

EL NIÑO CON OBESIDAD.

Joalice Villalobos.

Unidad de Diabetes y Enfermedades Metabólicas La Sagrada Familia. Maracaibo, Venezuela.

Rev Venez Endocrinol Metab 2023;21(2): 62-63

Según la Organización Mundial de la Salud, más de 380 millones de niños y adolescentes viven con obesidad.

Un niño obeso tiene mayor probabilidad de ser un adulto obeso, además, cada vez se presentan con mayor frecuencia comorbilidades asociadas a obesidad (hipertensión, diabetes tipo 2, dislipidemia, enfermedad de hígado graso, apnea del sueño), que aparecen a edades más tempranas¹.

A pesar de insistir en cambios de estilo de vida y ejercicio, de establecerse guías y consensos para ello, la prevalencia sigue creciendo. También ha aumentado el grado de obesidad, por lo que fue necesario elaborar curvas extendidas de índice de masa corporal para su valoración que llegan hasta 190% del percentil 95².

Se han identificado diferentes barreras que involucran al paciente, al cuidador, al profesional de salud y la sociedad. El paciente debe estar motivado a desear el cambio, el cuidador debe tener consciencia de que hay un problema con el que muchas veces también vive, y el profesional de salud debe perder la inercia y dejar de minimizar el tema como solo un asunto de dieta y ejercicio. Además, vivimos en una sociedad de consumo donde predomina la inmediatez.

En abril del año en curso, la Asociación Americana de Pediatría publica unas nuevas guías para el manejo y tratamiento de niños y adolescentes con obesidad³; en la misma se destacan como puntos clave:

- La obesidad es una enfermedad crónica y como tal debe tratarse.

- El papel protagónico que debe tener la familia, incluyendo todas las personas que viven con el niño; las modificaciones de conducta deben ser incorporadas a la dinámica familiar.
- La importancia del lenguaje utilizado, el cual debe ser respetuoso, no discriminatorio y motivador.
- El programa de atención debe estar apoyado por una política de estado y soportado por los sistemas de atención de salud tanto públicos como privados.

Esta publicación guía al pediatra, o médico de atención primaria, no sólo en cómo identificar el sobrepeso/obesidad, sino también la presencia de comorbilidades, además de cómo abordar el problema. Destaca que la evidencia soporta que para lograr una modificación de conducta se requiere al menos 26 horas de encuentros presenciales en un lapso de 3 a 12 meses.

Al final aseguran que la terapia de comportamiento y estilo de vida, en algunos, podría no ser suficiente, ya que los porcentajes de pérdida de peso son modestos y varían de 5 a 20%², por lo que en pacientes mayores de 12 años con obesidad severa (más de 120% del p95 de IMC o ≥ 35 kg/m²), donde estas acciones fallan, se recomienda el uso de farmacoterapia. Además, recomiendan considerar la cirugía bariátrica en mayores de 13 años con obesidad severa clase 3 o clase 2 con comorbilidades.

Para el mismo momento que se estaban preparando estas guías, fueron aprobados dos fármacos agonistas del receptor de GLP-1, liraglutide

Artículo recibido en: junio 2023. Aceptado para publicación en: julio 2023.

Dirigir correspondencia a: Joalice Villalobos. Email: joalicevr@gmail.com

de y semaglutide, para ser usados a partir de los 12 años^{4,5}. Por otro lado, fue aprobado el Setmelanotide, un agonista del receptor de melanocortina 4, para ser usado en algunos tipos de obesidad monogénica a partir de los 6 años⁶. Todavía no hay estudios que demuestren utilidad y seguridad de los primeros en niños menores de 12 años, ni del Setmelanotide en otras causas de obesidad.

A pesar de que se requieren estudios que muestren el impacto a largo plazo de las diferentes estrategias, las recientes publicaciones muestran la urgencia de dar tratamiento intensivo según sus necesidades a cada paciente desde el momento de su diagnóstico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Simmonds M, Burch J, Llewellyn A, Griffiths C, Yang H, Owen C, Duffy s, Woolacott N. The use of measures of obesity in childhood for predicting obesity and the development of obesity-related diseases in adulthood: a systematic review and meta-analysis. *Health Technol Assess* 2015;19:1-336. DOI: 10.3310/hta19430.
2. Kelly AS, Barlow SE, Rao G, Inge TH, Hayman LL, Syeinberger J, Urbina EM, Ewing LJ, Daniels LR. AHA Scientific Statement. Severe obesity in children and adolescents: identification, associated health risks, and treatment approaches. *Circulation* 2013;128:1689-1712. DOI: 10.1161/CIR.0b013e3182a5cfb3.
3. Hampl SE, Hassink S G, Skinner AC, Armstrong SC, Barlow SE, Bolling CF, Avila Edwards KC, Eneli I, Hamre R, Joseph MM, et al. Clinical practice guideline for the evaluation and treatment of children and adolescents with obesity. *Pediatrics* 2023; 151:e2022060640. doi: 10.1542/peds.2022-060640.
4. Kelly AS, Auerbach P, Barrientos-Perez M, Gies I, Hale PM, Marcus C, Mastrandrea LD, Prabhu N, Arslanian S. A randomized, controlled trial of liraglutide for adolescents with obesity. *N Engl J Med* 2020;382:2117-2128. DOI: 10.1056/NEJMoa1916038.
5. Weghuber D, Barrett T, Barrientos-Pérez M, Gies I, Hesse D, Jeppesen OK, Kelly AS, Mastrandrea LD, Sørrig R, Arslanian S. Once-weekly semaglutide in adolescents with obesity. *N Engl J Med* 2022;387:2245-2257. DOI: 10.1056/NEJMoa2208601.
6. Wabitsch M, Farooqi S, Flück CE, Bratina N, Mallya UG, Stewart M, Garrison J, van den Akker E, Kühnen P. Natural history of obesity due to POMC, PCSK1, and LEPR deficiency and the Impact of Setmelanotide. *J Endocr Soc* 2022;6:1-9. DOI: 10.1210/jendso/bvac057.