

## Diagnóstico, prevención y tratamiento de la obesidad infantil

### Estudio

Reilly JJ, Wilson ML, Summerbell C, Wilson DC. Obesity: diagnosis, prevention, and treatment; evidence based answers to common questions. Arch Dis Child 2002; 86: 392- 395

### Diseño

Revisión sistemática (RS).

### Objetivo

Responder a las siguientes preguntas: 1) ¿Cómo debería diagnosticarse la obesidad?; 2) ¿Cuál es la prevalencia de obesidad infantil (OI) en el Reino Unido (RU)?; 3) ¿La OI puede prevenirse?; 4) ¿La OI puede tratarse?; 5) ¿Qué debe hacer el médico ante el niño- adolescente obeso?

### Fuentes de datos

Registro Cochrane de Ensayos Clínicos (EC), Medline, Embase, CINAHL, Healthstar, revisión del listado de referencias bibliográficas de los estudios recuperados, revisión de un conjunto predeterminado de revistas clave.

### Selección de los estudios

Valoración crítica según procedimiento estructurado. Clasificación de la Evidencia: nivel 1: RS o meta- análisis de ensayos clínicos (EC) aleatorios; nivel 2: EC no aleatorios, estudios observacionales/ cohortes; nivel 3: estudios no experimentales, encuestas; nivel 4: opinión de expertos. Conforme a criterios de calidad metodológica (CCM), los estudios se clasificaron en: ++ (cumplimiento de todos los CCM, riesgo de sesgo bajo), + (algunos CCM no descritos, riesgo de sesgo bajo), - (cumplimiento de pocos o ningún CCM, riesgo de sesgo alto).

### Resultados principales

1) ¿Cómo debería diagnosticarse la OI? (nueve estudios con niveles de evidencia 2+ a 3): utilizando las tablas de percentiles del Índice de Masa Corporal (IMC) del RU (1990). Un IMC > P-98 permite catalogar a un niño como obeso. El IMC elevado se relaciona con una mayor morbilidad infantil y con persistencia de la obesidad en el adulto (evidencia 2++ a 2+). 2) ¿Cuál es la prevalencia de OI en el RU? (3 estudios, nivel de evidencia 2+ a 3): la prevalencia está en aumento (11% a los 6 años, 17% a los 15 años). Parece relacionada con la deprivación social (nivel 3). 3) ¿La OI puede prevenirse? (2 estudios, nivel 1+): utilizando las estrategias actuales- dieta, prevención de la inactividad física, fomento de la actividad física, implicación de la escuela y la familia-, los resultados no son concluyentes; 4) ¿La OI puede tratarse? (4 estudios, nivel 1+): los estudios recogidos se realizaron en clínicas especializadas. El incremento de la actividad física y la reducción de la conducta sedentaria fueron eficaces para reducir la incidencia de sobrepeso/ OI. 5) ¿Qué debe hacer el médico ante el niño- adolescente obeso? (evidencia nivel 4, comités de expertos): deberían ser tratados los niños con un IMC > P- 98 y cuya familia se implique activamente en favorecer los cambios indicados por el médico en el estilo de vida del niño. El objetivo es resolver la co- morbilidad y fomentar cambios conductuales: comida sana, actividad física, disminución del tiempo pasado viendo la televisión.

Deben ser referidos a hospital niños con co- morbilidad severa (por ejemplo, apneas del sueño), y niños en los que se sospecha OI secundaria a problemas endocrinológicos.

### **Conclusiones de los autores**

La OI es común en el RU. Su diagnóstico debe basarse en las tablas de percentiles del RU (1990) y no existen pruebas en la actualidad de que pueda ser prevenida. Las intervenciones para perder peso deben encaminarse a modificar los estilos de vida más que a la realización de dietas para perder peso.. Es necesario involucrar a la familia en el control de la alimentación del niño y en su actividad física.

### **Conflicto de intereses**

Ninguno.

### **Comentario crítico**

En los últimos años se ha constatado un aumento de la prevalencia de la OI en los países desarrollados(1,2,3). Esta situación es paralela al aumento de la prevalencia de obesidad en la población adulta<sup>4</sup>. Para los pediatras de Atención Primaria (AP), la OI es ya un importante problema de salud pública por sus potenciales repercusiones negativas en la vida adulta (aumento del riesgo cardiovascular). Es interesante destacar que las intervenciones que han mostrado mayor eficacia hacen hincapié en la modificación de los hábitos de vida, más que en la realización de dietas para perder peso. Se ha realizado algún EC en Atención Primaria en nuestro medio para determinar la efectividad del consejo médico y de la terapia cognitivo- conductual en OI con resultados poco concluyentes<sup>5</sup>, aunque son necesarios más estudios en España. A la espera de éstos, parece razonable insistir, desde las consultas de AP, en aquellas intervenciones que han mostrado ya su eficacia en otros países de nivel socio- económico similar: prevención del sedentarismo y promoción de la actividad física junto con la implicación de la familia del niño como apoyo imprescindible para adquirir hábitos alimentarios saludables.

### **Autor:**

José Cristóbal Buñuel Álvarez Pediatra ABS Girona- 4 (Institut Català de la Salut)

### **Bibliografía**

1. Krassas GE, Tzotzas T, Tsameti C, Konstantinidis T. Prevalence and trends in overweight and obesity among children and adolescents in Thessaloniki, Greece. *J Pediatr Endocrinol Metab* 2001;14 (Suppl 5):1319- 1326
2. Rodriguez F, Lopez E, Gutierrez-Fisac JL, Banegas JR, Lafuente PJ, Dominguez V. Changes in the prevalence of overweight and obesity and their risk factors in Spain, 1987-1997. *Prev Med* 2002;34: 72-81.
3. Barthel B, Cariou C, Lebas-Saison E, Momas I. Prevalence of obesity in children: study in the primary public Parisian schools. *Sante Publique* 2001; 13: 7-1
4. Martinez-Ros MT, Tormo MJ, Navarro C, Chirlaque MD, Perez-Flores D. Extremely high prevalence of overweight and obesity in Murcia, a Mediterranean region in south-east Spain. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2001; 25: 1372- 1380
5. Bustos G, Moreno F, Calderin MA, Martinez JJ, Diaz E, Arana C. Comparative study of medical advice and cognitive-behavioral group therapy in the treatment of child-adolescent obesity. *An Esp Pediatr* 1997; 47: 135-43