

Detección sistemática del sobrepeso en los niños y adolescentes: llamada a la acción

La American Academy of Pediatrics recomendó, en el año 2003, que los pediatras calculen y consignent el índice de masa corporal (IMC) de todos los niños y adolescentes al menos una vez al año y que utilicen un cambio –al alza– del IMC como indicador de una ganancia ponderal excesiva respecto al crecimiento lineal¹. No obstante, datos recientes indican que sólo una minoría de los pediatras utiliza realmente de forma rutinaria el IMC, mientras que la mayoría prefiere confiar en la “impresión visual” para diagnosticar el sobrepeso. Las barreras al empleo del IMC citadas habitualmente son la falta de motivación del paciente o de implicación de los padres, la falta de tiempo clínico, la falta de autoeficacia para negociar el cambio de los comportamientos de salud de los pacientes, la falta de recursos para la consulta al especialista y la falta de reembolso.

Los hallazgos del US Preventive Services Task Force (USPSTF) publicados en este número de *PEDIATRICS*², y entre ellos la conclusión de “insuficiente evidencia para recomendar o desaconsejar la detección rutinaria del sobrepeso en los niños y adolescentes en el marco de la asistencia primaria”, demuestran los límites de nuestro conocimiento. Sin embargo, se debe distinguir entre *ausencia de evidencia* (basada en los estrictos criterios aplicados en el proceso utilizado por el informe del USPSTF) y *evidencia de ausencia de efecto*. El informe demuestra lo primero, no lo segundo. Las lagunas de la evidencia no deben desembocar en complacencia.

Aunque desde hace muchos años se dispone de referencias del IMC para la evaluación del sobrepeso infantil, los Centers for Disease Control and Prevention (CDC) sólo disponen de diagramas de crecimiento con IMC desde 2000, y su utilización en la asistencia clínica rutinaria todavía no es óptima. Así, la primera cuestión crucial, si la detección del sobrepeso mejora las mediciones fisiológicas o del comportamiento o los resultados sanitarios, probablemente no sea realista en este momento. Además, no es probable que la detección aislada desemboque en una mejora de las mediciones fisiológicas o del comportamiento. En una situación ideal, la detección desencadena otras acciones; se han publicado diagramas de decisión relacionados con el IMC que tratan de guiar las decisiones en la asistencia clínica. Entre ellas está el segundo grado de detección, como la determinación del grado de sobrepeso, la revisión de los antecedentes familiares de obesidad, la enfermedad cardiovascular, la diabetes tipo 2, la identificación de comportamientos de alto riesgo relacionados con la dieta y la actividad física y la detección de comorbilidades. Sólo se progresará en los resultados más “distales” cuando se aborden estos aspectos, además de caracterizar el estado del peso.

Los hallazgos del informe también plantean preguntas sobre las razones de la aparente falta de beneficio de la detección y las intervenciones posteriores. Los médicos informan de falta de autoeficacia en la ayuda a que los pacientes consigan cambiar su comportamiento. Desde luego, la formación tradicional presupone que el médico hará algo por el paciente, que el paciente cumplirá y que los efectos son inmediatos. La facilitación del cambio del comportamiento necesita de una postura totalmente distinta: hay que ayudar al paciente (y a su familia) a identificar objetivos que pueda y quiera cambiar. En general, la formación médica no ha captado esta diferente forma de abordar las situaciones crónicas, basadas en el estilo de vida, que constituyen actualmente las principales amenazas para la salud. Es urgente realizar esfuerzos para dotar a los médicos en la intervención eficaz con las familias y los niños en riesgo de sobrepeso o ya afectados de él. Estos esfuerzos obligarán a realizar cambios en el modelo de asistencia médica, tanto en el marco de la asistencia como en las capacidades clínicas individuales de los médicos.

La detección de una situación implica también el acceso y la disponibilidad del tratamiento adecuado, lo que permite un intercambio entre la asistencia ofrecida en el marco de la asistencia primaria (como la detección y las primeras evaluaciones) y los abordajes terapéuticos más intensivos y especializados en los casos de mayor gravedad. Aún así, los abordajes terapéuticos eficaces para los niños y adolescentes con sobrepeso son, como describe el informe, muy escasos, especialmente para el médico de asistencia primaria. No es que falten programas de tratamiento eficaces, sino que el sobrepeso y la obesidad son enfermedades crónicas que necesitan esfuerzos terapéuticos amplios y multidisciplinarios. Los abordajes terapéuticos de los que se han publicado resultados se han realizado, por lo general, en marcos de investigación, y la financiación de la investigación apoya a muchos, si no todos, de los actuales programas de tratamiento clínico. Así, las opciones para el médico que haya detectado a un niño con sobrepeso y desea remitirlo para tratamiento son sumamente escasas, en número y distribución. La falta de un adecuado reembolso y cobertura de seguro del tratamiento de la obesidad, así como la de servicios preventivos, es un poderoso desincentivo para que los médicos y los demás profesionales sanitarios inicien y mantengan programas de tratamiento, lo que reduce el incentivo del médico de asistencia primaria para identificar el sobrepeso, la obesidad y sus comorbilidades.

No se debe infravalorar la influencia de un médico al abordar el problema. Como se ha demostrado en el

abandono del tabaquismo y en la promoción de la lactancia materna, los datos obtenidos en la asistencia clínica a adultos indican que los pacientes cuyos médicos plantean preocupaciones por el peso del paciente tuvieron más probabilidades de iniciar cambios para perder peso. Vale la pena observar que el modelo transteórico (etapas del cambio) sugiere que la primera tarea del profesional sanitario debe ser hacer pasar a los pacientes de una etapa a la siguiente, no necesariamente curar la alteración, específicamente no en una sola visita. Por ejemplo, mencionar de forma no peyorativa el hallazgo de un IMC elevado o en aumento puede bastar para que una familia pase de la etapa previa a la de consideración del problema, aunque el cambio real de comportamiento puede producirse mucho más tarde.

El informe del USPSTF no debe considerarse un juicio de la utilidad de la detección del sobrepeso sino como un desafío para iniciar una evaluación más sistemática a fin de mejorar la práctica clínica y de tomar decisiones generales. El informe apoya las recientes llamadas no sólo a una práctica más basada en la evidencia, sino a una evidencia más basada en la práctica (William Dietz, MD, PhD, FAAP y Larry Green, MD, comunicaciones personales). No obstante, algunos aspectos han quedado aclarados: la prevalencia de sobrepeso y obesidad en los niños y adolescentes ha aumentado de forma espectacular en las 2 o 3 últimas décadas, y el sobrepeso

durante la infancia y, para muchos, persistente hasta la edad adulta se asocia con importantes resultados sanitarios adversos. El control del crecimiento es inherente a la práctica pediátrica preventiva primaria; el IMC simplemente añade otra ayuda objetiva para ayudar a evaluar la adecuación del peso respecto a la estatura. La detección del IMC no puede, por sí sola, moderar la epidemia de obesidad pero, en cualquier problema sanitario, el reconocimiento precede a las soluciones.

Los pediatras no deben considerar el informe del USPSTF como una causa de retirada, sino como una sonda llamada a la acción.

NANCY F. KREBS, MD, MS, FAAP; COPRESIDENT, AAP TASK FORCE ON OBESITY
Department of Pediatrics, University of Colorado Health Sciences Center School of Medicine, Denver, CO.

BIBLIOGRAFÍA

1. American Academy of Pediatrics, Committee on Nutrition. Prevention of pediatric overweight and obesity. *Pediatrics*. 2003;112:424-30.
2. 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.2005-0242