



EL ARTÍCULO DEL MES

Obesidad infantil y riesgo cardiovascular

Juonala M, Magnussen CG, Berenson GS, Venn A, Burns TL, Sabin MA, et al. Childhood adiposity, adult adiposity, and cardiovascular risk factors. *N Engl J Med.* 2011;365:1876-85.

Antecedentes: La obesidad infantil se asocia a un riesgo cardiovascular (RCV) aumentado. No es bien conocido si este riesgo se atenúa en adultos no obesos que tuvieron sobrepeso u obesidad en la infancia.

Métodos: Se analizan los datos de 4 cohortes prospectivas (dos norteamericanas, una australiana y otra finlandesa) que midieron el índice de masa corporal (IMC) en la infancia y en la edad adulta. El tiempo medio de seguimiento fue de 23 años. Para definir un estado de adiposidad aumentada se utilizó en adultos un punto de corte de IMC de 30 kg/m² y en niños se emplearon puntos de corte internacionales ajustados por sexo y edad.

Resultados: Se obtuvieron datos de 6.328 sujetos. Los individuos que mantuvieron un estado de elevada adiposidad desde la infancia a la edad adulta, en comparación con aquellos sujetos que presentaron un IMC normal en la infancia y no eran obesos de adultos, mostraron un riesgo aumentado de diabetes tipo 2 (DM2) (riesgo relativo [RR]: 5,4; intervalo de confianza [IC] al 95%: 3,4-8,5), hipertensión arterial (HTA) (RR: 2,7; IC al 95%: 2,2-3,3), LDL colesterol elevado (RR: 1,8; IC al 95%: 1,4-2,3), HDL colesterol reducido (RR: 2,1; IC al 95%: 1,8-2,5), triglicéridos elevados (RR: 3,0; IC al 95%: 2,4-3,8), y aterosclerosis carotídea (AC) (aumento del grosor íntima-media de la arteria carótida) (RR: 1,7; IC al 95%: 1,4-2,2) ($p \leq 0,002$ para todas las comparaciones). Los adultos no obesos que tuvieron sobrepeso u obesidad en la infancia presentaron un riesgo similar a aquellas personas que mantuvieron un IMC persistentemente normal desde la infancia a la edad adulta ($p > 0,20$ para todas las comparaciones).

Conclusiones: Los niños con sobrepeso u obesidad que permanecieron obesos en la edad adulta presentaron un mayor riesgo de DM2, HTA, dislipemia y AC. Los adultos no obesos que tuvieron sobrepeso u obesidad en la infancia

presentaron un riesgo para estas variables similar a la de los individuos que nunca tuvieron obesidad.

Comentarios

España es, después de Malta, el país europeo que presenta una mayor tasa de obesidad infantil. Hay sólidas evidencias epidemiológicas que relacionan la obesidad en la infancia con una mayor prevalencia de factores de riesgo vascular en niños (HTA, dislipemia, resistencia a la insulina) (Juonala M, 2005) y con una mayor incidencia de DM2 y de enfermedad coronaria (EC) en adultos (Baker JL, 2007), por lo que se teme que la epidemia de obesidad infantil incremente entre un 5% y un 16% la prevalencia de EC en las tres próximas décadas (Bibbins-Domingo K, 2007). Sin embargo, existen datos que sugieren que los niños obesos no necesariamente tendrán un mayor riesgo coronario de adultos. El artículo de Juonala et al. indica que el riesgo cardiovascular en la edad adulta puede reducirse si la obesidad es tratada o prevenida en la infancia, lo que está en consonancia con varios estudios en población pediátrica que han demostrado que la pérdida de peso mejora los factores de riesgo vascular (Meyer AA, 2006).

Las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte en España. El desarrollo de estrategias eficaces para tratar y prevenir la obesidad infantil es una manera coste-efectiva de reducir a largo plazo la enfermedad cardiovascular. Hasta ahora, la mayoría de los estudios de prevención de la obesidad infantil se han realizado en el ámbito escolar o comunitario y, aunque han demostrado ser eficaces para modificar los hábitos de dieta y ejercicio en los niños, han tenido un valor limitado en la prevención a largo plazo del sobrepeso y la obesidad (Flodmark CE, 2006). Juonala et al. encuentran, tras un seguimiento de casi 25 años, que solo el 15% de los niños con normopeso presentaron obesidad de adultos, mientras que el 65% de los niños con sobrepeso u obesidad y el 82% de los niños obesos fueron adultos obesos. Estos datos sugieren que las intervenciones para prevenir y tratar la obesidad que se centren específicamente en los niños que están en alto riesgo de ser adultos obesos pueden ser más coste-eficaces que las estrategias dirigidas al conjunto de la población infantil.

Si queremos reducir la creciente incidencia de enfermedades cardiovasculares y controlar la escalada de costes

asociados a las mismas, resulta inaplazable implementar métodos más efectivos para la prevención y tratamiento de la obesidad infantil.

R. Gómez-Huelgas, En nombre del Grupo de Diabetes y Obesidad de la Sociedad Española de Medicina Interna

Eficacia de dos intervenciones para la reducción de peso en la práctica clínica

Appel LJ, Clark JM, Yeh HC, Wang NY, Coughlin JW, Daumit G, et al. Comparative Effectiveness of Weight-Loss Interventions in Clinical Practice. *N Engl J Med.* 2011;365:1959-68.

Introducción: La obesidad y sus complicaciones cardiovasculares son problemas muy comunes. La evidencia sobre cómo lograr una reducción de peso en la práctica clínica es escasa.

Métodos: Se realizó un ensayo aleatorizado y controlado para examinar los efectos de dos intervenciones conductuales para reducir peso en 415 pacientes obesos con al menos un factor de riesgo cardiovascular. Los participantes fueron reclutados en seis centros de atención primaria (AP). El 63,6% eran mujeres, el 41,0% eran de raza negra, y la edad media fue de 54,0 años. Una de las intervenciones proporcionó apoyo a los pacientes a distancia (a través del teléfono, un sitio Web específico para el estudio y correo electrónico). La otra intervención proporcionó apoyo personal mediante sesiones grupales e individuales, junto con los 3 recursos del apoyo a distancia. Hubo también un grupo control en el que la pérdida de peso fue dirigida por el propio enfermo obeso. Los resultados se compararon entre cada grupo de intervención y el grupo control, y entre los dos grupos de intervención. En las 2 intervenciones, los médicos de AP reforzaron la participación mediante visitas programadas de rutina. La duración del ensayo fue de 24 meses.

Resultados: Al inicio el índice de masa corporal medio (IMC) de todos los participantes fue de 36,6 kg/m², y el peso medio de 103,8 kg. A los 24 meses, la pérdida ponderal media fue de -0,8 Kg en el grupo control, -4,6 kg en el grupo que recibió solamente apoyo a distancia ($P < 0,001$), y -5,1 kg en el grupo que recibió apoyo personal ($P < 0,001$). El porcentaje de participantes que perdieron $\geq 5\%$ de su peso inicial fue del 18,8% en el grupo control, 38,2% en el grupo que recibió apoyo a distancia, y 41,4% en el grupo que recibió apoyo personal. El cambio de peso desde el inicio no fue significativamente diferente entre los 2 grupos de intervención.

Conclusión: En 2 intervenciones conductuales para reducir peso, una con asistencia a distancia, sin visitas de los enfermos al personal sanitario, y la otra asistida por una persona de apoyo, los pacientes obesos lograron y mantuvieron

Servicio de Medicina Interna, Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga, España
CIBER Fisiopatología de la Obesidad y la Nutrición (CB06/003)

Correo electrónico: ricardogomezhuergas@hotmail.com

doi:10.1016/j.rce.2011.12.007

una pérdida de peso equivalente, clínicamente significativa, durante un período de 24 meses.

Comentario

¿Qué sabíamos antes de realizar este trabajo? La obesidad es un importante problema de salud en nuestro entorno. Las personas obesas tienen una mayor morbilidad cardiovascular. La pérdida de peso moderada tiene efectos beneficiosos sobre los factores de riesgo cardiovascular, pero la adherencia de los pacientes a los programas de reducción de peso es escasa. No sabemos si las nuevas tecnologías (teléfonos móviles, Internet) pueden contribuir a la consecución de objetivos terapéuticos en el paciente obeso, al igual que ya se ha demostrado en otras patologías como la diabetes mellitus tipo 2 (Cebul RD, et al. *N Engl J Med.* 2011; 365: 825-33).

¿Qué demuestra esta investigación? Este estudio compara la efectividad de dos intervenciones para la pérdida de peso en la práctica clínica, una en la que se recibía apoyo remoto y otra en la que recibía apoyo personal (con sesiones grupales e individuales con personal sanitario) además del apoyo remoto. Al final del estudio (24 meses), la pérdida de peso fue significativa en los 2 grupos de intervención frente al grupo control, si bien, de cuantía absoluta moderada (entorno a 5 kg en dos años).

¿Qué consecuencias se derivan de los hallazgos? Este estudio muestra que Internet puede ser una herramienta útil para la pérdida de peso en la práctica clínica. La pérdida de peso no difirió significativamente entre las dos intervenciones (con y sin monitor personal), y además, la eficacia del apoyo a distancia fue particularmente notable gracias a la flexibilidad que ofrecía a los pacientes y monitores.

¿Los resultados son aplicables a nuestro entorno? Aunque en España el uso de Internet no se encuentra implantado en grandes capas de población, sin embargo, es previsible que las nuevas tecnologías tengan una difusión progresivamente creciente. El empleo de Internet para lograr objetivos de salud es un reto para ciertos programas que requerirá de la colaboración de profesionales diversos.

C. Calderón Sánchez
Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Madrid,
Hospital Universitario La Paz, Madrid, España
Correo electrónico: c.calderon@estudiante.uam.es

doi:10.1016/j.rce.2011.12.011