & Centers for Disease Control and Prevention Pediatric Nutrition Surveillance System. (2004). Does breastfeeding protect against pediatric overweight? Analysis of longitudinal data from the Centers for Disease Control and Prevention Pediatric Nutrition Surveillance System. *Pediatrics*, 113(2), 81-86.
- Haines, J., McDonald, J., O'Brien, A., Sherry, B., Bottino, C.J., Schmidt, M.E., & Taveras, E.M. (2013). Randomized Trial to Improve Household Routines for Obesity Prevention Among Preschool-Aged Children. *JAMA Pediatrics*, E1-E8. doi:10.1001/jamapediatrics.2013.2356
- Hamilton and Bhatti (1996). *Population Health Promotion: An Integrated Model of Population Health and Health Promotion*. Retrieved from <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/php-ppsp/index-eng.php>
- Hanicar, B., Mandic, Z., & Pavic, R. (2009). Exclusive breastfeeding and growth in Croatian infants--comparison to the WHO child growth standards and to the NCHS growth references. *Collegium Antropologicum*, 33(3), 735-41.

- Han-Markey, T. L. W. L. S. S. J. E. A. G. R. L. A. E. A. (2012). A public school district's vending machine policy and changes over a 4-year period: implementation of a national wellness policy. *Public Health*, 126(4), 335-337.
- Hanratty, B. M. B. A. M. & W. M. (2012). 'McDonalds and KFC, it's never going to happen': the challenges of working with food outlets to tackle the obesogenic environment. *Journal of Public Health*, 34(4), 548-554.
- Harris, J. L. S. M. B. & B. K. D. (2010). Marketing foods to children and adolescents: licensed characters and other promotions on packaged foods in the supermarket. *Public Health Nutrition*, 13(3), 409-417.
- Harrison, M. B., Graham, I. D., Fervers, B., & Hoek, J. v. d. (2013). Adapting knowledge to local context, in Knowledge Translation in Health Care: Moving from Evidence to Practice (eds S. E. Straus, J. Tetroe and I. D. Graham), John Wiley & Sons, Ltd., Chichester, UK. doi: 10.1002/9781118413555.ch10
- Haynos, A. F. & O'Donohue, W. T. (2012). Universal childhood and adolescent obesity prevention programs: review and critical analysis. *Clinical Psychology Review*, 32(5), 383-99.
- Health Canada. (2007). *Eating Well with Canada's Food Guide First Nations, Inuit and Métis*. Retrieved from http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/alt_formats/fnihb-dgspni/pdf/pubs/fnim-pnim/2007_fnim-pnim_food-guide-aliment-eng.pdf
- Health Canada. (2011a). *Eating Well With Canada's Food Guide: A Resource for Educators and Communicators*. Retrieved from http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/alt_formats/hpfb-dgpsa/pdf/pubs/res-educat-eng.pdf
- Health Canada. (2011b). *Eating Well with Canada's Food Guide*. Retrieved from http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/alt_formats/hpfb-dgpsa/pdf/food-guide-aliment/print_eatwell_bienmang-eng.pdf
- Health Canada. (2014a). *Nutrition for Healthy Term Infants: Recommendations from Birth to Six Months*. Retrieved from <http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/nutrition/infant-nourisson/recom/index-eng.php>
- Health Canada. (2014b). *Nutrition for Healthy Term Infants: Recommendations from Six to 24 Months*. Retrieved from <http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/nutrition/infant-nourisson/recom/recom-6-24-months-6-24-mois-eng.php>
- Health Care Innovation Workgroup. (2012). From Innovation to Action: The First Report of the Health Care Innovation Working Group.
- Health Nexus. (2013). *Obesity in Preconception and Pregnancy*. Retrieved from http://www.beststart.org/resources/preconception/BSRC_obesity_report_Jan2014.pdf
- Healthy Active Living and Sports Medicine Committee. (2012). Psychosocial aspects of child and adolescent obesity. *Paediatrics & Child Health*, 17(3), 205-206.
- Hendrie, G. A., Brindal, E., Corsini, N., Gardner, C., Baird, D., & Golley, R. K. (2012). Combined home and school obesity prevention interventions for children: what behavior change strategies and intervention characteristics are associated with effectiveness? *Health Education & Behavior*, 39(2), 159-71.
- Hesketh, K. D. & Campbell, K. J. (2010). Interventions to prevent obesity in 0-5 year olds: an updated systematic review of the literature. *Obesity*, 18(Suppl 1), S27-35.
- Hiscock, H., Scalzo, K., Canterford, L., & Wake, M. (2011). Sleep duration and body mass index in 0-7-year olds. *Archives of Disease in Childhood*, 96(8), 735-9.
- Jomaa, L. H., McDonnell, E., Weirich, E., Hartman, T., Jensen, L., & Probart, C. (2010). Student involvement in wellness policies: a study of Pennsylvania local education agencies. *Journal of Nutrition Education & Behavior*, 42(6), 372-9.

- Jones, R. A., Price, N., Okely, A. D., & Lockyer, L. (2009). Developing an online program to prevent obesity in preschool-aged children: what do parents recommend? *Nutrition & Dietetics*, 66(3), 151-157. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=2010400463&site=ehost-live>
- Khambalia, A. Z., Dickinson, S., Hardy, L. L., Gill, T., & Baur, L. A. (2012). A synthesis of existing systematic reviews and meta-analyses of school-based behavioural interventions for controlling and preventing obesity. *Obesity Reviews*, 13(3), 214-33.
- Kim, J. (2012). Are physical education-related state policies and schools' physical education requirement related to children's physical activity and obesity? *Journal of School Health*, 82(6), 268-76.
- Kimbrow, R. T. & Rigby, E. (2010). Federal food policy and childhood obesity: A solution or part of the problem? *Health Affairs*, 29(3), 411-418.
- Kirk, S. F. L., Sim, S. M., Hemmens, E., & Price, S. L. (2012). Lessons learned from the implementation of a provincial breastfeeding policy in Nova Scotia, Canada and the implications for childhood obesity prevention. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 9(4), 1308-1318.
- Klein, J. D., Sesselberg, T. S., Johnson, M. S., O'Connor, K. G., Cook, S., Coon, M. et al. (2010). Adoption of body mass index guidelines for screening and counseling in pediatric practice. *Pediatrics*, 125(2), 265-72.
- Kowalski, K., Crocker, P., & Donen, R. *The Physical Activity Questionnaire for Older Children (PAQ-C) and Adolescents (PAQ-A)*. Retrieved from <http://www.performwell.org/index.php/find-surveyassessments/outcomes/health-a-safety/good-health-habits/physical-activity-questionnaire-for-children>
- Krishnaswami, J., Martinson, M., Wakimoto, P., & Anglemeyer, A. (2012). Community-engaged interventions on diet, activity, and weight outcomes in U.S. schools: a systematic review. *American Journal of Preventive Medicine*, 43(1), 81-91.
- Kropski, J. A., Keckley, P. H., & Jensen, G. L. (2008). School-based obesity prevention programs: an evidence-based review. *Obesity*, 16(5), 1009-18.
- Kubik, M. Y., Farbakhsh, K., & Lytle, L. A. (2011). Two years later: wellness councils and healthier vending in a cohort of middle and high schools. *Journal of Adolescent Health*, 49(5), 550-2.
- Kubik, M. Y., Wall, M., Shen, L., Nanney, M. S., Nelson, T. F., Laska, M. N. et al. (2010). State but not district nutrition policies are associated with less junk food in vending machines and school stores in US public schools. *Journal of the American Dietetic Association*, 110(7), 1043-8.
- Langille, J. L. & Rodgers, W. M. (2010). Exploring the influence of a social ecological model on school-based physical activity. *Health Education & Behavior*, 37(6), 879-94.
- Llargues, E., Franco, R., Recasens, A., Nadal, A., Vila, M., Perez, M. J. et al. (2011). Assessment of a school-based intervention in eating habits and physical activity in school children: The AVall study. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 65(10), 896-901.
- Larsen, L., Mandleco, B., Williams, M., & Tiedeman, M. (2006). Childhood obesity: prevention practices of nurse practitioners. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 18(2), 70-9.
- Lavie, C. J., Church, T. S., Milani, R. V., & Earnest, C. P. (2011). Impact of physical activity, cardiorespiratory fitness, and exercise training on markers of inflammation. [Review]. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation & Prevention*, 31(3), 137-45.

- Lipinowski, S., LeBlanc, C.M.A., Canadian Pediatric Society, Healthy Active Living and Sports Medicine Committee. (2012). Healthy active living: Physical activity guidelines for children and adolescents. *Paediatrics & child health*, 17 (4), 209-212.
- Lloyd-Williams, F., Bristow, K., Capewell, S., & Mwatsama, M. (2011). Young children's food in Liverpool day-care settings: a qualitative study of pre-school nutrition policy and practice. *Public Health Nutrition*, 14(10), 1858-66.
- Longley, C.H. & Sneed, J. (2009). Effects of federal legislation on wellness policy formation in school districts in the United States. *Journal of the American Dietetic Association*, 209, 95-101.
- Lubans, D. R., Morgan, P. J., Okely, A. D., Dewar, D., Collins, C. E., Batterham, M. et al. (2012). Preventing obesity among adolescent girls: One-year outcomes of the nutrition and enjoyable activity for teen girls (NEAT Girls) cluster randomized controlled trial. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 166(9), 821-827.
- Maine Center for Public Health. (n.d). *Keep Me Healthy 5210 Power Up*. Retrieved from <http://www.hsph.harvard.edu/prc/files/2012/11/5210surveywphysstamp-2-8.pdf>
- Marcus, C., Nyberg, G., Nordenfelt, A., Karpmyr, M., Kowalski, J., & Ekelund, U. (2009). A 4-year, cluster-randomized, controlled childhood obesity prevention study: STOPP. *International Journal of Obesity*, 33(4), 408-17.
- Masse, L. C. & de Niet, J. E. (2013). School nutritional capacity, resources and practices are associated with availability of food/beverage items in schools. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 10, 26.
- Matthews, A., Nelson, M., Kaur, A., Rayner, M., Kelly, P., & Cowburn, G. (2011). Where has all the chocolate gone? A national survey assesses the effects of recent legislation to improve the nutritional quality of English secondary-school vending. *Public Health Nutrition*, 14(8), 1394-1402.
- Mayer-Davis, E. J., Rifas-Shiman, S. L., Zhou, L., Hu, F. B., Colditz, G. A., & Gillman, M. W. (2006). Breast-feeding and risk for childhood obesity: does maternal diabetes or obesity status matter? *Diabetes Care*, 29(10), 2231-2237.
- McCarron, D. A., Richartz, N., Brigham, S., White, M. K., Klein, S. P., & Kessel, S. S. (2010). Community-based priorities for improving nutrition and physical activity in childhood. *Pediatrics*, 126(SUPPL 2), S73-S89.
- McMaster University. (2014). *ON-Marg: Ontario Marginalization Index*. Retrieved from <http://www.crunch.mcmaster.ca/ontario-marginalization-index>
- McPherson, M. E., Mirkin, R., Heatherley, P. N., & Homer, C. J. (2012). Educating health care professionals in advocacy for childhood obesity prevention in their communities: integrating public health and primary care in the Be Our Voice project. *American Journal of Public Health*, 102(8), 37-43.
- Merchant, A. T., Dehghan, M., Behnke-Cook, D., & Anand, S. S. (2007). Diet, physical activity, and adiposity in children in poor and rich neighbourhoods: A cross-sectional comparison. *Nutrition Journal*, 6, 1.
- Merriam Webster. (2014a). *Junk Food*. Retrieved from <http://www.merriam-webster.com/dictionary/junk%20food>
- Merriam Webster. (2014b). *Marketing*. Retrieved from <http://www.merriam-webster.com/dictionary/marketing>
- Michels, K. B., Willett, W. C., Graubard, B. I., Vaidya, R. L., Cantwell, M. M., Sansbury, L. B. et al. (2007). A longitudinal study of infant feeding and obesity throughout life course. *International Journal of Obesity*, 31(7), 1078-85.

Mihas, C., Mariolis, A., Manios, Y., Naska, A., Arapaki, A., Mariolis-Sapsakos, T. et al. (2010). Evaluation of a nutrition intervention in adolescents of an urban area in Greece: short- and long-term effects of the VYRONAS study. *Public Health Nutrition*, 13(5), 712-719.

Mikkonen and Raphael. (2010). *Social Determinants of Health: The Canadian Facts*. Retrieved from http://www.thecanadianfacts.org/The_Canadian_Facts.pdf

Millar, L., Kremer, P., de Silva-Sanigorski, A., McCabe, M. P., Mavoa, H., Moodie, M. et al. (2011). Reduction in overweight and obesity from a 3-year community-based intervention in Australia: the 'It's Your Move!' project. *Obesity Reviews*, 12(Suppl 2), 20-28.

Millar, L., Robertson, N., Allender, S., Nichols, M., Bennett, C., & Swinburn, B. (2013). Increasing community capacity and decreasing prevalence of overweight and obesity in a community based intervention among Australian adolescents. *Preventive Medicine*, 56(6), 379-384.

Ministry of Education Ontario. (2010). *School Food and Beverage Policy*. Retrieved from <http://www.edu.gov.on.ca/extra/eng/ppm/150.html>

Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D.G., & The PRISMA Group. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. *British Medical Journal*, 339: b2535.

Monasta, L., Batty, G. D., Macaluso, A., Ronfani, L., Lutje, V., Bavcar, A. et al. (2011). Interventions for the prevention of overweight and obesity in preschool children: a systematic review of randomized controlled trials. *Obesity Reviews*, 12(5), 107-118.

Moraes, L., Lissner, L., Yngve, A., Poortvliet, E., Al-Ansari, U., & Sjoberg, A. (2012). Multi-level influences on childhood obesity in Sweden: societal factors, parental determinants and child's lifestyle. *International Journal of Obesity*, 36(7), 969-76.

Morinis, J. & Feller, A. (2013). Office interventions for poverty: child health. *Ontario Medical Review*.

Mosby's Dictionary of Complementary and Alternative Medicine. (2005). *Anthropometric measures*. Retrieved from <http://medical-dictionary.thefreedictionary.com/anthropometric+measurements>

Mullally, M. L., Taylor, J. P., Kuhle, S., Bryanton, J., Hernandez, K. J., MacLellan, D. L. et al. (2010). A province-wide school nutrition policy and food consumption in elementary school children in Prince Edward Island. *Canadian Journal of Public Health. Revue Canadienne de Sante Publique*, 101(1), 40-3.

Nagy, V. (2011). *International Literature Review of Student Nutrition Programs: A Synthesis of the Data on Administration and Funding Models and Impacts on Health and Educational Outcomes* (Master dissertation). Available from Toronto Public Health.

Nanney, M. S., Bohner, C., & Friedrichs, M. (2008). Poverty-related factors associated with obesity prevention policies in Utah secondary schools. *Journal of the American Dietetic Association*, 108(7), 1210-5.

National Collaborating Centre for Aboriginal Health (2012). *The State of Knowledge of Aboriginal Health: A Review of Aboriginal Public Health in Canada*. Retrieved from [http://www.nccah-ccnsa.ca/Publications/Lists/Publications/Attachments/52/The%20State%20of%20Knowledge%20of%20Aboriginal%20Health%20\(EN\).pdf](http://www.nccah-ccnsa.ca/Publications/Lists/Publications/Attachments/52/The%20State%20of%20Knowledge%20of%20Aboriginal%20Health%20(EN).pdf)

National Institute for Health and Care Excellence (2006) *Obesity: Guidance on the prevention identification, assessment and management of overweight and obesity in adults and children*. CG43. London, United Kingdom: National Institute for Health and Care Excellence.

- National Public Health Partnership. (2006). *The Language of Prevention*. Retrieved from http://www.nphp.gov.au/publications/language_of_prevention.pdf
- Nauta, C., Byrne, C., & Wesley, Y. (2009). School nurses and childhood obesity: An investigation of knowledge and practice among school nurses as they relate to childhood obesity. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 32(1), 16-30.
- Naylor, P. J., Macdonald, H. M., Reed, K. E., & McKay, H. A. (2006). Action Schools! BC: a socioecological approach to modifying chronic disease risk factors in elementary school children. *Preventing Chronic Disease*, 3(2), A60.
- NCAST Programs. (2014). *NCAST Programs: Promoting Nurturing Environments for Young children*. Retrieved from <http://www.ncast.org/>
- Nipissing District Development Screen Intellectual Property Association. (2011). *Nipissing District Developmental Screen*. Retrieved from <http://www.ndds.ca/language.php>
- Obesity Canada Clinical Practice Guidelines Expert Panel. (2006). *2006 Canadian clinical practice guidelines on the management and prevention of obesity in adults and children*. Retrieved from <http://www.cmaj.ca/content/176/8/S1.full.pdf+html>
- O'Dea, J. A., Dibley, M. J., & Rankin, N. M. (2012). Low sleep and low socioeconomic status predict high body mass index: a 4-year longitudinal study of Australian schoolchildren. *Pediatric Obesity*, 7(4), 295-303.
- Offord Centre for Child Studies (2012). *Early Development Instrument*. Retrieved from http://www.offordcentre.com/readiness/SRL_project.html
- Ontario Agency for Health Protection and Promotion. (2014). *Public Health Ontario's on-line Planning Workbook*. Retrieved from <http://www.publichealthontario.ca/EN/Pages/default.aspx>
- Ontario Agency for Health Protection and Promotion (Public Health Ontario). (2013). *Addressing Obesity in Children and Youth: Evidence to Guide Action for Ontario*. Retrieved from http://www.publichealthontario.ca/en/eRepository/Addressing_Obesity_Children_Youth_Sept2013.pdf
- Ontario Ministry of Health and Long-Term Care. (2012a). *Health Equity Impact Assessment Workbook*. Retrieved from <http://www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/hea/docs/workbook.pdf>
- Ontario Ministry of Health and Long-term Care. (2012b). *No Time to Wait: The Healthy Kids Strategy*. Retrieved from http://www.health.gov.on.ca/en/common/ministry/publications/reports/healthy_kids/healthy_kids.pdf
- Ontario Ministry of Education. (2012). *Healthy Schools: Foundations for a Healthy School*. Retrieved from <http://www.edu.gov.on.ca/eng/healthyschools/foundations.html>
- Ontario Physical and Health Education Association (OPHEA). (n.d.). *Healthy Schools & Communities*. Retrieved from <http://www.ophea.net/healthy-schools-communities>
- Ontario Society of Nutrition Professionals in Public Health. (2011). *Nutrition Tools for Schools®*. Retrieved from <http://www.nutritiontoolsforschools.ca/>
- Ontario Society of Nutrition Professionals in Public Health – Family Health Nutrition Advisory Group. (2011). *Pediatric Nutrition Guidelines for Primary Health Care Providers (birth to 6 years)*. Retrieved from http://www.osnpph.on.ca/resources/YORK-Pediatric_Nutrition_Guidelines_for_Primary_Health_Care_Providers-2011.pdf

- Ostbye, T., Krause, K. M., Stroo, M., Lovelady, C. A., Evenson, K. R., Peterson, B. L. et al. (2012). Parent-focused change to prevent obesity in preschoolers: results from the KAN-DO study. *Preventive Medicine, 55*(3), 188-195.
- Parish, S.L. & Cloud, J.M. (2006). Financial Well-Being of Young Children with Disabilities and Their Families. *Social Work, 51*(3), 223-32.
- Pascal, C. (2009). *With our best future in mind: Implementing early learning in Ontario*. Retrieved from <https://dr6j45jk9xcmk.cloudfront.net/documents/89/earlylearningreporten.pdf>
- Pettigrew, S., Pescud, M., Rosenberg, M., Ferguson, R., & Houghton, S. (2012). Public support for restrictions on fast food company sponsorship of community events. *Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition, 21*(4), 609-617.
- Phillips, M. M., Raczynski, J. M., West, D. S., Pulley, L., Bursac, Z., Gauss, C. H. et al. (2010). Changes in school environments with implementation of Arkansas Act 1220 of 2003. *Obesity, 18*(Suppl 1), S54.-61.
- Plachta-Danielzik, S., Pust, S., Asbeck, I., Czewinski-Mast, M., Langnase, K., Fischer, C., Bosy-Wetphal, A. Kriwy, P., & Miller, M. (2007). Four-year follow-up of school-based intervention on overweight children: the KOPS study. *Obesity, 15*(12), 3159-3169.
- Potvin, K. M., Dubois, L., & Wanless, A. (2011a). A nutritional comparison of foods and beverages marketed to children in two advertising policy environments. *Obesity, 9*(9), 1829-1837.
- Potvin, K. M., Dubois, L., & Wanless, A. (2011b). Self-regulation by industry of food marketing is having little impact during children's preferred television. *International Journal of Pediatric Obesity, 6*(5-6), 401-408.
- Preliip, M., Slusser, W. M., Lange, L., Vecchiarielli, S., & Neumann, C. (2010). Participatory prevention research model promotes environmental change for healthier schools. *Health Promotion Practice, 11*(1), 54-61.
- Probart, C., McDonnell, E. T., Jomaa, L., & Fekete, V. (2010). Lessons from Pennsylvania's mixed response to federal school wellness law. *Health Affairs, 29*(3), 447-53.
- Propel Centre for Population Health Impact. (n.d.). *School Health Environment Survey (SHES)*. Retrieved from <http://www.shapes.uwaterloo.ca/index.cfm?section=1002&page=1037>
- Public Health Agency of Canada. (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion: An International Conference for Health Promotion*. Retrieved from <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/docs/charter-chartre/>
- Public Health Agency of Canada. (2001). *Population Health Promotion: An Integrated Model of Population Health and Health Promotion*. Retrieved January from <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/php-ppsp/php3-eng.php>
- Public Health Agency of Canada. (2010a). *Bringing health to the planning table: A profile of promising practices in Canada and abroad*. Retrieved from <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/2009/be-eb/pdf/be-eb-eng.pdf>
- Public Health Agency of Canada. (2010b). *Glossary of Terms*. Retrieved from <http://www.phac-aspc.gc.ca/php-ppsp/ccph-cesp/glos-eng.php>
- Public Health Agency of Canada. (2011a). *Actions Taken and Future Directions Curbing Childhood Obesity: A Federal, Provincial and Territorial Framework for Action to Promote Healthy Weights*. Retrieved from <http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/hl-mvs/framework-cadre/2011/hw-os-2011-eng.php>
- Public Health Agency of Canada. (2011b). *Obesity in Canada: Determinants and Contributing Factors*. Retrieved from <http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/hl-mvs/oic-oac/determ-eng.php>

- Public Health Agency of Canada & the Canadian Institute for Health Information. (2011). *Obesity in Canada*. Retrieved from <http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/hl-mvs/oic-oac/assets/pdf/oic-oac-eng.pdf>
- Public Health Ontario. (2013a). *Measuring the Health of Infants, Children and Youth for Public Health Ontario: Indicators, Gaps, and Recommendations for Moving Forward*. Retrieved from http://www.publichealthontario.ca/en/eRepository/Measuring_Health_Infants_Children_2013.pdf
- Public Health Ontario. (2013b). *Summary Measure for Socioeconomic Inequalities in Health*. Retrieved from http://www.publichealthontario.ca/fr/eRepository/Summary_Measures_Socioeconomic_Inequalities_Health_2013.pdf
- Public Health Ontario. (2014). *Public Health Ontario's Planning Workbook*. Retrieved from <http://www.publichealthontario.ca/EN/Pages/default.aspx>
- Puder, J. J., Marques-Vidal, P., Schindler, C., Zahner, L., Niederer, I., Burgi, F. et al. (2011). Effect of multidimensional lifestyle intervention on fitness and adiposity in predominantly migrant preschool children (Ballabeina): cluster randomised controlled trial. *BMJ*, 343, d6195. Retrieved from <http://www.bmj.com/content/343/bmj.d6195?tab=metrics>
- Rausch, J. C., Rothbaum, P. E., & Hametz, P. (2011). Obesity prevention, screening, and treatment: Practices of pediatric providers since the 2007 expert committee recommendations. *Clinical Pediatrics*, 50(5), 434-441.
- Raza, D., Bloch, G., & ter Kulie, S. (2013). Office interventions for poverty. *Ontario Medical Review*, 21-24.
- Reading, J. & Halseth, R. (2013). *Pathways to Improving Well-Being for Indigenous Peoples: How Living Conditions Decide Health*. Prince George: National Collaborating Centre for Aboriginal Health. Retrieved from http://www.nccah-ccnsa.ca/Publications/Lists/Publications/Attachments/102/pathways_EN_web.pdf
- Reading, C.L. & Wien, F. (2009). *Health Inequalities and Social Determinants of Aboriginal People's Health*. Retrieved from http://www.nccah-ccnsa.ca/docs/social%20determinates/nccah-loppie-wien_report.pdf
- Registered Nurses Association of Ontario (2005). *Primary Prevention of Childhood Obesity*. Toronto, ON: Registered Nurses Association of Ontario.
- Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2006). *Client Centred Care*. Toronto ON: Registered Nurses' Association of Ontario.
- Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2007a). *Breastfeeding Best Practice Guidelines for Nurses*. Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.
- Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2007b). *Embracing Cultural Diversity in Health Care: Developing Cultural Competence*. Toronto, ON: Registered Nurses Association of Ontario.
- Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). 2010. *Enhancing Healthy Adolescent Development*. Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.
- Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2011). *Creating Vibrant Communities: RNAO's Challenge to Ontario's Political Parties 2011 Provincial Election*. Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.
- Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2012a). *Toolkit: Implementation of Best Practice Guidelines (2nd ed.)*. Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2012b). *Submission to the Healthy Kids Panel by the Registered Nurses' Association of Ontario: Building a More Inclusive and Vibrant Ontario to Support Children's Health*. Retrieved from <http://rnao.ca/policy/submissions/submission-healthy-kids-panel-registered-nurses%E2%80%99-association-ontario-building-mor>

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2012c). *Facilitating Client Centred Learning*. Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2013). *Developing and Sustaining Interprofessional Health Care: Optimizing Patient, Organizational, and Systems Outcomes*. Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2014). *Social Determinants of Health*. Retrieved from <http://rnao.ca/policy/projects/social-determinants-health>

Reilly, J. J., Kelly, L., Montgomery, C., Williamson, A., Fisher, A., McColl, J. H. et al. (2006). Physical activity to prevent obesity in young children: cluster randomised controlled trial. *BMJ*, *333*(7577), 1041.

Richardson, D., Cavill, N., Ells, L., & Roberts, K. (2011). *Measuring Diet and Physical Activity in Weight Management Interventions: A Briefing Paper*. Oxford: National Obesity Observatory.

Riediger, T. (2012). The receptive function of hypothalamic and brainstem centres to hormonal and nutrient signals affecting energy balance. *Proceedings of the Nutrition Society*, *71*(4), 463-77.

Robinson, T. N., Matheson, D. M., Kraemer, H. C., Wilson, D. M., Obarzanek, E., Thompson, N. S. et al. (2010). A randomized controlled trial of culturally tailored dance and reducing screen time to prevent weight gain in low-income African American girls: Stanford GEMS. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, *164*(11), 995-1004.

Rommich, J.N., Gurgol, C.M., & Epstein, L.H. (2004). Open-loop feedback increases physical activity in youth. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 668-673. doi: 10.1249/01.MSS.0000121947.59529.3B

Rudolf, M. C., Hunt, C., George, J., Hajibagheri, K., & Blair, M. (2010). HENRY: development, pilot and long-term evaluation of a programme to help practitioners work more effectively with parents of babies and pre-school children to prevent childhood obesity. *Child: care, health and development*, *36*(6), 850-857.

Safron, M., Cislak, A., Gaspar, T., & Luszczynska, A. (2011). Effects of school-based interventions targeting obesity-related behaviors and body weight change: A systematic umbrella review. *Behavioral Medicine*, *37*(1), 15-25.

Salmon, J., Ball, K., Hume, C., Booth, M., & Crawford, D. (2008). Outcomes of a group-randomized trial to prevent excess weight gain, reduce screen behaviours and promote physical activity in 10-year-old children: switch-play. *International Journal of Obesity*, *32*(4), 601-12.

Sanchez-Vaznaugh, E. V., Sanchez, B. N., Rosas, L. G., Baek, J., & Egerter, S. (2012). Physical education policy compliance and children's physical fitness. *American Journal of Preventive Medicine*, *42*(5), 452-459.

Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). (2010). *Management of obesity. A national clinical guideline*. Edinburgh, Scotland: Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN).

Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN), 2012, *SIGN 50: A Guideline Developer's Handbook*. Available from <http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/50/index.html>

Seo, D. C. & Lee, C. G. (2012). Association of school nutrition policy and parental control with childhood overweight. *Journal of School Health*, *82*(6), 285-93.

- Sesselberg, T. S., Klein, J. D., O'Connor, K. G., & Johnson, M. S. (2010). Screening and counseling for childhood obesity: results from a national survey. *Journal of the American Board of Family Medicine: JABFM*, 23(3), 334-42.
- Shields, M., Connor, G.S. & Tremblay, M.S. (2008). Estimates of obesity based on self-report versus direct measures. *Health Reports*, 19(2), 61-76.
- Sigman-Grant, M., Christiansen, E., Fernandez, G., Fletcher, J., Johnson, S. L., Branen, L. et al. (2011). Child care provider training and a supportive feeding environment in child care settings in 4 states, 2003. *Preventing Chronic Disease*, 8(5), A113.
- Singh, G. K., Siahpush, M., & Kogan, M. D. (2010). Neighborhood socioeconomic conditions, built environments, and childhood obesity. *Health Affairs*, 29(3), 503-512.
- Spivack, J. G., Swietlik, M., Alessandrini, E., & Faith, M. S. (2010). Primary care providers' knowledge, practices, and perceived barriers to the treatment and prevention of childhood obesity. *Obesity*, 18(7), 1341-7.
- Story, M., Hannan, P. J., Fulkerson, J. A., Rock, B. H., Smyth, M., Arcan, C. et al. (2012). Bright Start: Description and main outcomes from a group-randomized obesity prevention trial in American Indian children. *Obesity*, 11(11), 2241-2249.
- Straus, S., Tetroe, J., Graham, I.D., Zwarenstein, M., & Bhattacharyya, O. (2009). Monitoring and evaluating knowledge. In: S. Straus, J. Tetroe and I.D. Graham (Eds.). *Knowledge translation in health care* (pp. 151-159). Oxford, UK: Wiley-Blackwell.
- Sudbury & District Health Unit, Janis Randall Simpson, Heather Keller, and the Nutrition Resource Centre (2014). *NutriSTEP®*. Retrieved from <http://www.nutristep.ca/>
- Summerbell, C. D., Waters, E., Edmunds, L. D., Kelly, S., Brown, T., & Campbell, K. J. (2005). Interventions for preventing obesity in children. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3), CD001871.
- Taber, D. R., Chriqui, J. F., & Chaloupka, F. J. (2012a). Association and diffusion of nutrition and physical activity policies on the state and district level. *Journal of School Health*, 82(5), 201-9.
- Taber, D. R., Chriqui, J. F., Powell, L. M., & Chaloupka, F. J. (2012b). Banning all sugar-sweetened beverages in middle schools: reduction of in-school access and purchasing but not overall consumption. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 166(3), 256-62.
- TNS Canadian Facts. (2014). *Evaluation of Ontario's Healthy Babies, Healthy Children Program (HBHC)*. Retrieved from http://www.tnscanada.ca/recherche_sociale/hbhc.html#instrument
- Tomlin, D., Naylor, P. J., McKay, H., Zorzi, A., Mitchell, M., & Panagiotopoulos, C. (2012). The impact of Action Schools! BC on the health of Aboriginal children and youth living in rural and remote communities in British Columbia. *International Journal of Circumpolar Health*, 7. doi: 10.3402/ijch.v7i1i0.17999
- Trudnak, T., Melton, S. T., Simpson, L., & Baldwin, J. (2012). The childhood obesity response in Florida: Where do we stand? *Childhood Obesity*, 8(3), 237-242.
- Tucker, S., Lanningham-Foster, L., Murphy, J., Olsen, G., Orth, K., Voss, J. et al. (2011). A school based community partnership for promoting healthy habits for life. *Journal of Community Health*, 36(3), 414-22.
- UNICEF Office of Research (2013). *Child Well-Being in Rich Countries: A Comparative Overview. Innocenti Report Card 11*. Retrieved from http://www.unicef-irc.org/publications/pdf/rc11_eng.pdf

United States Department of Agriculture: Food and Nutrition Service. (2013). *Local School Wellness Policies: Overview and Action Steps*. Retrieved from <http://www.fns.usda.gov/sites/default/files/lwpooverview.pdf>

University of Waterloo. (n.d.). *School Health Environment Survey (SHES)*. Retrieved from <http://www.shapes.uwaterloo.ca/index.cfm?section=1002&page=1037>

van, G. A., Ezendam, N. P., Paulis, W. D., van der Wouden, J. C., & Raat, H. (2012). Primary prevention of overweight in children and adolescents: a meta-analysis of the effectiveness of interventions aiming to decrease sedentary behaviour. *International Journal of Behavioral Nutrition & Physical Activity*, 9, 61.

Vanderloo, L. M., Tucker, P., Ismail, A., & van Zandvroot, M. M. (2012). Physical activity opportunities in Canadian childcare facilities: a provincial/territorial review of legislation. *Journal of Physical Activity & Health*, 9(4), 461-72.

Van Wijnen, L.G.C., Wendel-Vos, G.C.W., Wammes, B.M., & Bemelmans, W.J.E. (2009). The impact of school-based prevention of overweight on psychological well-being of children. *Obesity Reviews*, 10, 298-312.

Veugelers, P., Sithole, F., Zhang, S., & Muhajarine, N. (2008). Neighborhood characteristics in relation to diet, physical activity and overweight of Canadian children. *International Journal of Pediatric Obesity*, 3(3), 152-159.

Virginia Polytechnic Institute and State University. (2014). *Reach Effectiveness Adoption Implementation Maintenance (RE-AIM)*. Retrieved from <http://www.re-aim.org/>

Wake, M., Price, A., Clifford, S., Ukoumunne, O.C., & Hiscock, H. (2011). Does an intervention that improves infant sleep also improve overweight at age 6? Follow-up of a randomized trial. *Arch Dis Child*, 96, 526-532.

Walton, M., Waiti, J., Signal, L., & Thomson, G. (2010). Identifying barriers to promoting healthy nutrition in New Zealand primary schools. *Health Education Journal*, 69(1), 84-94.

Waters, E., de SilvaSanigorski, A., Hall, B. J., Brown, T., Campbell, K. J., Gao, Y. et al. (2011). Interventions for preventing obesity in children. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (12). doi: 10.1002/14651858.CD001871.pub3

Welcome Trust Sanger Institute. (2008). Obesity All In Your Head? Brain Genes Associated With Increased Body Mass. *Science Daily*. Retrieved April 1, 2014 from www.sciencedaily.com/releases/2008/12/081214190959.htm

Wen, L. M., Baur, L. A., Simpson, J. M., Rissel, C., Wardle, K., & Flood, V. M. (2012). Effectiveness of home based early intervention on children's BMI at age 2: randomised controlled trial. *BMJ*, 344, 3732.

Weyermann, M., Rothenbacher, D., & Brenner, H. (2006). Duration of breastfeeding and risk of overweight in childhood: a prospective birth cohort study from Germany. *International Journal of Obesity*, 30(8), 1281-1287.

Whitehead, M & Dahlgren, G. (2006). *Levelling up (part 1): A discussion paper on concepts and principles for tackling social inequities in health*. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe. Retrieved from http://www.who.int/social_determinants/resources/leveling_up_part1.pdf

Work Group for Community Health and Development at the University of Kansas (2013). *Community Assessment Tool Kit*. Retrieved from <http://ctb.ku.edu/en/toolkits>

World Health Organization. (1988). *Adelaide Recommendations on Healthy Public Policy*. Retrieved from <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/adelaide/en/index1.html>

World Health Organization Working Group on Health Promotion Evaluation. (1998). *Health Promotion Evaluation: Recommendations to Policy-Makers*. Retrieved from http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/159871/E60706.pdf

- World Health Organization (WHO). (2006). *WHO Child Growth Standards*. Retrieved from http://www.who.int/childgrowth/standards/technical_report/en/
- World Health Organization (WHO). (2007). *Growth reference data for 5-19 years*. Retrieved from <http://www.who.int/growthref/en/>
- World Health Organization (WHO). (2008). *Closing the Gap in a Generation: Healthy Equity Action on the Social Determinants of Health*. Retrieved from http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/
- World Health Organization (WHO). (2013). *Obesity and overweight*. Retrieved from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>
- World Health Organization (WHO). (2014a). *What are social determinants of health?* Retrieved from http://www.who.int/social_determinants/sdh_definition/en
- World Health Organization (WHO). (2014b). *The World Health Organization's infant feeding recommendation*. Retrieved from http://www.who.int/nutrition/topics/infantfeeding_recommendation/en
- World Health Organization (WHO). (2014c). *Food Security*. Retrieved from <http://www.who.int/trade/glossary/story028/en/>
- World Health Organization (WHO). (2014d). *Health Equity Impact Assessment (HEIA): Glossary of Terms Used*. Retrieved from <http://www.who.int/hia/about/glos/en/index1.html>
- Young, P. C., DeBry, S., Jackson, W. D., Metos, J., Joy, E., Templeman, M. et al. (2010). Improving the prevention, early recognition, and treatment of pediatric obesity by primary care physicians. *Clinical Pediatrics*, 49(10), 964-969.
- Zask, A., Adams, J. K., Brooks, L. O., & Hughes, D. F. (2012). Tooty Fruity Veggie: an obesity prevention intervention evaluation in Australian preschools. *Health Promotion Journal of Australia*, 23(1), 10-15.
- Zenzen, W. & Kridli, S. (2009). Integrative review of school-based childhood obesity prevention programs. *Journal of Pediatric Health Care*, 23(4), 242.-58.



Anexo A: Glosario

Adultos de influencia: Los adultos de influencia son los padres, los cuidadores principales y el resto de adultos que pueden influir en los hábitos de alimentación y actividad física de los niños (Expert Panel, 2014).

Ambiente obesogénico: “Un ambiente social, físico o económico que promueva un estilo de vida sedentario o menos activo y un exceso de consumo de comida y, en particular, un mayor consumo de comida con alto contenido en grasa y calorías.” (RNAO, 2005, p. 61)

Comida basura: “Alimentos que no son buenos para la salud por su alto contenido en grasas o azúcares” (Merriam-Webster, 2014a).

Compendio de instrucciones enfermeras: Grupo de intervenciones basadas en la evidencia que son específicas para el ámbito de la enfermería; las propias enfermeras se ocupan de su ordenamiento (esto es, sin intervención de ningún médico) para estandarizar los cuidados ofrecidos para una determinada afección o trastorno clínico (en este caso, la obesidad infantil).

Consenso: Un proceso para la toma de decisiones sobre políticas, y no un método científico para crear nuevo conocimiento. El consenso solo hace el mejor uso posible de la información de que se dispone, ya se trate de datos científicos o del conocimiento de los participantes (Black et al., 1999).

Cuidados interdisciplinarios: Prestación de servicios integrales de salud a los pacientes por parte de múltiples profesionales de la salud que trabajan en colaboración para ofrecer unos cuidados de calidad dentro de cada institución y en todas como conjunto. (Health Care Innovation Workgroup, 2012; RNAO 2013).

Desigualdades en la salud: “Diferencias en el estado de salud o en la distribución de los determinantes de la salud entre distintos grupos de población” (WHO, 2014d, para. 3).

Determinantes sociales de la salud: “Los determinantes sociales de la salud son las condiciones en que una persona nace, crece, vive, trabaja y envejece. Estas circunstancias se ven conformadas por la distribución de la riqueza, el poder y los recursos a nivel local, nacional y mundial. Los determinantes sociales de la salud son los principales responsables de las desigualdades en materia de salud: son las diferencias de estatus de salud, injustas y evitables, que se observan dentro de un país y en los países entre sí” (World Health Organization, 2014a, para. 1)

Ensayo controlado aleatorizado: Los ensayos clínicos implican al menos un test de tratamiento y un test de control, la participación simultánea y el seguimiento de los grupos de tratamiento y control y la selección mediante un proceso aleatorio de los tratamientos administrados.

Entorno creado: “Los edificios, parques, colegios, sistemas viarios y demás infraestructuras que encontramos en nuestra vida diaria” (PHAC, 2010a, p. 4).

Equidad en la salud: La equidad en la salud se refiere a que todas las personas pueden alcanzar su pleno potencial de salud y no verse limitadas para ello por su posición social o cualquier otra circunstancia (Whitehead & Dahlgren, 2006).

Evidencia: La evidencia es la información que más se acerca a los hechos de una materia. La forma que adopta depende del contexto. La evidencia más precisa procede de las conclusiones de investigación de alta calidad y metodológicamente adecuada. Dado que a veces no se dispone de investigación en una materia o dicha investigación es incompleta o resulta contradictoria, es necesario contar con otro tipo de información para complementar o suplir la investigación. La base de la evidencia para tomar una decisión la constituyen múltiples formas de evidencia combinadas de forma que se equilibren el rigor y la conveniencia, dando mayor peso a aquel que a esta (Canadian Health Services Research Foundation, 2006).

Guía de buenas prácticas: Declaraciones desarrolladas de manera sistemática para ayudar a los profesionales de la salud y los pacientes en la toma de decisiones acerca de los cuidados de salud más apropiados en circunstancias (prácticas) clínicas específicas (Field & Lohr, 1990).

También llamadas “guías de práctica clínica”.

Incidencia sobre las políticas en los medios: “Este concepto se define como “el uso estratégico de los medios de comunicación y de la incidencia de la comunidad sobre las políticas para impulsar cambios en el entorno o iniciativas de políticas públicas (Centers for Disease Control and Prevention, 2003, p. 245).

Incidencia sobre las relaciones: Una eficaz incidencia sobre las relaciones de pacientes comprende 6 resultados: “desarrollo de un mensaje colaborativo, refuerzo de la responsabilidad social, avance para el cambio de las políticas, voz para la opinión de las personas, formación de la comunidad en técnicas de comunicación, y ayuda a las comunidades para crear cambios duraderos en el entorno (Centers for Disease Control and Prevention, 2003, p. 246).

Índice de masa corporal (IMC): “El índice de masa corporal es un índice simple medido como peso-por-talla, comúnmente usado para clasificar el sobrepeso o la obesidad en adultos. Se define como el peso en kilogramos de una persona dividido entre el cuadrado de su estatura en metros (kg/m^2).

La OMS ha indicado que:

- Un IMC superior o igual a 25 indica que la persona tiene sobrepeso
- Un IMC superior o igual a 30 indica que la persona tiene obesidad (WHO, 2013, para. 3).

Inseguridad alimentaria: Según la Cumbre Mundial sobre la Alimentación de 1996, “existe seguridad alimentaria cuando todas las personas tienen en todo momento acceso a suficientes alimentos inocuos y nutritivos para llevar una vida activa y sana. Comúnmente, el concepto de seguridad alimentaria se define como el acceso físico y económico a suficientes alimentos para satisfacer sus necesidades alimenticias y sus preferencias en cuanto a los alimentos (WHO, 2014c, para. 1).

Medidas antropométricas: “Un conjunto de técnicas cuantitativas no invasivas para determinar la composición de la grasa corporal de un individuo gracias a la medición, el registro y el análisis de las dimensiones específicas del cuerpo, como peso y talla; espesor de los pliegues cutáneos; y circunferencia del cuerpo en la cintura, las caderas y el pecho” (Mosby’s Dictionary of Complementary and Alternative Medicine, 2005).

Modelo de promoción de la salud entre la población: Un modelo que puede ayudar a guiar las actuaciones emprendidas a favor de la salud a través de tres preguntas:

1. “¿Sobre **qué** se debe actuar?”
2. “¿**Cómo** se debe actuar?”
- 3 “**Con quién** se debe actuar?” (PHAC, 2001, para. 1)

Paciente: “Un individuo, familia, grupo o comunidad” (College of Nurses of Ontario, 2006, p. 4).

Partes interesadas: Individuos, grupos u organizaciones con un interés particular en las decisiones y acciones de las instituciones y que puede tratar de ejercer su influencia sobre las mismas (Baker et al., 1999). Las partes interesadas incluyen a todas las personas o grupos que se verán directa o indirectamente afectados por el cambio o la resolución del problema.

Patrones de crecimiento: Un instrumento para “determinar hasta qué punto se satisfacen las necesidades fisiológicas de crecimiento y desarrollo durante el importante periodo de la infancia” (WHO, 2006, p. 1)..

Políticas de salud pública: “Las políticas de salud pública se caracterizan por su inquietud por la salud y la equidad en todas sus áreas, y por la rendición de cuentas a que están sujetas por su impacto sobre la salud. El principal objetivo de las políticas de salud pública es el de crear un entorno propicio para que las personas lleven una vida saludable. Este tipo de políticas hacen que el ciudadano pueda optar entre distintas opciones de salud, o le resulte más fácil seleccionar la que considere más conveniente. Hacen que el entorno social y físico resulte saludable” (WHO, 1988, para. 1).

Políticas locales de bienestar: “Las políticas locales de bienestar son directrices escolares que, como mínimo, comprenden unos objetivos de educación alimentaria y promoción de la alimentación, la actividad física y otras actividades escolares para el fomento del bienestar de los alumnos, así como pautas de nutrición respecto a todos los alimentos disponibles en el centro” (United States Department of Agriculture: Food and Nutrition Service, 2013, p. 2).

Prevención primaria: “Cambios generalizados que reducen el riesgo medio en toda la población” (National Public Health Partnership, 2006, p.4).

“Medidas para eliminar o reducir las causas o los determinantes que llevan a la pérdida del buen estado de salud, y para controlar la exposición a riesgos y promover los factores que protegen la salud” (National Public Health Partnership, 2006, p. 4).

Promoción de la salud: “Proceso que permite a las personas aumentar su control sobre su propia salud y mejorarla. No solo alude a las acciones orientadas a reforzar las destrezas y las capacidades de los individuos, sino también a las acciones destinadas a provocar cambios en las condiciones sociales, ambientales, políticas y económicas para aliviar su impacto sobre la salud pública y la individual” (PHAC, 2010b).

Publicidad: “La publicidad, entendida como marketing, son las “actividades que dirigen el flujo de productos y servicios de los fabricantes a los consumidores”” (Merriam Webster, 2014b)

Recomendaciones para la formación: Afirmaciones sobre los requisitos y los enfoques o las estrategias de formación que se deben aplicar para la introducción, implantación y sostenibilidad de la guía de buenas prácticas.

Recomendaciones para la práctica: Afirmaciones sobre buenas prácticas dirigidas a la práctica de los profesionales de la salud que, idealmente, están basadas en la evidencia.

Recomendaciones sobre el sistema, la organización y la elaboración de políticas y directrices:

Afirmaciones sobre las condiciones necesarias en un entorno de práctica que permitan la implantación exitosa de las guías de buenas prácticas; dichas condiciones son en gran medida responsabilidad de la institución, aunque pueden tener implicaciones para las políticas y las directrices a un nivel gubernamental o social más amplio.

Revisión sistemática: La Cochrane Collaboration (2011) dice que: “una revisión sistemática intenta recopilar toda la evidencia empírica que se ajuste a los criterios de elegibilidad especificados previamente con el fin de responder a una pregunta de investigación específica.” Una revisión sistemática utiliza métodos sistemáticos, explícitos y reproducibles para identificar, seleccionar y evaluar críticamente la investigación relevante, y para recopilar y analizar los datos de los estudios incluidos en la revisión (Cochrane Collaboration, 2011).

Salud pública: “Una actividad organizada de la sociedad para promover, proteger, mejorar y, si procede, recuperar la salud de individuos, grupos concretos o la población entera. Es una combinación de ciencias, destrezas y valores que funcionan a través de actividades sociales colectivas y comportan programas, servicios e instituciones destinados a proteger y mejorar la salud de todas las personas. El término ‘salud pública’ puede describir un concepto, una institución social, un conjunto de disciplinas y tecnologías científicas y profesionales, y una forma de práctica. Es una forma de pensar, un conjunto de disciplinas, una institución de la sociedad y una forma de práctica. Comprende un número creciente de distintos ámbitos de especialidad, que exigen a quienes los ejercen un conjunto cada vez mayor de destrezas y conocimientos” (Public Health Agency of Canada, 2010b).

Sedentarismo: “Los comportamientos sedentarios son aquellos que implican muy poco movimiento físico durante el tiempo que el niño pasa despierto, como el tiempo en que está sentado o reclinado:

- en una sillita, una trona o en el asiento del coche
- ante la televisión
- con aparatos electrónicos como videojuegos, tablets, ordenadores o teléfonos” (Canadian Society for Exercise Physiology, 2012, p. 4).

Sobrepeso y obesidad: “Acumulación anormal o excesiva de grasa que puede afectar a la salud” (WHO, 2013, para. 2).

Supervisión: “Recogida, clasificación y análisis sistemáticos de información sobre la salud, comunicada oportunamente a quienes necesitan saber qué problemas sanitarios es preciso tratar dentro de la comunidad” (PHAC, 2010b).

Tiempo ante una pantalla: “Tiempo empleado en ver vídeos o televisión, o en utilizar el ordenador, o en jugar a videojuegos” (PHAC, 2011b, p. 17).

Anexo B: Proceso de desarrollo de la Guía

La RNAO se ha comprometido a garantizar que esta guía de buenas prácticas en enfermería se basa en la mejor evidencia disponible. Con el fin de cumplir con este compromiso, se ha establecido un proceso de revisión y seguimiento de todas y cada una de las Guías cada cinco años.

Para esta segunda edición de la guía, la RNAO reunió a un equipo de profesionales de la salud expertos, integrado por un equipo de enfermeras y otros profesionales de la salud, gestores en salud y asistentes sociales, algunos de los cuales ya habían formado parte del Panel de expertos anterior y otros nuevos se incorporaron como expertos con particular experiencia en esta área de práctica. Se llevó a cabo una revisión sistemática de la evidencia que tuvo en cuenta el alcance de la guía original (2005) y que estaba respaldado por tres preguntas clínicas. Se recopiló la literatura y las guías publicadas entre 2004 y 2013, así como guías publicadas entre 2005 y 2013. Estas son las preguntas de investigación que guiaron la revisión sistemática:

1. ¿Qué intervenciones de enfermería son efectivas para prevenir la obesidad en los niños?
2. ¿Qué formación necesitan las enfermeras para prevenir eficazmente la obesidad infantil?
3. ¿Qué apoyos institucionales o políticos son necesarios para garantizar un entorno de práctica propicio para la implantación y la evaluación de la atención enfermera de alta calidad basada en la evidencia respecto a la obesidad infantil?

El papel del equipo de expertos de la RNAO fue revisar la Guía original a la luz de la nueva evidencia para garantizar la validez, la pertinencia y la seguridad de las recomendaciones. Las secciones se han actualizado según la nueva evidencia donde ha sido necesario. Esta edición es el resultado del trabajo del equipo de expertos para integrar la evidencia más reciente en las recomendaciones y respaldar la evidencia de la primera edición (donde ha sido aplicable).



Anexo C: Proceso de revisión sistemática y estrategia de búsqueda

Revisión de la guía

La coordinadora del equipo de desarrollo del proyecto de la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario buscó una lista establecida de páginas web de guías y otros contenidos relevantes publicados entre 2005 y 2012. Esta lista se compiló a partir del conocimiento de las páginas web de la práctica basada en la evidencia y las recomendaciones de la literatura. La información detallada acerca de la estrategia de búsqueda de las guías existentes, incluida la lista de páginas web examinadas y los criterios de inclusión, se encuentra disponible en www.RNAO.ca. Guidelines were also identified by members of the expert panel.

Los miembros del equipo de expertos identificaron algunas guías y, junto con dos coordinadoras, también evaluaron críticamente 12 guías internacionales utilizando la herramienta *Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation Instrument II* (Brouwers et al., 2010). A partir de esta revisión, se seleccionaron las siguientes nueve guías para describir el proceso de revisión:

August, G.P., Caprio, S., Fennoy, I., Freemark, M., Kaufman, F.R., Lustig, et al. (2008). Prevention and treatment of pediatric obesity: An Endocrine Society clinical practice guideline based on expert opinion. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 93(12), 4576-4599.

Centers for Disease Control and Prevention. (2011). *School Health Guidelines to Promote Healthy Eating and Physical Activity*, 60 (No. RR-5), 1-78.

Fitch, A., Fox, C., Bauerly, K., Gross, A., Heim, C., Judge-Dietiz, J. et al. (2013). *Institute for Clinical Systems Improvement: Prevention and Management of Obesity for Children and Adolescents*. Retrieved from <https://www.icsi.org/asset/tn5cd5/ObesityChildhood.pdf>

Garcia, J., Beyers, J., Uetrecht, C., Kennedy, E., Mangles, J., Rodrigues, L., R. Truscott, and the Expert Steering Committee of the Project in Evidence-based Primary Prevention. (2010). *Healthy eating, physical activity, and healthy weights guideline for public health in Ontario*. *Cancer Care Ontario*. Retrieved from <https://www.cancercare.on.ca/common/pages/UserFile.aspx?fileId=64413>

Healthy Active Living and Sports Medicine Committee. (2012). Psychosocial aspects of child and adolescent obesity. *Paediatrics & Child Health*, 17(3), 205-206.

Lipinowski, S., LeBLanc, C.M.A., Canadian Pediatric Society, Healthy Active Living and Sports Medicine Committee. (2012). Healthy active living: Physical activity guidelines for children and adolescents. *Paediatrics & Child Health*, 17 (4), 209-212.

National Institute for Health and Care Excellence (2006) *Obesity: Guidance on the prevention, identification, assessment and management of overweight and obesity in adults and children*. CG43. London, United Kingdom: National Institute for Health and Care Excellence.

Obesity Canada Clinical Practice Guidelines Expert Panel. (2006). *2006 Canadian clinical practice guidelines on the management and prevention of obesity in adults and children*. Retrieved from <http://www.cmaj.ca/content/176/8/S1.full.pdf+html>

Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). (2010). *Management of obesity. A national clinical guideline*. Edinburgh, Scotland: Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN).

Revisión sistemática

Coincidiendo con la revisión de las guías existentes, se realizó una búsqueda de la literatura reciente relevante para el alcance de la guía con el asesoramiento del equipo de expertos de la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario. La búsqueda sistemática de la literatura la realizó un bibliotecario de ciencias de la salud. La búsqueda se limitó a artículos en inglés publicados entre 2004 y 2013, y se realizó en las bases de datos CINAHL, Embase, DARE, Medline, el Cochrane Central Register of Controlled Trials y la Cochrane Database of Systematic Reviews, ERIC y PsycINFO. La información detallada sobre la estrategia de búsqueda para la revisión sistemática, incluidos los criterios de inclusión y exclusión, así como los términos de búsqueda, está disponible en www.RNAO.ca. Cuatro investigadores asociados (enfermeras con máster) evaluaron de forma independiente la elegibilidad de los estudios de acuerdo con los criterios de inclusión y exclusión establecidos. La directora del programa de Guías de buenas prácticas de la RNAO y el equipo de expertos resolvieron las discrepancias.

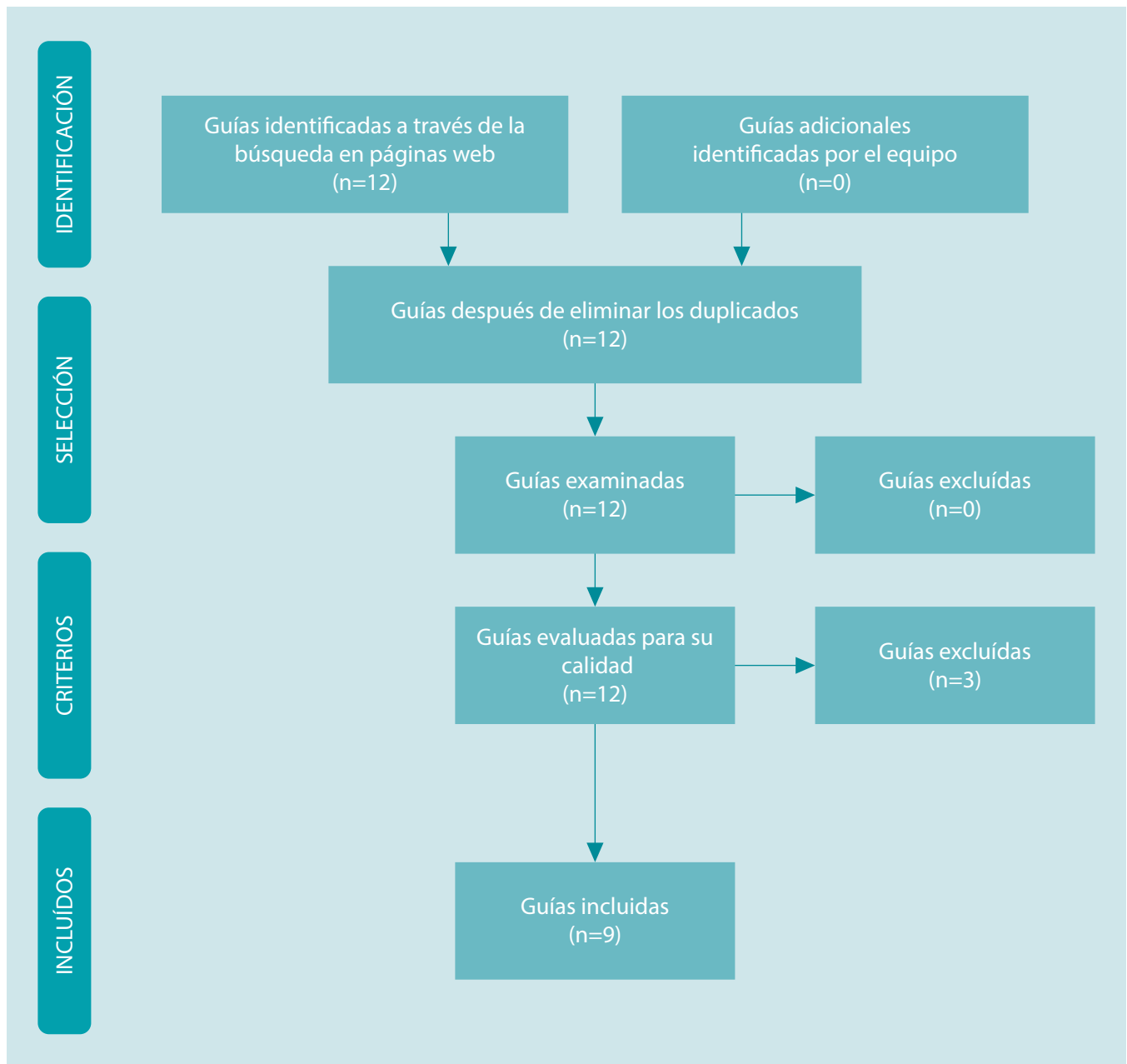
Las puntuaciones de la evaluación de la calidad de 20 artículos (una muestra aleatoria del 10% de los artículos elegibles para la extracción de datos y la evaluación de la calidad) fueron evaluadas de forma independiente por investigadores asociados de las Guías de buenas prácticas de la RNAO. El acuerdo aceptable entre los evaluadores (kappa statistic, $K=GS/DA$ $K = 0.69$; DA/MB $K = 0.69$) justifica su paso a la evaluación de la calidad y la obtención de datos dividiendo los estudios restantes, por igual, entre los cuatro investigadores asociados (Fleiss, Levin, & Paik, 2003). Se usaron herramientas de valoración crítica para valorar a todos los artículos incluidos en la revisión sistemática (AMSTAR, CASP tools, Evaluative Tools for Mixed Method Studies, Cochrane Public Health). Se completó un resumen final de los resultados de la literatura, y todos los miembros del equipo de expertos de RNAO recibieron las tablas de datos completas junto con un resumen. En septiembre de 2013, el Panel de Expertos de la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario fue convocado para revisar y lograr un consenso sobre las recomendaciones de la guía y la discusión de la evidencia de acuerdo con evidencia de gran o moderada calidad, en caso de existir (puntuaciones de la evaluación de la calidad).

Una revisión de la literatura más reciente y de las guías relevantes publicadas entre 2004 y 2013 dio lugar a una actualización completa de las recomendaciones de la guía, como la inclusión de la mejor evidencia para las recomendaciones nuevas o revisadas.

Los siguientes diagramas de flujo del proceso de revisión de las guías y los artículos se presentan de acuerdo con la guía PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) (Mohler, Liberati, Tetzlaff, Altman, & The Prisma Group, 2009).

Se encuentra disponible una bibliografía completa de todos los artículos a texto completo seleccionados para su inclusión en: <http://rnao.ca/bpg/obesity>

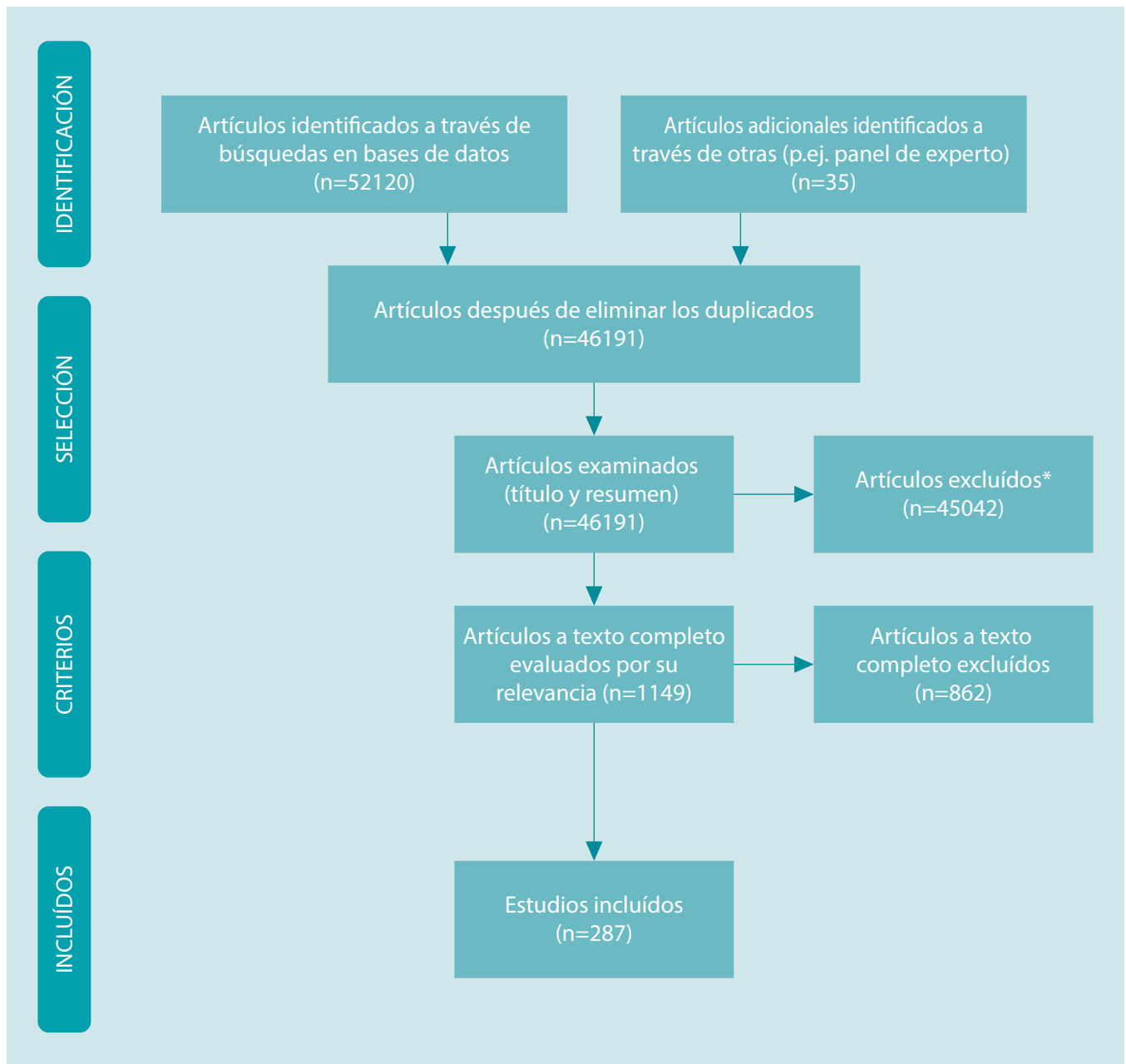
Diagrama de flujo del proceso de revisión de la guía



ANEXOS

Diagrama de flujo adaptado de D. Moher, A. Liberati, J. Tetzlaff, D. G. Altman, and The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis: The PRISMA Statement. *BMJ*, 339, b2535, doi: 10.1136/bmj.b2535

Diagrama de flujo de la revision de artículos



*Artículos excluidos: fuera del alcance del proyecto y debido al volumen de estudios..

Diagrama de flujo adaptado de D. Moher, A. Liberati, J. Tetzlaff, D. G. Altman, & The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis: The PRISMA Statement, *BMJ*, 339, b2535, doi: 10.1136/bmj.b2535

Anexo D: Herramientas y recursos de valoración individual y familiar

HERRAMIENTAS DE DIAGNÓSTICO/EVALUACIÓN DE LA NUTRICIÓN INFANTIL		
RECURSO	CARACTERÍSTICAS	CONSIDERACIONES
Parent-Child Interaction (PCI) Feeding & Teaching Scales (todas las edades)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Esta herramienta ofrece un conjunto de comportamientos observables que describen la interacción de padres e hijos en situaciones (NCAST Programs, 2014) 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Pueden usarla: enfermeras, investigadores, trabajadores sociales, psicólogos, profesionales de servicios de intervención temprana, terapeutas físicos y ocupacionales, especialistas en salud mental infantil ■ Se ha señalado que la escala es válida y fiable (NCAST Programs, 2014) ■ Disponible on-line: información sobre formación y acceso a la escala http://www.ncast.org/index.cfm?fuseaction=category.display&category_ID=2 ■ Disponible on-line: acceso a los programas NCAST http://www.ncast.org/index.cfm?fuseaction=page.display&page_id=24
NutriSTEP® (18-35 meses – niños pequeños) (3-5 años – niños de preescolar)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Plantea 17 preguntas sobre: elección de alimentos, hábitos alimentarios, actividad física y patrones de crecimiento ■ Se completa en menos de 10 minutos ■ Ofrece información de respuesta inmediata al usuario ■ Ofrece al usuario recursos para ayudar a mejorar los hábitos alimentarios y de actividad física (Sudbury & District Health Unit, Janis Randall Simpson, Heather Keller, and the Nutrition Resource Centre, 2014; Dietitians of Canada, 2014) 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Para niños entre 18-35 meses y 3-5 años ■ Pueden usarla los profesionales de la salud, los padres o cuidadores principales y otro tipo de cuidadores ■ Evidencia de fiabilidad y validez (Sudbury & District Health Unit, Janis Randall Simpson, Heather Keller, and the Nutrition Resource Centre, 2014; Dietitians of Canada, 2014) ■ Disponible on-line: Herramienta NutriSTEP® http://www.nutristep.ca/default.aspx ■ Disponible on-line: Nutri-eSTEP® (versión on-line de la herramienta) http://www.nutritionscreen.ca/

HERRAMIENTAS DE DIAGNÓSTICO/EVALUACIÓN DE LA NUTRICIÓN INFANTIL		
RECURSO	CARACTERÍSTICAS	CONSIDERACIONES
5-2-1-0 Marco (2-8 años)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Plantea 9 preguntas sobre: el consumo de frutas y verduras, el tiempo de pantalla, la actividad física, el consumo de bebidas endulzadas con azúcar y leche ■ Incluye una sección para la clasificación del IMC (Maine Center for Public Health, n.d.) 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Para niños de 2-8 años ■ Puede ser rellenado por los proveedores de atención de la salud, padres / cuidadores primarios y otros cuidadores. ■ Cuestionario corto (Main Center for Public Health, n.d.) ■ Disponible on-line: http://www.hsph.harvard.edu/prc/files/2012/11/5210surveywphysstamp-2-8.pdf
5-2-1-0 Marco (9-18 años)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Plantea 9 preguntas sobre: el consumo de frutas y verduras, el tiempo de pantalla, la actividad física, el consumo de bebidas endulzadas con azúcar y leche ■ Incluye una sección para la clasificación del IMC (Maine Center for Public Health, n.d.) 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Para niños y jóvenes de 9-18 años ■ May be filled out by health-care providers or the child ■ Cuestionario corto (Maine Center for Public Health, n.d.) ■ Disponible on-line: http://www.hsph.harvard.edu/prc/files/2012/11/5210surveywphysstamp9-18.pdf

HERRAMIENTAS DE EVALUACIÓN DE LA ACTIVIDAD FÍSICA EN NIÑOS

RECURSO	CARACTERÍSTICAS	CONSIDERACIONES
<p>Cuestionario de actividad física para niños (8-14 años)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Plantea 10 niveles generales de forma física, actividad física, bienestar físico y desarrollo de capacidades motoras ■ Cada elemento se puntúa con una escala de 5 ■ Se calcula una puntuación que resume la actividad física ■ Se completa en aprox. 20 minutos (Kowalski, Crocker, & Donen, n.d.) 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Para niños en educación primaria (cursos de 4° a 8°, niños de 8-14 años) ■ Se puede rellenar en el aula (estimación sobre 7 días) ■ Se puede rellenar en el aula (Kowalski, Crocker, & Donen, n.d.) ■ Alta validez, fiabilidad moderada (Richardson, Cavill, Ells, Roberts, 2011) ■ Disponible on-line: http://www.performwell.org/index.php/find-surveyassessments/outcomes/health-a-safety/good-health-habits/physical-activity-questionnaire-for-children



EVALUACIÓN DEL CRECIMIENTO Y EL DESARROLLO

RECURSO	CARACTERÍSTICAS	CONSIDERACIONES
<p>Promoting Optimal Monitoring of Child Growth in Canada: Using the New WHO Growth Charts</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Este documento se utilizar conjuntamente con los Patrones de crecimiento infantil de la OMS de 2006 [WHO Child Growth Standards for children] desde el nacimiento hasta los 5 años, y los datos de referencia de crecimiento [WHO Growth Reference 2007] para niños de cinco a 19 años (Dietitians of Canada and Canadian Paediatric Society, 2010) 	<ul style="list-style-type: none"> ■ El documento de referencia es una declaración conjunta de distintas asociaciones Dietitians of Canada, Canadian Paediatric Society, The College of Family Physicians of Canada, Community Health Nurses of Canada ■ Disponible on-line: guidance document http://www.cps.ca/tools/growth-charts-statement-FULL.pdf ■ Disponible on-line: 2006 WHO Child Growth Standards for children (del nacimiento a los cinco años) http://www.who.int/childgrowth/standards/technical_report/en/ ■ Disponible on-line: WHO Growth Reference 2007 (para niños de cinco a 19 años) http://www.who.int/growthref/en/
<p>Nipissing District Developmental Screen (NDDS)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ La herramienta de diagnóstico se usa para evaluar el crecimiento y el desarrollo de los niños ■ Áreas de evaluación: afectividad, motricidad fina, motricidad gruesa, socialización, autoayuda, comunicación, aprendizaje y pensamiento (NDDS, 2011) 	<ul style="list-style-type: none"> ■ La herramienta se puede aplicar a niños de hasta seis años ■ Puede ser usada por los padres o por un profesional de la salud (NDDS, 2011) ■ Disponible on-line: http://www.ndds.ca/language.php

HERRAMIENTAS DE EVALUACIÓN DEL ENTORNO FAMILIAR		
RECURSO	CARACTERÍSTICAS	CONSIDERACIONES
Parenting Stress Index™, 3 rd Edition (PSI™-3)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Utilizada para la identificación temprana de las características de los padres o cuidadores principales que influyen en el desarrollo y la actividad normales del niño; identificación temprana de niños con problemas afectivos y de conducta, y de padres o cuidadores principales en riesgo de ejercer una paternidad disfuncional ■ Características del niño evaluadas: distracción/hiperactividad, adaptabilidad, refuerzo parental, demanda de atención, estado de ánimo, aceptabilidad ■ Características parentales/situacionales: competencia, aislamiento, apego, salud, restricción de roles, depresión, cónyuge ■ Consta de 120 elementos ■ Los padres/cuidadores principales lo pueden completar en unos 30 minutos (Abidin, n.d.; PAR Inc, 2012) 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Para padres/cuidadores principales de niños entre 1 mes y 12 años de edad ■ Validado empíricamente en diversas poblaciones (Abidin, n.d.; PAR Inc, 2012) ■ Disponible on-line: compra en http://www4.parinc.com/Products/Product.aspx?ProductID=PSI ■ Disponible on-line: compra en http://www4.parinc.com/Products/Product.aspx?ProductID=PSI-SF (short-form)

HERRAMIENTAS DE EVALUACIÓN DEL ENTORNO FAMILIAR		
RECURSO	CARACTERÍSTICAS	CONSIDERACIONES
<p>Personal Environment Assessments (PEAs)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Estas herramientas se utilizan para evaluar de forma sistemática el entorno familiar en el hogar ■ Herramientas de evaluación: Difficult Life Circumstances, Community Life Skills Scale and the Network Survey ■ Ofrecen indicaciones sobre los problemas familiares, los componentes de su red de apoyo y su uso de los recursos comunitarios (NCAST Programs, 2014) 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Estas herramientas pueden utilizarse en diversos entornos (p. ej. domiciliario, clínico, hospitalario) ■ Son apropiadas para cualquier edad ■ Se ha señalado que son válidas y fiables (NCAST Programs, 2014) ■ Disponible on-line: Información sobre formación y cómo acceder a la escala http://www.ncast.org/index.cfm?fuseaction=category.display&category_ID=2

HERRAMIENTAS DE EVALUACIÓN DEL ENTORNO FAMILIAR		
RECURSO	CARACTERÍSTICAS	CONSIDERACIONES
Family Assessment Instrument (FAI)	<ul style="list-style-type: none"> Este instrumento se utiliza para evaluar el grado de riesgo del niño desde el punto de vista de su crecimiento y desarrollo saludables desde el nacimiento hasta su entrada en el colegio (Child and Youth Development Branch Strategic Policy and Planning Division Ministry of Children and Youth Services, 2012) 	<ul style="list-style-type: none"> Disponible on-line: a partir de p. 93 of <i>Healthy Families Healthy Families Guidance Document</i> (2012) by Child and Youth Development Branch Strategic Policy and Planning Division Ministry of Children and Youth Services http://chd.region.waterloo.on.ca/en/partnersProfessionals/resources/HBHC_GuidanceDocument.pdf Disponible on-line: estudio de validación de la herramienta the Family Assessment Instrument (TNS Canadian Facts, 2014) http://www.tnscanada.ca/recherche_sociale/hbhc.html#instrument
Health Providers Against Poverty	<ul style="list-style-type: none"> Esta organización reconoce la amenaza que supone la pobreza para la salud de las personas Sus objetivos son: la defensa de una renta universal y de la seguridad social; la concienciación del vínculo existente entre la pobreza y sus implicaciones en la salud; y la implicación de los profesionales de la salud y de las personas afectadas por la pobreza en la lucha por cambios sociales y políticos (HPAP, n.d.) 	<ul style="list-style-type: none"> Disponible on-line: Poverty – A Clinical Toolkit for Primary Care (HPAP, n.d.) http://www.healthprovidersagainstopoverty.ca/Primary%20Care%20Toolkits Disponible on-line: Child Poverty – Practice Tool for Primary Care (HPAP, n.d.) http://www.healthprovidersagainstopoverty.ca/node/300

Anexo E: Guías de nutrición

Pediatric Nutrition Guidelines for Primary Health Care Providers (hasta los 6 años)

La versión de 2011 de esta guía de nutrición pediátrica para sanitarios de atención primaria está disponible actualmente a través de esta página Web:

De, “Pediatric Nutrition Guidelines for Primary Health Care Providers.” Ontario Society of Nutrition Professionals in Public Health – Family Health Nutrition Advisory Group, 2011. Disponible en

http://www.osnpnh.on.ca/resources/YORK-Pediatric_Nutrition_Guidelines_for_Primary_Health_Care_Providers-2011.pdf

Esta guía será revisada en primavera/verano de 2014. Se titulará, “Evidence-based Pediatric Nutrition Guidelines for Health Professionals: Birth – 6 Years.”[Guías de nutrición pediátrica para profesionales sanitarios: del nacimiento a los seis años de edad]. Para acceder a la última versión de la guía, acceda desde la página Web de Ontario Society of Nutrition Professionals for Public Health website at: <http://www.osnpnh.on.ca/>

Recomendaciones de nutrición para neonatos a término sanos, desde el nacimiento a los seis meses

PRINCIPIOS	RECOMENDACIONES
La lactancia materna es un método de alimentación infantil natural y único.	Recomendar la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses.
Los índices de selección de la lactancia materna como medio de alimentación del bebé, así como los índices de duración mejoran cuando se protege, apoya y promueve activamente esta opción.	Implantar las políticas y recomendaciones de la Baby-Friendly Initiative (BFI) o la Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia (IHAN) para hospitales y centros de salud.
Se recomiendan suplementos de vitamina D para los niños amamantados.	Recomendar un suplemento diario de vitamina D de 10 µg (400 UI) para los niños amamantados.
Los primeros alimentos complementarios deben ser ricos en hierro.	Recomendar carnes, alternativas a la carne y cereales ricos en hierro como primeros alimentos complementarios.

PRINCIPIOS	RECOMENDACIONES
<p>Es importante supervisar rutinariamente el crecimiento para evaluar la salud y la nutrición del bebé.</p> <p>En la mayoría de los trastornos que sufren los bebés, no es necesario introducir cambios en la dieta.</p>	<p>Usar los patrones de crecimiento de la Organization Mundial de la Salud (OMS, WHO por sus siglas en inglés) para un óptimo control del crecimiento del lactante</p> <p>Explicar que los cambios en la dieta tienen escaso efecto sobre los cólicos del lactante.</p> <p>Dar formación sobre las variaciones que se producen en la función intestinal; hacer ver que es raro que realmente se produzca estreñimiento.</p> <p>Confirmar que el reflujo o la “regurgitación” es algo frecuente y raramente necesita tratamiento.</p> <p>Manejar la deshidratación de leve a moderada en los casos de gastroenteritis aguda con amamantamiento continuado y tratamiento oral de rehidratación.</p>
<p>La lactancia materna raramente está contraindicada.</p>	<p>Recomendar una alternativa aceptable a las madres lactantes infectadas con VIH.</p> <p>Informar de que la mayoría de los medicamentos son compatibles con la lactancia materna. Adoptar un enfoque personalizado en caso de que la madre tome fármacos o medicamentos.</p> <p>Algunos bebés no pueden alimentarse únicamente mediante lactancia materna por razones personales, médicas o sociales. Sus familias necesitan apoyo para optimizar el bienestar nutricional del bebé. El Código internacional de comercialización de sucedáneos de leche materna The International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes (WHO, 1981) advierte a los profesionales sanitarios de que deben informar a los padres sobre la importancia de la lactancia materna, de los costes personales, sociales y económicos de la alimentación mediante leche de fórmula, y de la dificultad de rectificar la decisión de no amamantar. Se debe ofrecer asesoramiento individual a las familias que deciden informadamente no optar por la lactancia materna y alimentar a su bebé con sustitutivos de la leche materna</p>

Fuente, “Nutrition for Healthy Term Infants: Recommendations from Birth to Six Months,” [Recomendaciones de nutrición para neonatos sanos a término desde el parto hasta los 6 meses] de Health Canada, 2014a. Copyright 2014 del Ministerio de Salud (Ministry of Health). Adaptado con autorización.


Recomendaciones de nutrición para neonatos a término sanos, desde los 6 a los 24 meses

PRINCIPIOS	RECOMENDACIONES
La lactancia materna es una importante fuente de nutrientes para bebés más mayores y niños de corta edad a medida que se van introduciendo otros alimentos complementarios.	Apoyar la lactancia materna sostenida hasta los dos años de edad o más, siempre que el niño quiere continuar.
Se recomienda administrar suplementos de vitamina D para bebés y niños de corta edad alimentados con leche materna.	Recomendar un suplemento diario de vitamina D de 10 ug (400 IU) para los bebés y niños de corta edad alimentados con leche materna.
La alimentación complementaria, junto con la lactancia materna continuada, ofrece los nutrientes y la energía necesarios para satisfacer las necesidades del niño.	<p>Recomendar un aumento gradual del número de veces diarias que se ofrecen alimentos complementarios mientras se mantiene la lactancia materna.</p> <p>Recomendar carnes rico en hierro, alternativas a la carne, cereales ricos en hierro como primer tipo de alimentos complementarios. Animar a los padres y cuidadores a introducir progresivamente distintos alimentos nutritivos de las comidas familiares.</p> <p>Asegurarse de ofrecer alimentos con texturas grumosas antes de los nueve meses de edad. Alentar el consumo de distintos tipos de texturas, modificadas a partir de las comidas familiares, antes del primer año.</p>
La receptividad a los alimentos fomenta el desarrollo de habilidades alimentarias sanas.	<p>Alentar la receptividad a los alimentos en función del apetito del niño y sus muestras de saciedad.</p> <p>Apoyar el consumo de alimentos que se puedan comer con los dedos para que el niño aprenda a comer solo.</p> <p>Alentar el uso de una taza abierta, inicialmente con ayuda.</p>
Los alimentos complementarios ricos en hierro ayudan a prevenir la deficiencia de hierro.	<p>Seguir recomendando el consumo de distintos alimentos ricos en hierro. Asegurarse de que se ofrecen varias veces cada día alimentos (como carne, alternativas a la carne y cereales) ricos en hierro.</p> <p>Si los padres y cuidadores introducen leche de vaca, aconsejarles que retrasen su consumo hasta los 12 meses de edad.</p> <p>Recomendar el consumo de leche de vaca limitado a no más de 750 ml al día</p>

PRINCIPIOS	RECOMENDACIONES
<p>La alimentación de bebés y niños de corta edad se debe preparar, servir y guardar de forma segura.</p>	<p>Recomendar que bebés y niños siempre estén bajo supervisión durante las comidas.</p> <p>Recomendar a los padres y cuidadores que eviten ofrecer bocados duros, pequeños y redondos, o lisos y pegajosos: pueden provocar aspiración y atragantamiento.</p> <p>Promover que la preparación y el almacenamiento de los alimentos se realicen de forma segura para evitar la transmisión de enfermedades. Recomendar evitar productos que contengan carne, huevos, carne de ave o pescado en estado crudo o semicrudo; leche o lácteos no pasteurizados; zumos no pasteurizados; y contaminación cruzada de alimentos cocinados y crudos.</p> <p>Advertir a padres y cuidadores de que no deben dar miel a un niño menor de un año: se ayuda así a prevenir el botulismo infantil.</p>
<p>A partir del año de edad, los niños empiezan a tener un horario regular de comidas y aperitivos, y generalmente se deben seguir las pautas de la Canada's Food Guide.</p>	<p>Recomendar un horario regular de comidas y aperitivos, con variedad de alimentos de los cuatro grupos alimentarios.</p> <p>Recomendar que las comidas se preparen sin sal ni azúcares añadidos, o con muy poca cantidad.</p> <p>Explicar a los padres y cuidadores que los alimentos nutritivos con mayor contenido en grasa son una importante fuente de energía para los niños de corta edad.</p> <p>Alentar la lactancia materna continuada, o la administración de 500 ml diarios de leche de vaca homogeneizada (semidesnatada).</p> <p>Aconsejar la limitación de zumos de frutas y bebidas azucaradas. Animar a calmar la sed con agua.</p> <p>Animar a padres y cuidadores a ejercer de modelo de conducta y a inculcar hábitos alimentarios saludables que perdurarán toda la vida.</p>
<p>Recomendaciones sobre el uso de sustitutivos de la leche materna.</p>	<p>Algunos bebés no pueden alimentarse únicamente mediante lactancia materna por razones personales, sociales o, más raramente, por motivos médicos. Sus familias necesitan apoyo para optimizar el bienestar nutricional del bebé. El Código internacional de comercialización de sucedáneos de leche materna (International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes, WHO, 1981) advierte a los profesionales sanitarios de que deben informar a los padres sobre la importancia de la lactancia materna, de los costes personales, sociales y económicos de la alimentación mediante leche de fórmula, y de la dificultad de rectificar la decisión de no amamantar. Se debe ofrecer asesoramiento individual a las familias que deciden informadamente no optar por la lactancia materna y alimentar a su bebé con sustitutivos de la leche materna.</p>

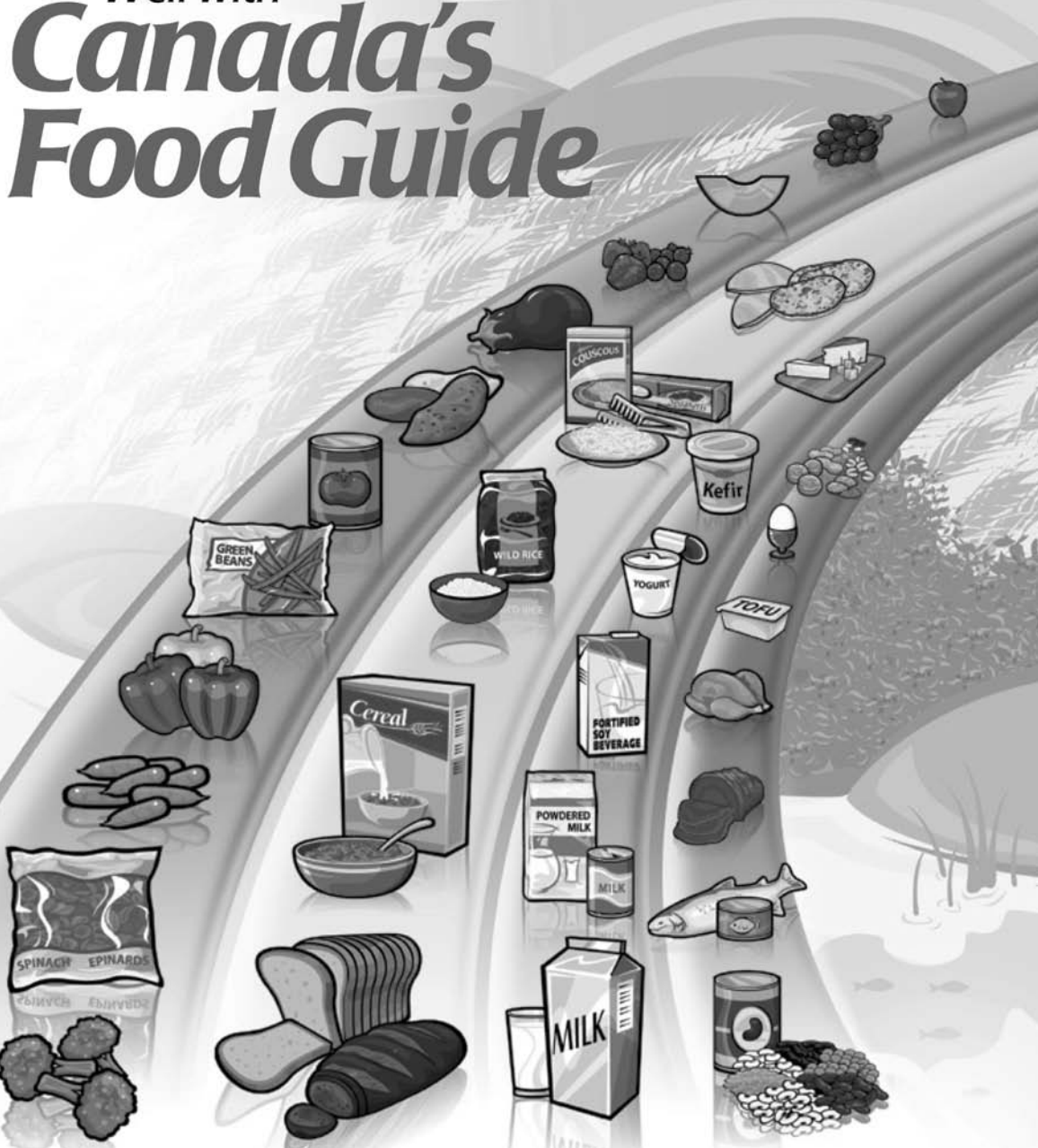
Fuente "Nutrition for Healthy Term Infants: Recommendations from Six to 24 Months" Recomendaciones de nutrición para neonatos sanos a término, desde los 6 a los 24 meses], de Health Canada, 2014b. Copyright 2014 de Ministerio de Sanidad (Ministry of Health). Adaptado con autorización.

Comer bien con la Guía de alimento de Canadá

 Health Canada Santé Canada

Your health and safety... our priority. Votre santé et votre sécurité... notre priorité.

Eating Well with Canada's Food Guide



Canada

ANEXOS

Recommended Number of Food Guide Servings per Day

Age in Years	Children			Teens		Adults			
	2-3	4-8	9-13	14-18		19-50		51+	
	Girls and Boys			Females	Males	Females	Males	Females	Males
Vegetables and Fruit	4	5	6	7	8	7-8	8-10	7	7
Grain Products	3	4	6	6	7	6-7	8	6	7
Milk and Alternatives	2	2	3-4	3-4	3-4	2	2	3	3
Meat and Alternatives	1	1	1-2	2	3	2	3	2	3

The chart above shows how many Food Guide Servings you need from each of the four food groups every day.

Having the amount and type of food recommended and following the tips in *Canada's Food Guide* will help:

- Meet your needs for vitamins, minerals and other nutrients.
- Reduce your risk of obesity, type 2 diabetes, heart disease, certain types of cancer and osteoporosis.
- Contribute to your overall health and vitality.

What is One Food Guide Serving? Look at the examples below.



Oils and Fats

- Include a small amount – 30 to 45 mL (2 to 3 Tbsp) – of unsaturated fat each day. This includes oil used for cooking, salad dressings, margarine and mayonnaise.
- Use vegetable oils such as canola, olive and soybean.
- Choose soft margarines that are low in saturated and trans fats.
- Limit butter, hard margarine, lard and shortening.



Make each Food Guide Serving count... wherever you are – at home, at school, at work or when eating out!

▶ Eat at least one dark green and one orange vegetable each day.

- Go for dark green vegetables such as broccoli, romaine lettuce and spinach.
- Go for orange vegetables such as carrots, sweet potatoes and winter squash.

▶ Choose vegetables and fruit prepared with little or no added fat, sugar or salt.

- Enjoy vegetables steamed, baked or stir-fried instead of deep-fried.

▶ Have vegetables and fruit more often than juice.

▶ Make at least half of your grain products whole grain each day.

- Eat a variety of whole grains such as barley, brown rice, oats, quinoa and wild rice.
- Enjoy whole grain breads, oatmeal or whole wheat pasta.

▶ Choose grain products that are lower in fat, sugar or salt.

- Compare the Nutrition Facts table on labels to make wise choices.
- Enjoy the true taste of grain products. When adding sauces or spreads, use small amounts.

▶ Drink skim, 1%, or 2% milk each day.

- Have 500 mL (2 cups) of milk every day for adequate vitamin D.
- Drink fortified soy beverages if you do not drink milk.

▶ Select lower fat milk alternatives.

- Compare the Nutrition Facts table on yogurts or cheeses to make wise choices.

▶ Have meat alternatives such as beans, lentils and tofu often.

▶ Eat at least two Food Guide Servings of fish each week.*

- Choose fish such as char, herring, mackerel, salmon, sardines and trout.

▶ Select lean meat and alternatives prepared with little or no added fat or salt.

- Trim the visible fat from meats. Remove the skin on poultry.
- Use cooking methods such as roasting, baking or poaching that require little or no added fat.
- If you eat luncheon meats, sausages or prepackaged meats, choose those lower in salt (sodium) and fat.



* Health Canada provides advice for limiting exposure to mercury from certain types of fish. Refer to www.healthcanada.gc.ca for the latest information.

Advice for different ages and stages...

Children

Following *Canada's Food Guide* helps children grow and thrive.

Young children have small appetites and need calories for growth and development.

- Serve small nutritious meals and snacks each day.
- Do not restrict nutritious foods because of their fat content. Offer a variety of foods from the four food groups.
- Most of all... be a good role model.



Women of childbearing age

All women who could become pregnant and those who are pregnant or breastfeeding need a multivitamin containing **folic acid** every day. Pregnant women need to ensure that their multivitamin also contains **iron**. A health care professional can help you find the multivitamin that's right for you.

Pregnant and breastfeeding women need more calories. Include an extra 2 to 3 Food Guide Servings each day.

Here are two examples:

- Have fruit and yogurt for a snack, or
- Have an extra slice of toast at breakfast and an extra glass of milk at supper.



Men and women over 50

The need for **vitamin D** increases after the age of 50.

In addition to following *Canada's Food Guide*, everyone over the age of 50 should take a daily vitamin D supplement of 10 µg (400 IU).



How do I count Food Guide Servings in a meal?



Here is an example:

Vegetable and beef stir-fry with rice, a glass of milk and an apple for dessert

250 mL (1 cup) mixed broccoli, carrot and sweet red pepper	=	2 Vegetables and Fruit Food Guide Servings
75 g (2 1/2 oz.) lean beef	=	1 Meat and Alternatives Food Guide Serving
250 mL (1 cup) brown rice	=	2 Grain Products Food Guide Servings
5 mL (1 tsp) canola oil	=	part of your Oils and Fats intake for the day
250 mL (1 cup) 1% milk	=	1 Milk and Alternatives Food Guide Serving
1 apple	=	1 Vegetables and Fruit Food Guide Serving

Eat well and be active today and every day!

The benefits of eating well and being active include:

- Better overall health.
- Lower risk of disease.
- A healthy body weight.
- Feeling and looking better.
- More energy.
- Stronger muscles and bones.



Be active

To be active every day is a step towards better health and a healthy body weight.

It is recommended that adults accumulate at least 2 ½ hours of moderate to vigorous physical activity each week and that children and youth accumulate at least 60 minutes per day. You don't have to do it all at once. Choose a variety of activities spread throughout the week.

Start slowly and build up.



Eat well

Another important step towards better health and a healthy body weight is to follow *Canada's Food Guide* by:

- Eating the recommended amount and type of food each day.
- Limiting foods and beverages high in calories, fat, sugar or salt (sodium) such as cakes and pastries, chocolate and candies, cookies and granola bars, doughnuts and muffins, ice cream and frozen desserts, french fries, potato chips, nachos and other salty snacks, alcohol, fruit flavoured drinks, soft drinks, sports and energy drinks, and sweetened hot or cold drinks.

Read the label

- Compare the Nutrition Facts table on food labels to choose products that contain less fat, saturated fat, trans fat, sugar and sodium.
- Keep in mind that the calories and nutrients listed are for the amount of food found at the top of the Nutrition Facts table.

Nutrition Facts

Per 0 mL (0 g)

Amount	% Daily Value
Calories 0	
Fat 0 g	0 %
Saturated 0 g	0 %
+ Trans 0 g	
Cholesterol 0 mg	
Sodium 0 mg	0 %
Carbohydrate 0 g	0 %
Fibre 0 g	0 %
Sugars 0 g	
Protein 0 g	
Vitamin A 0 %	Vitamin C 0 %
Calcium 0 %	Iron 0 %

Limit trans fat

When a Nutrition Facts table is not available, ask for nutrition information to choose foods lower in trans and saturated fats.

Take a step today...

- ✓ Have breakfast every day. It may help control your hunger later in the day.
- ✓ Walk wherever you can – get off the bus early, use the stairs.
- ✓ Benefit from eating vegetables and fruit at all meals and as snacks.
- ✓ Spend less time being inactive such as watching TV or playing computer games.
- ✓ Request nutrition information about menu items when eating out to help you make healthier choices.
- ✓ Enjoy eating with family and friends!
- ✓ Take time to eat and savour every bite!



For more information, interactive tools, or additional copies visit *Canada's Food Guide* on-line at: www.healthcanada.gc.ca/foodguide

or contact:

Publications
Health Canada
Ottawa, Ontario K1A 0K9
E-Mail: publications@hc-sc.gc.ca
Tel.: 1-866-225-0709
Fax: (613) 941-5366
TTY: 1-800-267-1245

Également disponible en français sous le titre :
Bien manger avec le Guide alimentaire canadien

This publication can be made available on request on diskette, large print, audio-cassette and braille.

© Her Majesty the Queen in Right of Canada, represented by the Minister of Health Canada, 2011. This publication may be reproduced without permission. No changes permitted. HC Pub.: 4651 Cat.: H164-38/1-2011E-PDF ISBN: 978-1-100-19255-0

Fuente: "Eating Well with Canada's Food Guide", de Health Canada, 2011b. Copyright 2014 de Minister of Health. Reimpresión autorizada.

Comer bien con la Guía de alimentos de Canadá para las primeras naciones, los inuit y los métis



Health
Canada

Santé
Canada

Your health and
safety... our priority.

Votre santé et votre
sécurité... notre priorité.

Eating Well with Canada's Food Guide

First Nations, Inuit and Métis



Canada

Comer bien con la Guía de alimento de Canadá

How to use Canada's Food Guide

The Food Guide shows how many servings to choose from each food group every day and how much food makes a serving.

Vegetables and Fruit	Recommended Number of Food Guide Servings per day	
	Children 2-3 years old	Teens and Adults (16+ years)
Fresh, frozen and canned.	4	5-6
	3	4-6
	2	2-4
	1	1-2

Eating Well Every Day
 Canada's Food Guide describes healthy eating for Canadians two years of age or older. Choosing the amount and type of food recommended in Canada's Food Guide will help:

- children and teens grow and thrive
- meet your needs for vitamins, minerals and other nutrients
- lower your risk of obesity, type 2 diabetes, heart disease, certain types of cancer and osteoporosis (weak and brittle bones).

What is one Food Guide Serving?
 Look at the examples below.

1. Find your age and sex group in the chart below.
2. Follow down the column to the number of servings you need for each of the four food groups every day.
3. Look at the examples of the amount of food that counts as one serving. For instance, 125 mL (1/2 cup) of carrots is one serving in the Vegetables and Fruit food group.

100% Juice
125 mL (1/2 cup)

Fruit
1 fruit or 125 mL (1/2 cup)

Berries
125 mL (1/2 cup)

Leafy vegetables and wild plants
cooked 125 mL (1/2 cup)
raw 250 mL (1 cup)

Other vegetables
125 mL (1/2 cup)

Dark green and orange vegetables
125 mL (1/2 cup)

Beans - cooked
175 mL (3/4 cup)

Cooked rice
White, brown, wild
125 mL (1/2 cup)

Cooked pasta
125 mL (1/2 cup)

Hot cereal
175 mL (3/4 cup)

Cooked rice
125 mL (1/2 cup)

Yogurt
175 mL (3/4 cup)

Cheese
50 g (1/2 oz.)

100% Juice
125 mL (1/2 cup)

Fruit
1 fruit or 125 mL (1/2 cup)

Berries
125 mL (1/2 cup)

Leafy vegetables and wild plants
cooked 125 mL (1/2 cup)
raw 250 mL (1 cup)

Other vegetables
125 mL (1/2 cup)

Dark green and orange vegetables
125 mL (1/2 cup)

Beans - cooked
175 mL (3/4 cup)

Cooked rice
White, brown, wild
125 mL (1/2 cup)

Cooked pasta
125 mL (1/2 cup)

Hot cereal
175 mL (3/4 cup)

Cooked rice
125 mL (1/2 cup)

Yogurt
175 mL (3/4 cup)

Cheese
50 g (1/2 oz.)

Make at least half of your grain products whole grain each day. Choose grain products that are lower in fat, sugar or salt.

Drink 500 mL (2 cups) of skim, 1% or 2% milk each day. Select lower fat milk alternatives. Drink fortified soy beverages if you do not drink milk.

Have meat alternatives such as beans, lentils and tofu often. Eat at least two Food Guide Servings of fish each week.* Select lean meat and alternatives prepared with little or no added fat or salt.

When cooking or adding fat to food:

- Most of the time, use vegetable oils with unsaturated fats. These include canola, olive and soybean oils.
- Aim for a small amount (2 to 3 tablespoons or about 30-45 mL) each day. This amount includes oil used for cooking, salad dressings, margarine and mayonnaise.
- Traditional fats that are liquid at room temperature, such as oil and butter, are also good sources of unsaturated fats. They can be used as all or part of the 2-3 tablespoons of unsaturated fats recommended per day.
- Choose soft margarines that are low in saturated and trans fats.
- Limit butter, hard margarine, lard, shortening and bacon fat.

*Health Canada provides advice for limiting exposure to mercury from certain types of fish. Refer to www.healthcanada.gc.ca for the latest information. Consult local, provincial or territorial governments for information about eating locally caught fish.

Respect your body... Your choices matter

Following Canada's Food Guide and limiting foods and drinks which contain a lot of calories, fat, sugar or salt are important ways to respect your body. Examples of foods and drinks to limit are:

- pop
- fruit flavoured drinks
- sweet drinks made from crystals
- sports and energy drinks
- candy and chocolate
- cakes, pastries, doughnuts and muffins
- granola bars and cookies
- ice cream and frozen desserts
- potato chips
- nachos and other salty snacks
- french fries
- alcohol

People who do not eat or drink milk products must plan carefully to make sure they get enough nutrients.

The traditional foods pictured here are examples of how people got, and continue to get, nutrients found in milk products. Since traditional foods are not eaten as much as in the past, people may not get these nutrients in the amounts needed for health.

People who do not eat or drink milk products need more individual advice from a health care provider.



Wild plants, seaweed



Bannock (made with baking powder)



Fish with bones, shellfish, nuts, beans

Women of childbearing age

All women who could become pregnant, and pregnant and breastfeeding women, need a multivitamin with folic acid every day. Pregnant women should make sure that their multivitamin also contains iron. A health care provider can help you find the multivitamin that is right for you.

When pregnant and breastfeeding, women need to eat a little more. They should include an extra 2 to 3 Food Guide Servings from any of the food groups each day.

For example:

- have dry meat or fish and a small piece of bannock for a snack, or
- have an extra slice of toast at breakfast and an extra piece of cheese at lunch.

Women and men over the age of 50

The need for vitamin D increases after the age of 50.

In addition to following Canada's Food Guide, men and women over the age of 50 should take a daily vitamin D supplement of 10 µg (400 IU).

For strong body, mind and spirit, be active every day.



This guide is based on *Eating Well with Canada's Food Guide*.

For more information, interactive tools or additional copies visit Canada's Food Guide at: www.healthcanada.gc.ca/foodguide

or contact: Publications • Health Canada • Ottawa, Ontario K1A 0K9 • E-Mail: publications@hc-sc.gc.ca • Tel.: 1-866-225-0709 • TTY: 1-800-267-1245 • Fax: (613) 941-5366

Également disponible en français sous le titre : Bien manger avec le Guide alimentaire canadien - Premières Nations, Inuit et Métis

This publication can be made available on request on diskette, large print, audio-cassette and braille.

© Her Majesty the Queen in Right of Canada, represented by the Minister of Health Canada, 2007. This publication may be reproduced without permission. No changes permitted. HC Pub.: 3426 Cat.: H34-159/2007E ISBN: 0662-44562-7

Fuente: "Eating Well with Canada's Food Guide First Nations, Inuit and Metis", de Health Canada, 2007. Copyright 2014 de Minister of Health. Reimpresión autorizada.

Anexo F: Guías canadienses sobre actividad física







Guías canadienses de actividad física, primeros años (0-4 años)

Canadian Physical Activity Guidelines

FOR THE EARLY YEARS - 0 – 4 YEARS

Guidelines:

For healthy growth and development:

-  Infants (aged less than 1 year) should be physically active several times daily – particularly through interactive floor-based play.
-  Toddlers (aged 1–2 years) and preschoolers (aged 3–4 years) should accumulate at least 180 minutes of physical activity at any intensity spread throughout the day, including:
 -  A variety of activities in different environments;
 -  Activities that develop movement skills;
 -  Progression toward at least 60 minutes of energetic play by 5 years of age.
-  More daily physical activity provides greater benefits.

Being active as an infant means:

- Tummy time
- Reaching for or grasping balls or other toys
- Playing or rolling on the floor
- Crawling around the home

Being active as a toddler or preschooler means:

- Any activity that gets kids moving
- Climbing stairs and moving around the home
- Playing outside and exploring their environment
- Crawling, brisk walking, running or dancing

The older children get, the more energetic play they need, such as hopping, jumping, skipping and bike riding.

All activity counts. Try these tips to get young kids moving:

- Create safe spaces for play.
- Play music and learn action songs together.
- Dress for the weather and explore the outdoors.
- Make time for play with other kids.
- Get where you're going by walking or biking.

**Any way, every day.
Get active together!**



Fuente: "Canadian Physical Activity Guidelines for the Early Years (0-4 Years)" de Canadian Society for Exercise Physiology, 2014a. Copyright 2014 de Canadian Society for Exercise Physiology. Reimpresión autorizada.

Guías canadienses sobre actividad física para niños (5-11 años)

Canadian Physical Activity Guidelines

FOR CHILDREN - 5 – 11 YEARS

Guidelines



For health benefits, children aged 5-11 years should accumulate at least 60 minutes of moderate- to vigorous-intensity physical activity daily. This should include:



Vigorous-intensity activities at least 3 days per week.



Activities that strengthen muscle and bone at least 3 days per week.



More daily physical activity provides greater health benefits.

Let's Talk Intensity!

Moderate-intensity physical activities will cause children to sweat a little and to breathe harder. Activities like:

- Bike riding
- Playground activities

Vigorous-intensity physical activities will cause children to sweat and be 'out of breath'. Activities like:

- Running
- Swimming

Being active for at least **60 minutes** daily can help children:

- Improve their health
- Do better in school
- Improve their fitness
- Grow stronger
- Have fun playing with friends
- Feel happier
- Maintain a healthy body weight
- Improve their self-confidence
- Learn new skills

Parents and caregivers can help to plan their child's daily activity. Kids can:

- | | |
|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Play tag – or freeze-tag! | <input checked="" type="checkbox"/> Play an active game at recess. |
| <input checked="" type="checkbox"/> Go to the playground after school. | <input checked="" type="checkbox"/> Go sledding in the park on the weekend. |
| <input checked="" type="checkbox"/> Walk, bike, rollerblade or skateboard to school. | <input checked="" type="checkbox"/> Go "puddle hopping" on a rainy day. |

60 minutes a day. You can help your child get there!



Fuente: "Canadian Physical Activity Guidelines for Children (5-11 Years)" de Canadian Society for Exercise Physiology, 2014b. Copyright 2014 de Canadian Society for Exercise Physiology. Reimpresión autorizada.




Anexo G: Guías canadienses sobre sedentarismo

Guías canadienses sobre sedentarismo, primeros años (0-4 años)

Canadian Sedentary Behaviour Guidelines

FOR THE EARLY YEARS - 0 – 4 YEARS

Guidelines:

-  For healthy growth and development, caregivers should minimize the time infants (aged less than 1 year), toddlers (aged 1–2 years) and preschoolers (aged 3–4 years) spend being sedentary during waking hours. This includes prolonged sitting or being restrained (e.g., stroller, high chair) for more than one hour at a time.
-  For those under 2 years, screen time (e.g., TV, computer, electronic games) is not recommended.
-  For children 2–4 years, screen time should be limited to under one hour per day; less is better.

The Lowdown on the Slowdown: what counts as being sedentary

Sedentary behaviours are those that involve very little physical movement while children are awake, such as sitting or reclining:

- in a stroller, high chair or car seat
- watching television
- playing with non-active electronic devices such as video games, tablets, computers or phones

Spending less time being sedentary can help young kids:

- Maintain a healthy body weight
- Develop social skills
- Behave better
- Improve learning and attention
- Improve language skills

So cut down on sitting down. To reduce young children's sedentary time, you can:

- Limit use of playpens and infant seats when baby is awake.
- Explore and play with your child.
- Stop during long car trips for playtime.
- Set limits and have rules about screen time.
- Keep TVs and computers out of bedrooms.
- Take children outside every day.

***There's no time like right now
to get up and get moving!***



Fuente: "Canadian Sedentary Behaviour Guidelines for the Early Years (0-4 Years)" de Canadian Society for Exercise Physiology, 2014c. Copyright 2014 de Canadian Society for Exercise Physiology. Reimpresión autorizada.



Guías canadienses sobre sedentarismo para niños (5-11 años)

Canadian Sedentary Behaviour Guidelines

FOR CHILDREN - 5 – 11 YEARS

Guidelines

For health benefits, children aged 5–11 years should minimize the time they spend being sedentary each day. This may be achieved by

-  Limiting recreational screen time to no more than 2 hours per day; lower levels are associated with additional health benefits.
-  Limiting sedentary (motorized) transport, extended sitting and time spent indoors throughout the day.

The lowdown on the slowdown: what counts as being sedentary?

Sedentary behaviour is time when children are doing very little physical movement. Some examples are:


- Sitting for long periods
- Using motorized transportation (such as a bus or a car)
- Watching television
- Playing passive video games
- Playing on the computer

Spending less time being sedentary can help children:


- Maintain a healthy body weight
- Do better in school
- Improve their self-confidence
- Have more fun with their friends
- Improve their fitness
- Have more time to learn new skills

Cutting down on sitting down. Help children swap sedentary time with active time!


Wake Up




Drive to School




School




After School




Physical Activity



Leisure Time



Bed Time





Active Transportation
Instead of driving, walk to school with a group of kids from the neighbourhood.

Active Play
Limit after school TV watching. Plan time outdoors instead!

Active Family Time
Instead of video games in the evening, introduce the family to a new active game.

There is no time like right now for children to get up and get moving!

THE GOLD STANDARD IN EXERCISE SCIENCE AND PERSONAL TRAINING
www.csep.ca/guidelines

Fuente: "Canadian Sedentary Behaviour Guidelines for Children (5-11 Years)" de Canadian Society for Exercise Physiology, 2014d. Copyright 2014 de Canadian Society for Exercise Physiology. Reimpresión autorizada.

Anexo H: Herramientas y recursos de valoración del entorno escolar

HERRAMIENTAS Y RECURSOS DE VALORACIÓN DEL ENTORNO ESCOLAR		
RECURSO	CARACTERÍSTICAS	INFORMACIÓN ADICIONAL
Healthy Schools Healthy Communities	<ul style="list-style-type: none"> Esta página web ofrece herramientas y recursos integrales para la valoración, la planificación y la intervención de programas e intervenciones escolares en materia de salud (Ontario Physical and Health Education Association [OPHEA], n.d.) 	<ul style="list-style-type: none"> La Ontario Physical and Health Education Association (OPHEA) es una organización sin ánimo de lucro que fue creada en 1921 Disponible on-line: http://www.ophea.net/healthy-schools-communities/about-healthy-school-communities
Healthy Schools: Foundations for a Healthy School	<ul style="list-style-type: none"> Esta página web ofrece una gráfica que puede utilizarse para evaluar los colegios según sus programas educativos de calidad, su entorno físico, su entorno de apoyo social y sus asociaciones comunitarias (Ontario Ministry of Education, 2012) 	<ul style="list-style-type: none"> Created by the Ontario Ministry of Education Disponible on-line: http://www.edu.gov.on.ca/eng/healthyschools/foundations.html
School Health Environment Survey (SHES)	<ul style="list-style-type: none"> La encuesta aborda los cuatro componentes que conforman la base de los Fundamentos para un colegio saludable [Foundations for a Healthy School]: educación y programas de alta calidad, entorno físico saludable, entorno de apoyo social y asociaciones comunitarias (Propel Center for Population Health Impact at University of Waterloo, n.d.) 	<ul style="list-style-type: none"> Disponible on-line: SHAPES – School Health Action, Planning and Evaluation System website http://www.shapes.uwaterloo.ca/index.cfm?section=1002&page=1037

HERRAMIENTAS Y RECURSOS DE VALORACIÓN DEL ENTORNO ESCOLAR		
RECURSO	CARACTERÍSTICAS	INFORMACIÓN ADICIONAL
Nutrition Tools for Schools®	<ul style="list-style-type: none"> ■ Sitio web que ofrece pautas de actuación aplicables a la valoración y la creación de un entorno alimentario más sano para los niños en el colegio ■ Ofrece consejos y herramientas sobre cómo cumplir con el programa School Food and Beverage Policy, del Ministerio de Educación de Ontario, Policy/Program Memorandum no. 150 (PPM 150) (Ontario Society of Nutrition Professionals in Public Health, 2011) 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Con el apoyo de la Ontario Society of Nutrition Professionals in Public Health ■ Disponible on-line: http://nutritiontoolsforschools.ca/ ■ Disponible on-line: PPM 150 http://www.edu.gov.on.ca/eng/healthyschools/policy.html
School Health Index	<ul style="list-style-type: none"> ■ Una herramienta de autoevaluación y planificación on-line que pueden utilizar los colegios para mejorar sus programas y políticas de salud y seguridad (Centers for Disease Control and Prevention, 2012a) 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Desarrollada por los Centers for Disease Control and Prevention [Centros para la prevención y el control de enfermedades] en colaboración con personal y gestores de los colegios, padres o cuidadores principales, expertos en salud escolar y agencias de educación y sanidad nacionales no gubernamentales ■ Empleado en centros de educación primaria y secundaria (Centers for Disease Control and Prevention, 2012a) ■ Disponible on-line: http://www.cdc.gov/healthyouth/shi/
Eating Well With Canada's Food Guide: A Resource for Educators and Communicators	<ul style="list-style-type: none"> ■ Esta guía [Comer bien con la Guía de alimentos de Canadá: un recurso para educadores y comunicadores] ofrece información sobre antecedentes, así como consejos e instrumentos para complementar las recomendaciones de dieta sana recogidas en la Canada's Food Guide [Guía de alimentos de Canadá] ■ Permite a los educadores: escribir y hablar de la importancia de una buena alimentación, desarrollar o defender políticas de nutrición y crear nuevos instrumentos y recursos (Health Canada, 2011a) 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Desarrollado por la Health Canada ■ Disponible on-line: http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/alt_formats/hpfb-dgpsa/pdf/pubs/res-educat-eng.pdf

HERRAMIENTAS Y RECURSOS DE VALORACIÓN DEL ENTORNO ESCOLAR		
RECURSO	CARACTERÍSTICAS	INFORMACIÓN ADICIONAL
Physical Education Curriculum Analysis Tool (PECAT)	<ul style="list-style-type: none"> Este Instrumento de análisis de la educación física en el programa escolar es una guía de autoevaluación y planificación diseñada para ayudar a los distritos escolares a realizar un análisis del programa curricular de educación física, según los estándares de educación física nacionales (Centers for Disease Control and Prevention, 2007) 	<ul style="list-style-type: none"> Disponible on-line: http://www.cdc.gov/healthyouth/PECAT/
Health Education Curriculum Analysis Tool (HECAT)	<ul style="list-style-type: none"> Este Instrumento de análisis de la educación en salud en el programa escolar ayuda a los distritos escolares y a los colegios a realizar un análisis del programa curricular en materia de salud según los estándares National Health Education Standards y las Characteristics of an Effective Health Education Curriculum de los Centros para la prevención y el control de enfermedades (Centers for Disease Control and Prevention, 2012b) 	<ul style="list-style-type: none"> Disponible on-line: http://www.cdc.gov/healthyouth/HECAT/index.htm



Anexo I: Herramientas y recursos de valoración comunitaria

HERRAMIENTAS Y RECURSOS DE VALORACIÓN DEL ENTORNO ESCOLAR		
RECURSO	CARACTERÍSTICAS	INFORMACIÓN ADICIONAL
Community Assessment Tool Kit	<ul style="list-style-type: none"> Un capítulo de esta Herramienta de valoración comunitaria trata de: cómo evaluar las necesidades y los recursos de la comunidad, cómo llevar las cuestiones comunitarias a la agenda pública, y cómo elegir estrategias de actuación oportunas <p>(Work Group for Community Health and Development, University of Kansas, 2013)</p>	<ul style="list-style-type: none"> Creada por el Grupo de trabajo para la salud y el desarrollo comunitarios [Work Group for Community Health and Development] de la University of Kansas Disponible on-line: http://ctb.ku.edu/en/table-of-contents/assessment
Public Health Ontario's Planning Workbook	<ul style="list-style-type: none"> Ofrece información sobre el proceso de planificación de programas: gestión del proceso de planificación, elaboración de un análisis de situación, determinación metas/audiencias y objetivos de resultado, selección de estrategias y recursos, desarrollo de indicadores y revisión del plan <p>(Ontario Agency for Health Protection and Promotion, 2014)</p>	<ul style="list-style-type: none"> Ofrecido por the Ontario Agency for Health Protection and Promotion Disponible on-line: http://www.PUBLICHEALTHONTARIO.ca/ (go to Service and Tools → Online Health Program Planner)
RE-AIM Framework	<ul style="list-style-type: none"> El objetivo general de este marco de trabajo es ofrecer un instrumento de evaluación de los principales componentes de los programas de salud pública (p. ej. validez externa) que se pueden usar para mejorar la adopción y la implantación sostenibles de intervenciones efectivas y generalizables basadas en la evidencia <p>(Virginia Polytechnic Institute and State University, 2014)</p>	<ul style="list-style-type: none"> En el vínculo se pueden consultar ejemplos de uso del marco RE-AIM [Reach, Effectiveness, Adoption, Implementation and Maintenance - Alcance, efectividad, adopción, implantación y mantenimiento] dentro del contexto de intervenciones sobre la obesidad infantil (véase la pestaña 'Publications' en la página web) Disponible on-line: http://www.re-aim.org/index.html

Anexo J: Herramientas y recursos para evaluar las políticas de salud pública

HERRAMIENTAS Y RECURSOS PARA EVALUAR LAS POLÍTICAS DE SALUD PÚBLICA		
RECURSO	CARACTERÍSTICAS	CONSIDERACIONES/ INFORMACIÓN ADICIONAL
Modelo de análisis de riesgos	<ul style="list-style-type: none"> ■ El artículo ofrece un ejemplo de cómo aplicar un modelo de análisis de riesgos para valorar el impacto potencial de las políticas de nutrición ■ Componentes del análisis de riesgos: identificación de riesgos, relación dosis-respuesta, valoración de la exposición y caracterización de los riesgos 	<p>Se puede encontrar un ejemplo de uso de un modelo de análisis de riesgos en el siguiente artículo:</p> <p>Forshee, R. A., Storey, M. L., & Ginevan, M. E. (2005). A risk analysis model of the relationship between beverage consumption from school vending machines and risk of adolescent overweight. <i>Risk Analysis</i>, 25(5), p.1121 -1135.</p>
ANGELO framework	<ul style="list-style-type: none"> ■ El artículo ofrece un ejemplo de adaptación del marco ANGELO para evaluar el entorno obesogénico ■ Componentes del marco ANGELO: microentorno, macroentorno (p. ej. entorno escolar), entorno físico (p. ej. de qué se dispone), entorno económico (p. ej. factores financieros), políticas (p. ej. normas y factores socioculturales: actitudes, creencias) 	<p>Ejemplo de aplicación del marco ANGELO framework:</p> <p>Carter, M.-A., & Swinburn, B. (2004). Measuring the 'obesogenic' food environment in New Zealand primary schools. <i>Health Promotion International</i>, 19(1), 15-20.</p>

Evaluación del impacto sobre la igualdad en materia de salud (HEIA)

HEIA

Health Equity Impact Assessment

HEIA is a flexible and practical assessment tool that can be used to identify and address **potential unintended health impacts** (positive or negative) of a policy, program or initiative on specific population groups.

Note: The *HEIA Template* is designed to be used alongside the accompanying *HEIA Workbook*, which provides definitions, examples and more detailed instructions to help you complete this template.

Date:	
Organization:	
Name and contact information for the individual or team that completed the HEIA:	
Project Name:	
Project Summary:	
Objective for Completing the HEIA: (e.g., to determine where to best invest resources in a new policy, program, or initiative?)	
Note: This section to be filled in after completing the following HEIA template.	
Conclusions: (e.g., what decisions were made following completion of the HEIA tool?)	



HEIA Template

The numbered steps in this template correspond with sections in the HEIA Workbook. The workbook with step-by-step instructions is available at www.ontario.ca/healthequity.

Step 1. SCOPING	Step 2. POTENTIAL IMPACTS	Step 3. MITIGATION	Step 4. MONITORING	Step 5. DISSEMINATION
a) Populations* Using evidence, identify which populations may experience significant unintended health impacts (positive or negative) as a result of the planned policy, program or initiative.				
b) Determinants of Health Identify determinants and health inequities to be considered alongside the populations you identify.				
Aboriginal peoples (e.g., First Nations, Inuit, Métis, etc.)				
Age-related groups (e.g., children, youth, seniors, etc.)				
Disability (e.g., physical, D/deaf, deafened or hard of hearing, visual, intellectual/developmental, learning, mental illness, addictions/substance use, etc.)				
Ethno-racial communities (e.g., racial/racialized or cultural minorities, immigrants and refugees, etc.)				
Francophone (including new immigrant francophones, deaf communities using LSQ/LSF, etc.)				
Homeless (including marginally or under-housed, etc.)				
Linguistic communities (e.g., uncomfortable using English or French, literacy affects communication, etc.)				
Low income (e.g., unemployed, underemployed, etc.)				
Religious/faith communities				
Rural/remote or inner-urban populations (e.g., geographic/social isolation, under-served areas, etc.)				
Sex/gender (e.g., male, female, women, men, trans, transgender, transgenered, two-spirited, etc.)				
Sexual orientation (e.g., lesbian, gay, bisexual, etc.)				
Other: please describe the population here.				

*Note: The terminology listed here may or may not be preferred by members of the communities in question and there may be other populations you wish to add. Also consider intersecting populations (i.e., Aboriginal women).

May 2012 © Queen's Printer for Ontario 2012



Fuente: "HEIA Health Equity Impact Assessment" de Ontario Ministry of Health and Long-term Care, 2012a. Copyright 2014 de Queen's Printer for Ontario. Reimpresión autorizada.

Anexo K: Información adicional

El equipo de desarrollo, con las aportaciones de los revisores externos y otros colaboradores clave, ha recopilado una lista de instituciones, páginas web y otros recursos que pueden ser útiles para promover unos hábitos alimentarios saludables y la actividad física entre niños, familias, colegios, comunidades o poblaciones.

Se facilitan, a título informativo, los enlaces a las páginas web ajenas a la RNAO. La RNAO no se responsabiliza de la calidad, precisión, fiabilidad o actualidad de la información proporcionada en dichas fuentes. Además, la RNAO no ha determinado hasta qué punto se han evaluado estos recursos. Para cuestiones relacionadas con estas páginas deben dirigirse directamente a las mismas. .

RECURSO	ENLACE
MUNICIPAL, REGIONAL Y FEDERAL	
Government of Canada	http://healthycanadians.gc.ca/kids-enfants/obesity-obesite/index-eng.php
Calgary Health Region	www.calgaryhealthregion.ca
Government of Ontario	http://www.ontario.ca/welcome-ontario
Ontario Public Health Units	www.health.gov.on.ca/english/public/contact/phu/phuloc_mn.html
Health Canada <ul style="list-style-type: none"> ■ Public Health Agency ■ Physical Activity Unit 	www.hc-sc.gc.ca
Physical Activity Guides for Children and Youth	www.phac-aspc.gc.ca/pau-uap/paguide/child_youth/index.html
Ottawa Public Health	http://ottawa.ca/en/residents/public-health
Toronto Public Health	http://www1.toronto.ca/wps/portal/contentonly?vgnextoid=a253ba2ae8b1e310VgnVCM10000071d60f89RCRD

RECURSO	ENLACE
MUNICIPAL, REGIONAL Y FEDERAL	
Region of Peel	https://www.peelregion.ca/health/obesity https://www.peelregion.ca/health/obesity/resources/websites.htm
Alberta Health	http://alberta.ca/home/googlesearch/searchpage.aspx?client=pub_goa&site=pub_goa&output=xml_no_dtd&proxystylesheet=pub_goa&num=10&sort=&as_sitesearch=health.alberta.ca&as_q=childhood+obesity
British Columbia Health	http://www.health.gov.bc.ca/public-health/pdf/Healthy_Living_Physical_Activity_Healthy_Eating_Evidence_Review.pdf http://www.health.gov.bc.ca/healthyeating
North Bay Parry Sound District Health Unit	http://www.myhealthunit.ca/en/livehealthyandprotectyourhealth/schoolhealth.asp (school health web-link)
Government of Canada	http://healthycanadians.gc.ca/kids-enfants/obesity-obesite/index-eng.php
Actions Taken and Future Directions Curbing Childhood Obesity: A Federal, Provincial and Territorial Framework for Action to Promote Healthy Weights (Public Health Agency of Canada, 2011a)	http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/hl-mvs/framework-cadre/2011/hw-os-2011-eng.php
No Time to Wait: The Healthy Kids Strategy by the Healthy Kids Panel (Ontario Ministry of Health and Long-term Care, 2012b)	http://www.health.gov.on.ca/en/common/ministry/publications/reports/healthy_kids/healthy_kids.pdf
Obesity in Canada: A Joint Report from the Public Health Agency of Canada and the Canadian Institute of Health Information (PHAC & CIHI, 2011)	http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/hl-mvs/oic-oac/assets/pdf/oic-oac-eng.pdf

RECURSO	ENLACE
ORGANIZACIONES SIN ÁNIMO DE LUCRO	
Dietitians of Canada	www.dietitians.ca
EPODE International Network (Ensemble Prevenons l'Obesite des Enfants – Together Let's Prevent Childhood Obesity)	http://www.epode-international-network.com/
HC Link	http://www.hclinkontario.ca/
Heart and Stroke Foundation of Canada	http://www.heartandstroke.ca/
Canadian Paediatric Society (CPS) – Caring for Kids	http://www.cps.ca/
Practice-Based Evidence Network	http://www.pennutrition.com/
Victorian Order of Nurses (VON)	http://www.von.ca/
The Chronic Disease Prevention Alliance of Canada (CDPAC): Reducing Chronic Disease in Canada	http://www.cdpac.ca/content.php?doc=168
Ontario Healthy Schools Coalition	http://ontariohealthyschools.com/
Childhood Obesity Foundation	http://www.childhoodobesityfoundation.ca/
Healthy Families BC	https://www.healthyfamiliesbc.ca/
Canadian Obesity Network	http://www.obesitynetwork.ca/
Physical and Health Education Canada	http://www.phecanada.ca/
Health Nexus	http://en.healthnexus.ca/about-us
Ontario Physical and Health Education Association (OPHEA) – Healthy Schools Healthy Communities	http://www.ophea.net/
Canadian Diabetes Association	http://www.diabetes.ca/

RECURSO	ENLACE
ORGANIZACIONES SIN ÁNIMO DE LUCRO	
Canadian Cancer Society	http://www.cancer.ca/en/search/?region=on&q=obesity
Wellesley Institute	http://www.wellesleyinstitute.com/?s=childhood+obesity
Metro Green Apple School Program	http://www.croquesante.metro.ca/home.en.html
Guide to Community Preventive Services	http://www.thecommunityguide.org/
Alberta Project Promoting active Living and healthy Eating in Schools (APPLE Schools)	http://cbpp-pcpe.phac-aspc.gc.ca/interventions/alberta-project-promoting-active-living-healthy-eating-schools-apple-schools/
Ontario Public Health Association (OPHA)	https://opha.on.ca/Home.aspx
Association of Local Public Health Agencies (alPHa)	http://www.alphaweb.org/
Ontario Society of Nutrition Professionals in Public Health (OSNPPH)	http://www.osnpph.on.ca/
Ontario Society of Physical Activity Promoters in Public Health	http://parc.ophea.net/article/ontario-society-physical-activity-promoters-public-health
Public Health Ontario	<p>Ontario Agency for Health Protection and Promotion (Public Health Ontario). (2013a). <i>Addressing obesity in children and youth: evidence to guide action for Ontario</i>. Toronto, ON: Queen's Printer for Ontario</p> <p>http://www.publichealthontario.ca/en/BrowseByTopic/HealthPromotion/Pages/Addressing-Obesity-in-Children-and-Youth.aspx#.UzHiCM6lmoY</p>

RECURSO	ENLACE
ACTIVIDAD FÍSICA	
Alberta Sport, Recreation, Parks and Wildlife Foundation	http://www.everactive.org/
BAM! Body and Mind	http://www.bam.gov/
Canadian Association for the Advancement of Women and Sport and Physical Activity (CAAWS)	http://www.caaws.ca/
Canadian Fitness and Lifestyle Research Institute	http://www.cflri.ca/
Ontario Physical and Health Education Association (OPHEA)	http://www.ophea.net/
Leisure Information Network	http://www.lin.ca/
Active Canada	http://www.activecanada2020.ca/home/active-canada-2020---english
Active Healthy Kids Canada	http://www.activehealthykids.ca/
Physical Activity Resource Centre	http://parc.ophea.net/
Physical & Health Education Canada	http://www.phecanada.ca/about-us
YMCA Canada	http://www.ymca.ca/en/home.aspx
ParticiPACTION	http://www.participaction.com/
ENTORNO CONSTRUIDO	
Healthy Peel By Design	http://www.peelregion.ca/health/resources/healthybydesign/our-initiatives.htm
Center for Active Design	http://centerforactivedesign.org/resources/
Child and Nature Alliance of Canada	http://childnature.ca/about-alliance

RECURSO	ENLACE
ALIMENTACIÓN SALUDABLE	
Alberta Sport, Recreation, Parks and Wildlife Foundation	http://www.fcpc.ca/news/fcpcs-childhood-obesity
Eat Right Ontario	https://www.eatrightontario.ca/en/default.aspx
Marketing of foods high in fat, salt, sugar to children: update 2012-2013 (WHO, 2013)	http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0019/191125/e96859.pdf
Richmond Food Security Society	http://www.richmondfoodsecurity.org/author/gretchen/
Raising the Bar – Early Childhood Education	http://www.cdrcp.com/rtb/raising-the-bar
Nutrition Resource Centre	http://opha.on.ca/Nutrition-Resource-Centre/Home.aspx
Ellyn Satter Institute (ESI)	http://www.ellynsatterinstitute.org/
POLÍTICAS DE SALUD PÚBLICA	
'Health in All Policies' strategy (WHO, 2013)	http://www.healthpromotion2013.org/health-promotion/health-in-all-policies
'Health in All Policies' strategy (Wellesley Institute, 2014)	http://www.wellesleyinstitute.com/health-care/health-equity/realizing-the-potential-of-health-in-all-policies-lessons-from-finland/
Healthy Schools: New School Food and Beverage Policy (Ontario Ministry of Education, 2014)	http://www.edu.gov.on.ca/eng/healthyschools/policy.html

RECURSO	ENLACE
POLÍTICAS DE SALUD PÚBLICA	
Child Care Modernization: Day Nurseries Act Regulatory Amendment to Support Child Care Funding Formula (Government of Ontario, 2013)	http://www.ontariocanada.com/registry/view.do?postingId=12262 http://www.ontariocanada.com/registry/view.do?postingId=9622&language=en
10 promising practices to guide local public health practice to reduce social inequities in health: Technical briefing (Sudbury & District Health Unit, 2011)	10 Promising Practices Fact Sheets: http://www.sdhu.com/content/search/doc.asp?doc=13088&q=promising&l=&lang=0
Workbook for Influencing Physical Activity Policy (The Physical Activity Resource Centre, 2014)	http://parc.ophea.net/resources/policy-workbook
DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD Y LA IGUALDAD EN LA SALUD	
Creating Vibrant Communities: RNAO's Challenge to Ontario's Political Parties 2011 Provincial Election (RNAO, 2011)	http://rnao.ca/policy/reports/creating-vibrant-communities
Social Determinants of Health (RNAO, 2014)	http://rnao.ca/policy/projects/social-determinants-health
Health Inequalities and Social Determinants of Aboriginal Peoples' Health (National Collaborating Centre for Aboriginal Health, 2009)	http://www.nccah-ccnsa.ca/docs/social%20determinates/nccah-loppie-wien_report.pdf
Prevent Childhood Obesity in Your Aboriginal Community: A Guide to Service Providers (Health Nexus, 2010)	http://www.beststart.org/resources/hlthy_chld_dev/pdf/Book_Prevent%20Childhood%20Obesity%20in%20Your%20Aboriginal%20Community.pdf

RECURSO	ENLACE
DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD Y LA IGUALDAD EN LA SALUD	
Closing the Gap in a Generation: Health Equity Through Action on the Social Determinants of Health (WHO, 2008)	http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/
National Collaborating Centre for Determinants of Health (National Collaborating Centres for Public Health, n.d.)	http://www.nccdh.ca/
Inclusion Resources (Ontario Physical and Health Education Association [OPHEA], n.d.)	http://www.ophea.net/programs-services/additional-resources/inclusion-resources
EVALUACIÓN Y MEDIDAS	
Health-evidence.ca	www.healthevidence.org
Measuring the Health of Infants, Children and Youth for Public Health Ontario: Indicators, Gaps, and Recommendations for Moving Forward (Public Health Ontario, 2013a)	http://www.nccph.ca/en/home.aspx
Inclusion Resources (Ontario Physical and Health Education Association [OPHEA], n.d.)	http://www.publichealthontario.ca/en/eRepository/Measuring_Health_Infants_Children_2013.pdf
Health Promotion Evaluation: Recommendations to Policy Makers (Report of the WHO European Working Group on Health Promotion Evaluation, 1998)	http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/159871/E60706.pdf

Anexo L: Indicadores y recursos para evaluar el estatus socioeconómico

INDICADORES Y RECURSOS PARA EVALUAR EL ESTATUS SOCIOECONÓMICO	
INDICADOR	RECURSO
Canadian Marginalization Index	<p>Disponible on-line:</p> <p>Canadian Institute for Health Information (2014a) http://www.cihi.ca/CIHI-ext-portal/internet/en/document/factors+influencing+health/environmental/cphi_marginalization</p> <p>ON-Marg: Ontario Marginalization Index (McMaster University, 2014) http://www.crunch.mcmaster.ca/ontario-marginalization-index</p>
Deprivation in Canadian Cities: An analytical tool	<p>Disponible on-line:</p> <p>Canadian Institute of Health Information (2014b) http://www.cihi.ca/CIHI-ext-portal/internet/en/document/factors+influencing+health/environmental/cphi_cma_depindex</p>
Summary Measure for Socioeconomic Inequalities in Health	<p>Disponible on-line:</p> <p>Public Health Ontario (2013b) http://www.publichealthontario.ca/fr/eRepository/Summary_Measures_Socioeconomic_Inequalities_Health_2013.pdf</p>
Measuring the Health of Infants, Children and Youth for Public Health Ontario: Indicators, Gaps and Recommendations for Moving Forward	<p>Disponible on-line:</p> <p>Public Health Ontario (2013a) http://www.publichealthontario.ca/en/eRepository/Measuring_Health_Infants_Children_2013.pdf</p>
Early Development Instrument (A Population-Based Measure for Communities)	<p>Disponible on-line:</p> <p>Offord Centre for Child Studies (2012) http://www.offordcentre.com/readiness/EDI_viewonly.html (instrument and guide)</p>
Breaking the Cycle: Ontario's Poverty Reduction Strategy (Government of Ontario, 2008)	<p>Disponible on-line:</p> <p>http://www.children.gov.on.ca/htdocs/English/breakingthecycle/index.aspx</p>

Anexo M: Descripción de la Herramienta

Las guías de buenas prácticas sólo pueden aplicarse con éxito si la planificación, los recursos, los apoyos institucionales y administrativos son los adecuados y se cuentan con los medios precisos. En este sentido, la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario, a través de un equipo de enfermeras, investigadores y administradores, ha desarrollado la *Herramienta de implantación de guías de buenas prácticas*, (2nd ed.) (2012a). La *Herramienta* se basa en la evidencia disponible, las perspectivas teóricas y el consenso. Recomendamos la *Herramienta* de cara a la implantación de cualquier guía de práctica clínica en una institución de salud.

La *Herramienta* proporciona unas directrices paso a paso a las personas y a los grupos involucrados en la planificación, coordinación y facilita la implantación de la guía. Estos pasos reflejan un proceso que es dinámico e iterativo en lugar de lineal. Por lo tanto, en cada fase de la preparación para las siguientes fases y la reflexión sobre la fase anterior es esencial. En concreto, la *Herramienta* se ocupa de los siguientes pasos clave, como se ilustra en el marco “del conocimiento a la acción” (RNAO, 2012a; Straus et al., 2009):

1. Identificar el problema: identificar, revisar, seleccionar el conocimiento (Guía de buenas prácticas).
2. Adaptar el conocimiento al context local:
 - Evaluar las barreras y facilitadores para el uso del conocimiento; e
 - Identificar recursos.
3. Seleccionar, adaptar e implantar las intervenciones.
4. Monitorizar el uso del conocimiento.
5. Evaluar los resultados.
6. Mantener el uso del conocimiento.

La implantación de las guías en la práctica que dan lugar a cambios en las prácticas exitosas e impacto clínico positivo es una tarea compleja. La *Herramienta* es un recurso fundamental para gestionar este proceso. La *Herramienta* se puede descargar en <http://RNAO.ca/bpg>.

AVAL DE CALIDAD

Saludos de Vasanthi Srinivasan y Susan Williams, Dirección administrativa, Consejo de la Federación, Grupo de Trabajo de las Guía de buenas prácticas



Vasanthi Srinivasan



Susan Williams

En la reunión del Consejo de la Federación de enero de 2012, los Jefes de gobierno de las provincias y territorios de Canadá lanzaron una serie de nuevas iniciativas destinadas a favorecer la colaboración y la cooperación en la innovación de los cuidados sanitarios en todo el país. Recibieron un primer informe del Grupo de Trabajo de innovación en cuidados sanitarios, copresidido por el Jefe de gobierno de Price Edward Island y el Jefe de gobierno de Saskatchewan junto con sus respectivos Ministros de Sanidad, para reunirse y trabajar en estrecha colaboración con las organizaciones nacionales y regionales de profesionales sanitarios

con el objetivo de garantizar que los ciudadanos canadienses tengan acceso a los mejores cuidados sanitarios del mundo. Si bien los Jefes de gobierno reconocen el trabajo en favor de la innovación que las provincias y los territorios de Canadá desarrollan en sus respectivas jurisdicciones, también coinciden en que pueden realizarse cambios más profundos y duraderos si aúnan esfuerzos.

Como parte de esta nueva iniciativa, los Jefes de gobierno solicitaron a Ontario y Alberta que codirigieran el trabajo para impulsar la adopción de unas guías de buenas prácticas de aplicación en todo el país para garantizar que todos los canadienses se beneficiaran por igual de unas pautas actualizadas y basadas en la evidencia, independientemente de en qué punto del país se encontrasen. De forma que, tras consultar con representantes sanitarios gubernamentales, importantes agrupaciones de profesionales sanitarios como CMA, CNA/RNAO, HEAL, y muchos otros expertos de relevancia, los ministros de Sanidad de los distintos territorios y provincias recomendaron a sus Jefes de gobierno la adopción generalizada de dos guías para la fase inicial de este trabajo para la totalidad de Canadá. Una de ellas es la Guía de la RNAO *Prevenção primaria de la obesidad infantil (2ª ed.)*.

Para garantizar la calidad en los cuidados de salud es necesario tener acceso a información actualizada y de alta calidad sobre el cuidado del paciente. El Programa de Guías de buenas prácticas en enfermería de la RNAO ofrece a los Jefes de gobierno exactamente el nivel de rigor científico que buscaban, junto con la accesibilidad y usabilidad necesarias para dar a conocer rápidamente las guías a las enfermeras y los demás profesionales de la salud de todo el país.

Desde aquí queremos agradecer a la RNAO su duro trabajo y su liderazgo para poner en práctica la evidencia. Este continuado compromiso nos ayuda a garantizar la calidad en los cuidados de salud para todos los ciudadanos.

Codirectoras

Grupo de Trabajo de las Guías de buenas prácticas, Grupo de Trabajo de innovación en cuidados sanitarios

Vasanthi Srinivasan
Assistant Deputy Minister
Ontario Ministry of Health and Long-Term Care

Susan Williams
Assistant Deputy Minister
Alberta Health

ia BPG

INTERNATIONAL
AFFAIRS & BEST PRACTICE
GUIDELINES

TRANSFORMING
NURSING THROUGH
KNOWLEDGE

Guía de buenas
prácticas clínicas

MAYO 2014

Prevención Primaria de Obesidad Infantil

Segunda Edición

ISBN 978-1-926944-59-3



9 781926 944593

 **RNAO**

Registered Nurses' Association of Ontario
L'Association des infirmières et infirmiers
autorisés de l'Ontario


investen
iscii



Ontario