

## Detección sistemática del sobrepeso en los niños y los adolescentes: ¿dónde está la evidencia?

La prevalencia del sobrepeso en la infancia y en la adolescencia se ha triplicado durante las últimas 2 décadas, y se han identificado asociaciones entre sobrepeso, patrones dietéticos, actividad física y comportamientos sedentarios. Algunos autores creen que los pediatras pueden reconocer con facilidad al niño o adolescente obeso o con sobrepeso y que cuentan con suficientes opciones terapéuticas que ofrecer a estos pacientes y a sus familias<sup>1</sup>. Sin embargo, los clínicos de asistencia primaria atienden cada día a niños, adolescentes y padres obesos y con sobrepeso, y la mayoría raras veces documentan el sobrepeso.

La American Academy of Pediatrics (AAP) y la American Academy of Family Physicians (AAFP) avalan la detección sistemática de los niños obesos y con sobrepeso mediante el índice de masa corporal (IMC) y de curvas de crecimiento del IMC. También parece que los médicos tienen más en cuenta el IMC elevado que las mediciones de peso y talla<sup>2</sup>; cuando se documenta un IMC elevado aumentan las tasas de detección, asesoramiento y remisión de los niños y adolescentes obesos y con sobrepeso<sup>3</sup>.

Entonces, ¿por qué, en este número de PEDIATRICS, el US Preventive Services Task Force (USPSTF)\* no encuentra suficiente evidencia para aconsejar o contraindicar la detección sistemática formal de la obesidad o el sobrepeso en los niños y adolescentes en el marco de asistencia primaria? Respuesta: porque el USPSTF sigue estrictamente la pauta de realizar recomendaciones (a favor o en contra del empleo de servicios preventivos) sólo en presencia de suficiente evidencia de la calidad adecuada. El USPSTF no puede recomendar ni desaconsejar la detección ni siquiera en una práctica que esté apoyada por opiniones consensuadas de expertos o por una evidencia menos rigurosa. Es importante observar que el USPSTF no recomienda que los médicos de asistencia primaria *no* pesen y tallen a los niños ni que ignoren las preocupaciones de los padres acerca del peso.

Como la mayoría de las intervenciones preventivas no han sido evaluadas en rigurosos ensayos aleatorizados, el USPSTF utiliza un armazón analítico para describir la vía causal entre la intervención preventiva y los resultados sanitarios importantes. Si no se dispone de evidencia directa que relacione la intervención preventiva con

un resultado sanitario, el USPSTF busca evidencia de gran calidad en cada una de las relaciones del armazón analítico. En la exhaustiva revisión bibliográfica publicada en este número de PEDIATRICS no se hallaron ensayos aleatorizados de detección sistemática de la obesidad o el sobrepeso infantil en un marco clínico<sup>4</sup>. Desgraciadamente, se encontró muy poca evidencia de gran calidad para abordar cualquiera de las cuestiones cruciales del armazón analítico (fig. 1).

¿Cuáles son algunas de las cuestiones a las que se aferró el USPSTF al efectuar su recomendación? ¿Qué investigación es necesaria para guiar a los clínicos en el futuro? Y, ¿qué deben hacer en la actualidad los clínicos ante la escasez de evidencia de gran calidad?

La obesidad extrema en la infancia constituye un problema evidente, y se asocia con resultados adversos sanitarios y psicosociales inmediatos. Así, es descorazonador que incluso la obesidad extrema sea a veces ignorada por los médicos y otros profesionales sanitarios. Sin embargo, esta recomendación de detección no se refiere a los niños obesos en extremo. Desconocemos la mejor manera de identificar a los niños en riesgo de futuros resultados sanitarios adversos debidos a la obesidad o el sobrepeso. Aunque el IMC es una medición conveniente y ampliamente aceptada de la obesidad, no está claro qué IMC, a una edad determinada, se asocia con la buena salud futura.

El IMC en la infancia se correlaciona con el IMC en la edad adulta. Sin embargo, la predicción en la primera infancia es mala para cualquier niño, y sólo mejora cuando los niños llegan a la adolescencia. Otros factores de riesgo como los genéticos, la forma física, la etnia y el sexo también pueden modificar significativamente los resultados sanitarios, de forma que los riesgos a largo plazo sobre la salud de algunos niños de peso "normal" pueden ser mayores que los niños con sobrepeso, calificado únicamente por el IMC. La detección mediante el IMC o un percentil límite de IMC omitiría a estos niños.

Una vez identifiquemos a los niños con mayor riesgo de resultados sanitarios adversos relacionados con el exceso de peso, nos enfrentamos al problema de cómo actuar. Aunque el asesoramiento intensivo en consultas específicas de obesidad y con grupos seleccionados de niños muestra una disminución sostenida del 7 al 26% en el sobrepeso, falta evidencia de las intervenciones eficaces aplicadas en los marcos de asistencia primaria pediátrica. La mayoría de los estudios son tan pequeños que no podemos descartar un efecto importante del asesoramiento intensivo. De forma similar, se han identificado intervenciones comunitarias que pueden contribuir

\*El USPSTF es un organismo independiente de expertos en asistencia primaria, prevención y medicina del comportamiento, cuya misión es desarrollar recomendaciones para los servicios clínicos preventivos basadas en evidencia de gran calidad.

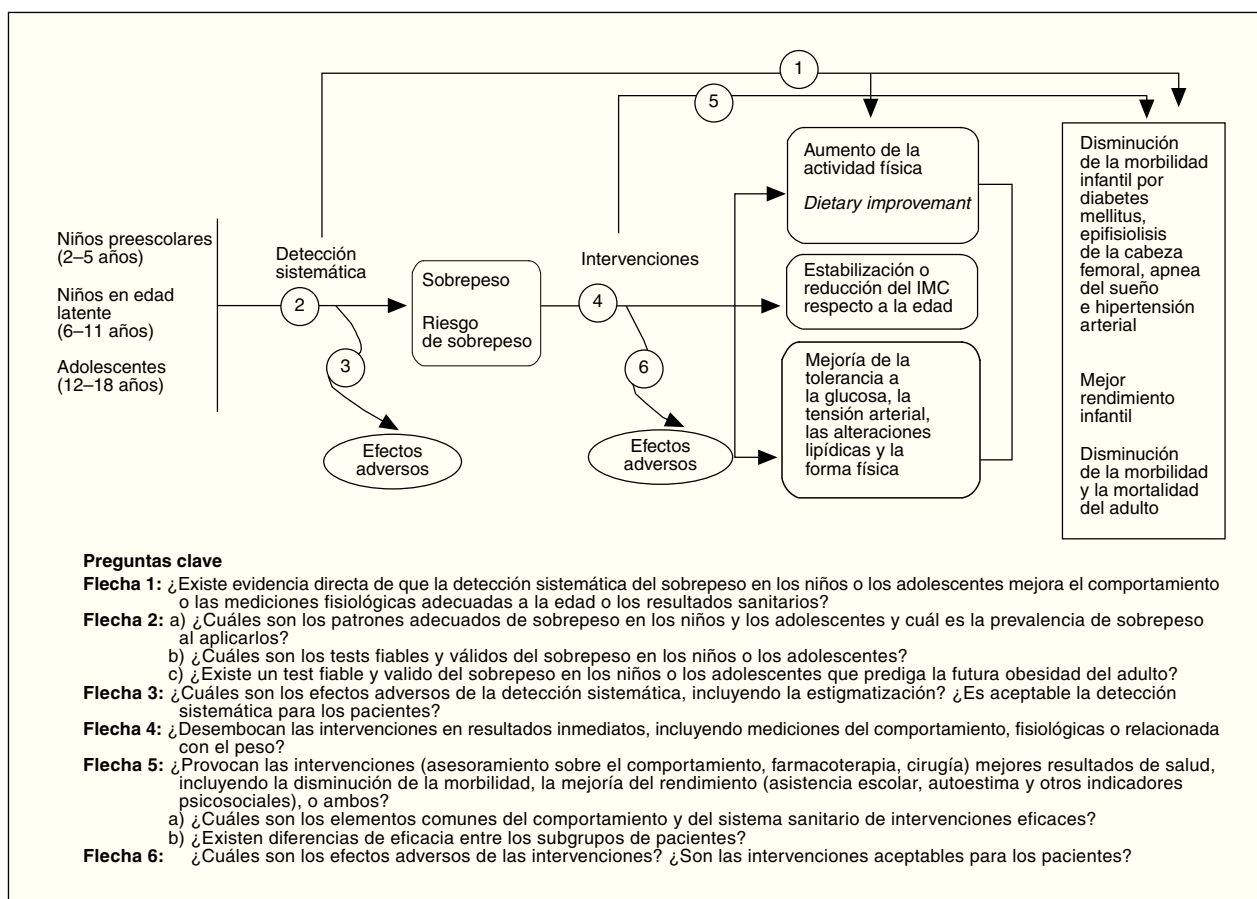


Fig. 1. Detección sistemática e intervenciones en el sobrepeso y la obesidad de niños y adolescentes. Armazón analítico y preguntas clave.

a estilos de vida saludables, como los citados en la Centers for Disease Control and Prevention (CDC) Community Guide<sup>5</sup>, pero se sabe poco acerca de cómo o incluso si los clínicos pueden comunicar eficazmente a los pacientes y sus familias con los recursos comunitarios para el cambio de estilo de vida. Es necesario realizar estudios que investiguen este tema. Tampoco tenemos información sobre las intervenciones y sus efectos sobre los padres en el marco clínico pediátrico. Las intervenciones deben dirigirse a toda la familia, excepto en los niños de mayor edad.

Un último y difícil problema es la escasa información sobre los posibles daños de la detección, como la imposición de etiquetas, la disminución de la autoestima, los malos hábitos de alimentación, las alteraciones de la alimentación, las relaciones familiares adversas o los efectos de la sostenida pérdida y recuperación del peso (dieta yoyo). El primer principio de la medicina es bien conocido: *primum non nocere*. Si realizamos una intervención (terapéutica, preventiva o incluso diagnóstica) sin conocer si es beneficiosa, corremos el riesgo de causar un daño no intencionado. Es necesario realizar estudios para determinar la mejor manera para que los clínicos comuniquen esta información como parte de nuestra búsqueda de intervenciones eficaces en el marco de la asistencia primaria.

La recomendación I del USPSTF debe considerarse una llamada a la acción de la comunidad científica pe-

diátrica. Lo que no sabemos acerca de la prevención de los resultados adversos asociados con la obesidad y el sobrepeso infantil supera a lo que sabemos. No sabemos si la detección de la obesidad y el sobrepeso hace algún bien. Desconocemos la potencia de las relaciones en el armazón analítico. Por ejemplo, no sabemos si la detección identifica de forma correcta a los niños en riesgo de futuros resultados sanitarios adversos; qué tratamiento ayuda más a los identificados (aunque lo hayan sido incorrectamente), ni si los resultados intermedios como la pérdida o la estabilización del peso desemboca en salud a largo plazo. El USPSTF no encontró la evidencia necesaria para realizar esta recomendación.

Los estudios existentes adolecen de una serie de debilidades que deberá superar el diseño de los futuros estudios, como el pequeño tamaño de la muestra, la falta de análisis por intención de tratar, la falta de participantes de minorías étnicas y la escasa atención a la evaluación de los posibles daños. Estos estudios tendieron a centrarse en niños y adolescentes con gran exceso de peso, que pueden tener motivaciones o fisiopatología subyacentes distintas a los que descubriría la detección sistemática. Son necesarios estudios longitudinales que incluyan la evaluación simultánea de numerosos factores potenciales de riesgo de obesidad en los niños y adolescentes para abordar el impacto a largo plazo de los factores de riesgo, distintos al IMC aislado, sobre la salud de los niños.

**Childhood Obesity Working Group. Detección sistemática del sobrepeso en los niños y adolescentes: ¿dónde está la evidencia?**

El Institute of Medicine (IOM) editó recientemente un plan de acción centrado en la prevención de la obesidad en los niños y los jóvenes<sup>6</sup>. Sus objetivos fueron mejorar la base de evidencia y, al mismo tiempo, implantar estrategias poblacionales e individuales basadas en la mejor evidencia disponible para afrontar los factores ambientales y de comportamiento asociados con la obesidad. Es alentador que la Community Task Force de los CDC encontrase evidencia para aumentar la actividad física, mejorar la nutrición, reducir la obesidad, o combinaciones de ellos; se está realizando trabajo adicional<sup>5,7</sup>.

Aunque la recomendación *I* puede preocupar a los pediatras interesados en la detección sistemática de la obesidad y que atienden el problema del sobrepeso infantil, queda mucho por hacer. Los clínicos deben trabajar individualmente con los pacientes y sus familias. También pueden utilizar su considerable influencia para conseguir los recursos que amplíen su conocimiento y pueden, junto con las organizaciones de la comunidad, abordar preguntas sin respuesta en la prevención y el tratamiento de este crucial punto de la salud pública.

Comentario del CHILDHOOD OBESITY WORKING GROUP DEL  
US PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE

**BIBLIOGRAFÍA**

1. Rivara FP, Whitaker R, Sherman PM, Cuttler L. Influencing the childhood behaviors that lead to obesity: role of the pediatrician and health care professional. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2003;157:719-20.
2. Perrin EM, Flower KB, Ammerman AS. Body mass index charts: useful, yet underused. *Pediatrics.* 2004;114:455-60.
3. O'Brien SH, Holubkov R, Reis EC. Identification, evaluation, and management of obesity in an academic primary care center. *Pediatrics.* 2004;114(2). Disponible en: [www.pediatrics.org/cgi/content/full/114/2/e154](http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/114/2/e154)
4. Whitlock EP, Williams SB, Gold R, Smith PR, Shipman SA. Screening and interventions for childhood overweight: a summary of evidence for the US Preventive Services Task Force. *Pediatrics.* 2005;116(1). Disponible en: [www.pediatrics.org/cgi/content/full/peds.2005-0305](http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/peds.2005-0305)
5. Task Force on Community Preventive Services. The Guide to Community Preventive Services: What Works to Promote Health. Zaza S, Briss PA, Harris KW, eds. New York, NY: Oxford University Press; 2005. Disponible en: [thecommunityguide.org/pubs/Book/Front-Matter.pdf](http://thecommunityguide.org/pubs/Book/Front-Matter.pdf)
6. Institute of Medicine. Preventing Childhood Obesity. Health in the Balance. Washington: National Academies Press; 2005 [citado diciembre de 2004]. Disponible en: [www.nap.edu/books/0309091969/html](http://www.nap.edu/books/0309091969/html)
7. Teutsch SM, Briss PA. Spanning the boundary between clinics and communities to address overweight and obesity in children [commentary]. *Pediatrics.* 2005;116.