



M.I. Hidalgo Vicario

Pediatra. Doctora en Medicina, Centro de Salud Universitario Barrio del Pilar.
Dirección Asistencial Norte. SERMAS Madrid. Directora de Pediatría Integral

“ El USPSTF ha emitido un grado de recomendación B para la detección de la obesidad en todos los niños y adolescentes mayores o igual a 6 años, ofertándoles o refiriéndoles a intervenciones conductuales intensivas y completas, diseñadas para promover la pérdida de peso ”

Editorial

CRIBADO DE OBESIDAD EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

La Obesidad (OB) es el trastorno nutricional más frecuente en la población infantojuvenil y tiene su origen en una interacción genética, ambiental y conductual, siendo esto último muy importante, ya que condiciona un desequilibrio entre la ingesta y el gasto energético. El balance energético positivo origina un acumulo de tejido graso en el organismo en relación con otros componentes corporales. El aumento de tejido graso conduce a un aumento del riesgo presente y futuro de padecer patologías asociadas, así como a una mayor mortalidad.

El IMC (índice de masa corporal), calculado como el peso en kilogramos dividido por el cuadrado de la altura en metros, es la medida de elección para detectar el sobrepeso y la obesidad en niños y adolescentes, ya que su uso es fácil y fiable. Se acepta que un niño presenta OB, cuando su IMC sobrepasa en dos o más desviaciones estándar (DE) el valor medio de este parámetro estimado en individuos de la misma población, edad y sexo. El concepto de sobrepeso (SP) hace referencia a los individuos cuyo IMC no sobrepasa +2DS en idénticas condiciones a las descritas. Según la Guía de Práctica Clínica para la Prevención y Tratamiento de la Obesidad Infanto-Juvenil del Sistema Nacional Español en 2009 y actualizada en 2013, se suelen utilizar los percentiles 97 y 90, respectivamente, referidos a las curvas de Hernández y cols., para definir la obesidad y el sobrepeso.

En los últimos años, la prevalencia mundial ha ido aumentando de forma alarmante. En mayo de 2004, la 57ª Asamblea Mundial de Salud declaró a la OB como *la epidemia del siglo XXI*. Esto no solo es debido a su elevada prevalencia, sino también a su persistencia en la edad adulta, con más riesgo a más edad, especialmente, si se asocia a obesidad en los progenitores, el llamado fenómeno *tracking*, y a su asociación con otras enfermedades, además del gran impacto económico.

Aunque todos los niños están en riesgo de obesidad, existen varios factores de riesgo, como: obesidad de los padres, mala nutrición, baja actividad física, sueño inadecuado, comportamientos sedentarios y bajos ingresos familiares. Los factores de riesgo asociados con la obesidad en niños más pequeños incluyen: la diabetes y el tabaquismo materno, el aumento de peso gestacional y el crecimiento rápido del lactante. Una disminución en la actividad física en niños pequeños, es un factor de riesgo para la obesidad más tarde en la adolescencia.

Una revisión sistemática en 2015, con 23 grandes estudios prospectivos longitudinales, encontró que el 80% de los adolescentes obesos y el 64% de los preadolescentes obesos continuaban siendo obesos en la edad adulta, con posibles complicaciones como la diabetes y las enfermedades cardiovasculares. Estudios prospectivos con control del IMC en adultos, indican una morbilidad y mortalidad similares en los adultos que fueron obesos y no obesos durante la infancia, lo que sugiere que la pérdida de peso puede revertir los efectos nocivos cardiovasculares de la obesidad infantil y adolescente.

Las consecuencias en salud de la OB infantil son muy amplias e incluyen enfermedades: cardiovasculares, respiratorias, gastrointestinales, tumorales, ortopédicas, diabetes y otras alteraciones hormonales (edad ósea adelantada, alteración de la pubertad...), además de apnea obstructiva del sueño, alteraciones de salud mental y psicosociales, entre otras.

La prevalencia de SP y OB infanto juvenil en nuestro país sigue siendo muy alta, cercana al 40% y parece que se ha mantenido en los últimos años. Según el estudio de Sánchez Cruz en 2013, en una población de 8-17 años, la prevalencia de OB era de 12,6 % y de sobrepeso del 26%, con ligero predominio en los varones y se asociaba con nivel de estudios y clase social inferiores.

El USTFPS (Grupo de Trabajo de los Servicios Preventivos de los Estados Unidos)⁽¹⁾ emitió a últimos del 2017 unas recomendaciones y una revisión de la evidencia científica para la detección de obesidad en niños y adolescentes, actualizando las directrices previas dadas en 2010⁽²⁾.

Recomienda a los clínicos que examinen a todos los niños de 6 a 18 años para detectar obesidad, y que la medición del IMC forme parte de la atención clínica habitual. No encontraron pruebas suficientes para recomendar la detección en niños menores de 6 años. Aconsejan que los médicos hablen con los padres, muchos de los cuales no se dan cuenta de que su hijo es obeso y también deben ofrecer intervenciones completas e intensivas con terapias conductuales para mejorar el peso. *El grado de recomendación -B-* permanece sin cambios respecto a las recomendaciones dadas por el mismo grupo en 2010, aunque en 2017 se incluye también a los adolescentes.

En las recomendaciones, destacan los siguientes aspectos:

- En comparación con la atención habitual a niños de 2 a 18 años de edad, el cribado y las intervenciones para perder peso, basadas en el estilo de vida que incluyen, al menos, 26 horas de contacto o más durante 6-12 meses, conllevan una pérdida de peso pequeña, pero muy variable y también mejoras cardiometabólicas.
- Dentro de las 45 intervenciones conductuales diferentes, las más eficaces fueron las dirigidas tanto a los padres como a los niños, ofreciendo información sobre una alimentación saludable y estimulando una actividad física supervisada, con acceso limitado a la comida basura y el tiempo de exposición a las pantallas. Aunque los grupos control no experimentaron cambios en el IMC, los grupos de intervención tuvieron reducciones absolutas de peso ajustadas por edad y sexo, IMC de 0,20 o más, manteniendo una pérdida de peso en un rango de 2,27 kg.
- Las intervenciones que proporcionaron, al menos, 52 horas de contacto, consiguieron mejorar la tensión arterial, aunque no mejoraron las cifras de lípidos, y los niveles de insulina/glucosa fueron variables.
- Los ensayos con metformina se realizaron principalmente en jóvenes con alteración del metabolismo de la glucosa y con obesidad severa (criterios de adultos). Con metformina u orlistat, el IMC disminuyó aproximadamente 2% respecto al valor inicial, pero no hubo ningún beneficio para los niveles de glucosa en ayunas y otros resultados cardiometabólicos. La interrupción de la metformina u orlistat debido a efectos adversos fue menor del 5%, aunque la aparición de efectos adversos leves fueron frecuentes. La metformina se ha utilizado para la pérdida de peso en niños, pero no está aprobada por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA)

para este propósito. Orlistat está aprobado por la FDA para su uso en adolescentes mayores o igual a 12 años de edad. Tiene un pequeño efecto sobre el peso y tiene un valor clínico incierto. Además, se asocia con daños moderados, como alteraciones gastrointestinales y déficit de vitaminas liposolubles.

- Los daños asociados con el cribado y las intervenciones conductuales eran escasos o inexistentes. No se encontró evidencia sobre el intervalo óptimo de cribado, por lo que el IMC debe medirse en todas las visitas de forma rutinaria. También, recomiendan medir el IMC otras sociedades científicas, como: la Asociación Médica Americana (AMA), la Academia Americana de Pediatría (AAP), el Instituto Nacional del corazón, pulmón y sangre, la Task Force Canadiense, etc.

Lograr y mantener un peso saludable mejora la salud. Debido a que, a veces, los padres no reconocen el sobrepeso y la obesidad de sus hijos, los profesionales sanitarios deben hablar sobre ello en todas las consultas, tanto en los controles periódicos de salud como de forma oportunista, además de ofrecer consejo y un programa integral para el control del peso mediante estrategias conductuales o sino remitirlos a dichos programas. Igualmente, deben colaborar y apoyar en el seguimiento.

Las intervenciones conductuales amplias deben durar, por lo menos, 26 horas durante un periodo de semanas o meses. Estas intervenciones incluyen: sesiones con un profesional de la salud dirigido a los padres y al niño, educación sobre una alimentación saludable y ejercicio seguro, actividad física supervisada y estrategias para limitar la disponibilidad de alimentos tentadores y el tiempo de exposición a las pantallas.

Los profesionales también pueden acudir a las escuelas e institutos y realizar talleres prácticos con los alumnos, educando sobre la importancia de la alimentación, actividad y el deporte.

Una mejor nutrición, unos hábitos de alimentación saludables y una actividad física regular pueden mejorar los resultados de salud en todos los niños y adultos, independientemente del peso que tengan.

Bibliografía

1. U.S. Preventive Services Task Force. Recommendation Statement. Screening for Obesity in children and adolescents: screening. JAMA. 2017; 317: 2417-26. doi:10.1001/jama.2017.6803. (En línea). (Fecha de consulta: 10 de enero de 2019). URL. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2632511>.
2. U.S. Preventive Services Task Force on screening for obesity in children and adolescents. It is intended for use by primary care clinicians. Pediatrics. 2010; 125: 361-7.