

12. Evidencias y recomendaciones

Introducción

En los últimos años se ha extendiendo el convencimiento de que toda actuación recomendada en guías y protocolos debe estar basada en evidencias sólidas. Esta filosofía permite intervenir (hacer las cosas) con la máxima eficiencia para obtener los mejores resultados clínicos posibles.

Siendo cierta dicha afirmación, algunas intervenciones encuentran grandes dificultades para encontrar “la evidencia”. Una de estas situaciones se produce en el área pediátrica, y entre ellas, la obesidad infantil. Este hecho se debe a que el efecto de las intervenciones en población infantil sobre variables “contundentes” (por ejemplo, disminución de infartos, o la incidencia de diabetes mellitus tipo 2) sólo se podrá apreciar muchos años después.

Por todo ello, numerosas intervenciones en obesidad infantil estarán basadas en “consenso de expertos”, pero debe aceptarse que en numerosas ocasiones será imposible encontrar “algo más”.

Para esta revisión se ha realizado una búsqueda en pubmed el 22 de noviembre de 2011, usando los términos obesity (diagnóstico/evaluación/tratamiento) y evidence based medicine, limitados a edad 0-18 años y artículos con texto completo. Además se han consultado las guías de NICE, SIGN, y US Preventive Service Task Force.

¿Tiene efectos a largo plazo el que niños obesos dejen de serlo?

En un estudio reciente publicado en New England (fecha exacta) se ha estudiado a una cohorte de 6.328 niños con un seguimiento medio de 23 años. Se ha visto que los niños obesos que seguían (eran) obesos de adultos tenían mayores riesgos de diabetes, hipertensión, dislipemia y aterosclerosis carotídea, frente a los niños delgados que fueron adultos delgados. Pero lo importante es que aquellos niños obesos que se convirtieron en adultos delgados, tuvieron el mismo riesgo que aquellos que siempre fueron delgados tanto de niño como de adulto.

Por tanto, sí es importante que niños obesos logren ser adultos delgados.

¿Está demostrado el screening de obesidad en niños?

Una revisión sistemática de 2007 (Westwood et al, Arch Dis Child) no encontró ensayos clínicos que evaluaran su efectividad. Lo mismo indica la guía SIGN, o la US Preventive Service Task Force Americana.

NICE recomienda el screening sujeto a criterio clínico, aunque acepta que pueden aprovecharse situaciones propicias para ello como los chequeos rutinarios.

¿Cómo diagnosticar la obesidad infantil?

SIGN recomienda el IMC (Grado de recomendación C), mientras que la Sociedad de endocrinología americana lo considera una recomendación fuerte, basada en estudios de baja calidad.

¿Qué pruebas de laboratorio se deben solicitar para valorar la obesidad infantil?

NICE plantea el criterio clínico para la búsqueda de comorbilidades, aunque deja para un segundo nivel asistencial la solicitud de glucemia, lípidos, insulínemia, enzimas hepáticas, y "pruebas de función endocrina", siempre individualizando según el paciente.

La Sociedad Americana de Endocrinología recomienda (recomendación fuerte) valorar en los niños la Tensión arterial, glucemia y lípidos. Aunque reconoce que entre el 10 y el 25% de los niños obesos presentan hipertransaminasemia, no aclara si recomienda pedir estas pruebas. Esta sociedad sí se sitúa en contra (recomendación fuerte en contra) de solicitar de forma rutinaria tests endocrinos, entre los que incluye Cortisolemia (Cushing), hormona del crecimiento, hormonas tiroideas o PTH.

La Asociación Médica Canadiense (2006) hace una recomendación intermedia para solicitar glucemia y lípidos en sangre a niños mayores de 10 años, además de pruebas hepáticas, de orina y tests de

sueño. La periodicidad de estas pruebas es a criterio clínico (recomendación débil, basada en consenso).

Respecto a las pruebas tiroideas, no se han encontrado otras recomendaciones, aunque dos artículos americanos de 2007 y 2010 encuentran alteraciones en las hormonas tiroideas en el 10% de los niños obesos.

¿Están fundados los tratamientos de cambios de hábito de vida?

NICE recomienda intervenciones multi-componente (dieta, ejercicio, sedentarismo...). Estas intervenciones deben ajustarse a la motivación del paciente (similar a los estadios del cambio de Prochaska). Incluso plantea posponer las intervenciones cuando el paciente no está dispuesto a cambiar.

SIGN considera el tratamiento multicomponente con implicación de las familias con una fuerza de recomendación B.

De forma similar son las recomendaciones sobre cambios de hábitos de vida para la Sociedad Americana de Endocrinología (recomendación fuerte) y la Asociación Médica Canadiense (fuerza de recomendación A). Esta última también recomienda explorar las barreras al cambio (fuerza B).

La USPSTF admite "cierta evidencia" en el efecto de estas intervenciones.

En un metanálisis de 2008 (McGovern L, J Clin Endocrinol Metab) encontraban

efectos estadísticamente significativos en las intervenciones combinadas sobre estilos de vida cuando el objetivo era familiar, siendo positivas (pero no estadísticamente significativas) cuando el objetivo sólo es el niño.

En base a lo expuesto, las recomendaciones planteadas en este Documento se basan en la mayor evidencia publicada, y en consenso de expertos. Si bien, la gradación de la evidencia, así como, la fuerza de la recomendación no queda reflejada en el texto del Documento; la bibliografía reseñada permitirá a los lectores consultarla, ampliando dicha información.

Fuente documental de evidencias y recomendaciones

- Juonala M. Magnussen CG. Berenson GS. Venn A. Burns TL. Sabin MA. Srinivasan SR. Daniels SR. Davis PH. Chen W. Sun C. Cheung M. Viikari JS. Dwyer T. Raitakari OT.: Childhood adiposity, adult adiposity, and cardiovascular risk factors. *New England Journal of Medicine*. 365(20):1876-85, 2011 Nov 17.
- Westwood M. Fayter D. Hartley S. Rithalia A. Butler G. Glasziou P. Bland M. Nixon J. Stirk L. Rudolf M. Childhood obesity: should primary school children be routinely screened? A systematic review and discussion of the evidence. *Archives of Disease in Childhood*. 92(5):416-22, 2007 May.
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN): Management of Obesity, A nacional clinical guideline. February 2010. En <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign115.pdf>
- U.S. Preventive Service Task Force: Screening for Obesity in Children and Adolescents. January 2010. En: <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/uspshobes.htm>
- Nacional Institute for Health and Clinical Excellence (NICE): CG 43 Obesity: Nice Guideline. 29 January 2010. En: <http://guidance.nice.org.uk/CG43/NICEGuidance/pdf/English>
- August GP. Caprio S. Fennoy I. Free-mark M. Kaufman FR. Lustig RH. Silverstein JH. Speiser PW. Styne DM. Montori VM: Prevention and treatment of pediatric obesity: an endocrine society clinical practice guideline based on expert opinion. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*. 93(12):4576-99, 2008 Dec.
- Lau DC. Douketis JD. Morrison KM. Hramiak IM. Sharma AM. Ur E. Obesity Canada Clinical Practice Guidelines Expert Panel: 2006 Canadian clinical practice guidelines on the management and prevention of obesity in adults and children . *CMAJ Canadian Medical Association Journal*. 176(8):S1-13, 2007 Apr 10. En: <http://www.cmaj.ca/content/suppl/2007/09/04/176.8.S1.DC1/obesity-lau-onlineNEW.pdf>