

# Doctor, ¿tiene cinco minutos?

SECCIÓN A CARGO DE MIRIAM TONIETTI<sup>a</sup> Y BETTINA VIOLA<sup>b</sup>

---

## **Executive Summary: Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Treatment of Children and Adolescents With Obesity**

Resumen ejecutivo: Guía de práctica clínica para la evaluación y tratamiento de niños y adolescentes con obesidad

HAMPL S, HASSINK, S, SKINNER A, et al.

Pediatrics. 2023; 151(2):e2022060641. doi: 10.1542/peds.2022-060641. PMID: 36622135.

La obesidad es una enfermedad crónica, común, compleja y tratable que está asociada a una combinación de factores socioecológicos, ambientales y genéticos. Sin tratamiento, puede asociarse a graves consecuencias para la salud individual y social.

Las personas con sobrepeso y obesidad son víctimas de burlas y acoso con efectos directos sobre ellas (atracones, aislamiento social, evitación de los servicios de atención médica y disminución de la actividad física) que complican aún más su salud.

La base del tratamiento integral de la obesidad es contribuir a que el niño/adolescente y su familia logren realizar cambios en el estilo de vida, de comportamiento y de factores ambientales, a través de distintas estrategias clínicas, dietarias, conductuales, farmacológicas o quirúrgicas coordinadas por un equipo multidisciplinario especializado en obesidad.

Esta Guía de práctica clínica (GPC) se basa en una revisión exhaustiva de la evidencia de estudios controlados y comparativos de ensayos de efectividad, estudios longitudinales y epidemiológicos de alta calidad. Tiene como objetivo informar a los pediatras y otros proveedores de atención médica pediátrica sobre el estándar de atención para evaluar y tratar a niños mayores de 2 años con sobrepeso y obesidad y comorbilidades relacionadas. La GPC promueve un enfoque integral considerando el estado de salud del niño, el sistema familiar, el contexto comunitario y los recursos para el tratamiento para crear el mejor plan de tratamiento para cada paciente.

En base a toda la evidencia recolectada, se redactaron declaraciones de acción clave graficadas en una serie de tablas y algoritmos para guiar la atención y brindar recomendaciones de expertos. Más aún, describen factores de riesgos asociados, métodos de diagnóstico y evaluación del sobrepeso/obesidad y sus comorbilidades así como recomendaciones sobre su tratamiento.

---

a. Ex Jefa de Servicio de Nutrición, Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez.

b. Hospital de Día Polivalente, Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez.



## Once-Weekly Semaglutide in Adolescents with Obesity

### Semaglutida una vez por semana en adolescentes con obesidad

WEGHUBER D, BARRETT T, BARRIENTOS PÉREZ M, et al.

N Engl J Med 2022; 387:2245-57. DOI: 10.1056/NEJMoa2208601

Se estima que para el año 2030 más de 250 millones de niños y adolescentes tendrán obesidad y comorbilidades asociadas. Aunque las guías recomiendan modificaciones en el estilo de vida para el control de la obesidad, la disminución del índice de masa corporal (IMC) es modesta y el mantenimiento del peso a largo plazo es un desafío que rara vez se logra. Cuando dichas intervenciones son ineficaces puede considerarse la farmacoterapia.

La semaglutida es un análogo del péptido 1 similar al glucagón que induce la pérdida de peso al disminuir el apetito, inducir saciedad y reducir la ingesta de energía. En adultos, el tratamiento con semaglutida 2,4 mg subcutánea administrada una vez a la semana asociada a cambios en el estilo de vida de las personas con sobrepeso u obesidad ha resultado en disminución de peso clínicamente significativa.

Dado que no hay evidencia de su uso en la población adolescente, se desarrolló el ensayo TEENS (multinacional, doble ciego, de grupos paralelos aleatorios con grupo control placebo en una relación 2:1) desde octubre de 2019 hasta marzo de 2022. Este estudio se diseñó para evaluar la superioridad de semaglutida frente al placebo y la confirmación de su eficacia y seguridad. Los adolescentes enrolados recibieron durante 68 semanas semaglutida subcutánea una vez a la semana a una dosis de 2,4 mg o placebo, en conjunto con indicaciones de cambios en el estilo de vida. Durante la fase de pre inclusión, se seleccionaron adolescentes (de 12 a 18 años de edad) con obesidad (IMC > o igual al percentilo 95) o sobrepeso (IMC > o igual al percentilo 85) y al menos una condición coexistente relacionada con el peso y que habían realizado al menos un tratamiento dietario de perder peso sin éxito. Los criterios de exclusión fueron cambio de peso de más de 5 kg o el uso de un medicamento para la obesidad en los 90 días anteriores, cirugía bariátrica previa, enfermedad tiroidea no controlada, presencia de causas secundaria de obesidad, trastorno depresivo mayor en los 2 años anteriores, diagnóstico de trastornos psiquiátricos graves o bulimia nerviosa y/o antecedente de intento de suicidio.

De los 229 participantes que fueron evaluados, 201 fueron aleatorizados; 134 participantes fueron asignados al grupo de semaglutida y 67 al grupo placebo. En la semana 68, 120 participantes (90%) en el grupo de semaglutida y 60 participantes (90%) en el grupo placebo habían completado el tratamiento. Todos menos uno tenía obesidad. El cambio medio en el IMC desde el inicio hasta la semana 68 fue de -16,1 % con semaglutida y 0,6 % con placebo (diferencia estimada, -16,7 puntos porcentuales; intervalo de confianza [IC] del 95 %, -20,3 a -13,2;  $P < 0,001$ ). En la semana 68, un total de 95 de 131 participantes (73 %) en el grupo de semaglutida tuvieron una pérdida de peso del 5 % o más, en comparación con 11 de 62 participantes (18 %) en el grupo de placebo (odds ratio estimado, 14,0; IC del 95 %, 6,3 a 31,0;  $P < 0,001$ ). Las reducciones en el peso corporal y la mejora con respecto a los factores de riesgo cardiometabólicos (circunferencia de la cintura y niveles de hemoglobina glucosilada, lípidos, excepto colesterol HDL y la GPT) fueron mayores con semaglutida que con placebo. La incidencia de eventos adversos gastrointestinales fue mayor con semaglutida que con placebo (62% vs. 42%). Cinco participantes (4%) en el grupo de semaglutida y ningún participante en el grupo de placebo tuvieron colestiasis. Se informaron eventos adversos graves en 15 de 133 participantes (11 %) en el grupo de semaglutida y en 6 de 67 participantes (9 %) en el grupo de placebo.

Los autores concluyen que entre los adolescentes con obesidad, el tratamiento una vez a la semana con una dosis de 2,4 mg de semaglutida más una intervención en el estilo de vida resultó en una mayor reducción del IMC que la intervención en el estilo de vida sola.



## Neonatal Seizures

### Convulsiones neonatales

YOZAWITZ E.

N Engl J Med 2023; 388:1692-1700 DOI: 10.1056/NEJMra2300188

Las convulsiones neonatales (CN) se definen como convulsiones que ocurren dentro de las 4 semanas posteriores al nacimiento de bebés nacidos a término o dentro de las 44 semanas posteriores a la edad posmenstrual en bebés prematuros. Éstas suelen comenzar focalmente pero pueden generalizarse. En los recién nacidos pueden ser difíciles de reconocer clínicamente, porque los movimientos convulsivos de los bebés suelen ser complejos, irregulares o sutiles. Existen varios fenómenos motores comunes no epilépticos que pueden ser difíciles de diferenciar de las convulsiones en los recién nacidos (temblor, nerviosismo y algunos movimientos mioclónicos que pueden ocurrir sin una causa aparente o como síntomas de abstinencia de drogas, anomalías electrolíticas, hipoglucemia o infección). Éstos no tienen correlatos en el EEG y no son consideradas convulsiones. La incidencia estimada de las CN es de 2,29 casos por 1 000 nacidos vivos, siendo más alta en los recién nacidos prematuros (14,28 casos por 1 000 nacidos vivos).

La Liga Internacional contra la Epilepsia (ILAE) ha desarrollado un marco de diagnóstico para clasificar las CN, facilitando el uso de terminología común. Estas nuevas definiciones y clasificaciones de síndromes, junto con el acceso a pruebas genéticas, han cambiado la forma en que los médicos entienden y manejan las CN.

La edad neonatal, la edad de inicio de las convulsiones y la semiología clínica brindan pautas sobre la causa de las convulsiones. La mayoría de las CN son transitorias y provocadas, es decir, que resultan de trastornos metabólicos agudos, procesos infecciosos o lesiones cerebrales focales agudas. En los recién nacidos a término, la causa más común de convulsiones provocadas es la encefalopatía hipóxica-isquémica, seguida en frecuencia por el accidente cerebrovascular y la infección. En los recién nacidos prematuros, la causa más frecuente es la hemorragia intraventricular. Identificar el evento provocador es fundamental para determinar el manejo. Las convulsiones provocadas no se consideran epilepsia, definiéndose como dos o más convulsiones no provocadas. Las convulsiones provocadas generalmente no requieren tratamiento a largo plazo con medicamentos anticonvulsivos. Los síndromes de epilepsia neonatal, que son poco frecuentes, suelen tener causas genéticas y, a diferencia de las convulsiones provocadas, algunos de estos síndromes requieren un tratamiento a largo plazo.

En este trabajo, la autora propone una guía de diagnóstico que conduce a las posibles causas de las convulsiones y se adjunta una tabla que proporciona la evaluación sugerida para confirmar cada una de las diferentes causas. Debido a que algunas convulsiones solo tienen un componente electroencefalográfico (EEG), la ILAE ha enfatizado la importancia del EEG como esencial para su identificación. Cuando no se dispone de EEG, se puede iniciar el tratamiento anticonvulsivo determinando, sobre la base de los niveles de certeza diagnóstica (Niveles 1 a 5) descritos en el trabajo.

Los pasos iniciales en el manejo de las CN son estabilizar la función cardiovascular y respiratoria y luego, identificar la causa de las convulsiones. Las anomalías médicas tratables, como la hipoglucemia y los trastornos electrolíticos pueden detectarse y corregirse rápidamente, lo que generalmente conduce al cese de las convulsiones sin necesidad de medicación anticonvulsivante. La neuroimagen (ecografía, resonancia magnética) se considera fundamental en la detección de posibles anomalías estructurales en neonatos con convulsiones. Las pruebas genéticas se consideran si no hay una explicación estructural clara para las convulsiones.

Es un principio generalmente aceptado que todas las convulsiones neonatales con correlación tanto clínica como EEG y aquellas con solo evidencia EEG deben ser tratadas. La ILAE recomienda el fenobarbital como el medicamento anticonvulsivo de primera línea, independientemente de la causa. La hipotermia terapéutica durante 72 horas se usa de forma rutinaria para los recién nacidos a término y casi a término con encefalopatía hipóxica-isquémica de moderada a grave en un esfuerzo por mejorar la lesión cerebral y mejorar los resultados posteriores del desarrollo.

El pronóstico de las CN varía según la causa, la edad de inicio, la duración de las convulsiones y la respuesta a la medicación. El reconocimiento y el tratamiento rápido se consideran las mejores formas de prevenir los efectos adversos de las convulsiones y mejorar los resultados a largo plazo.





## ***Behavioral Interventions for Children and Adults with Tic Disorder***

### **Intervenciones conductuales para niños y adultos con tics**

**WOODS DW, HIMLE MB, STIEDE JT, et al.**

Annu Rev Clin Psychol. 2023 May 9;19:233-260. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-080921-074307. PMID: 37159286.

Los tics son trastornos neuropsiquiátricos de base neurológica cuya expresión se ve muy afectada por factores contextuales. Se caracterizan por movimientos y/o vocalizaciones rápidos, recurrentes y no rítmicos. Existen tres tipos de trastornos: el trastorno de tic transitorio (tics motores y/o vocales únicos o múltiples que han estado presentes durante menos de 1 año), el trastorno de tics motores/vocales persistente o crónico (tics motores o vocales, pero no ambos, que persisten durante más de 1 año) y finalmente, el trastorno de Tourette (tics tanto motores como vocales que han estado presentes durante al menos un año, aunque no necesariamente al mismo tiempo).

Cada uno de estos requiere como condición el inicio de los mismos antes de los 18 años de edad. Los trastornos de tics transitorios y crónicos afectan aproximadamente al 3 % y al 1 % de la población, respectivamente, con un riesgo de cuatro a cinco veces mayor para los hombres. Éstos suelen aparecer entre los 4 y los 8 años de edad, siguen un curso creciente y menguante y cambian de apariencia y ubicación con el tiempo. Los tics iniciales suelen ser movimientos simples como parpadear o sacudir la cabeza y/o sonidos breves y sin sentido como olfatear, o carraspear que tienden a progresar en un patrón cefalocaudal y próximo distal y aumentar en complejidad con el tiempo. La gravedad de los tics suele alcanzar su punto máximo en la adolescencia y entre el 50% y el 75% de los pacientes disminuyen sustancialmente la gravedad de los tics en la edad adulta temprana. Los tics a menudo están precedidos por impulsos premonitorios aversivos, que pueden describirse como una tensión interna localizada, presión, picazón o malestar en los grupos musculares afectados por el tic o una sensación más general de que algo no está bien en el cuerpo.

Las personas con tics a menudo experimentan secuelas físicas, sociales, educativas y laborales y una calidad de vida reducida. La comorbilidad psiquiátrica es común; dentro de ellos, el trastorno por déficit de atención/hiperactividad y el trastorno obsesivo-compulsivo son particularmente frecuentes.

Durante la última década, las intervenciones conductuales se han vuelto cada vez más reconocidas y recomendadas como terapias efectivas de primera línea para el tratamiento de personas con trastornos de tics. En este artículo, se describen las tres intervenciones conductuales primarias más recomendadas (reversión del hábito, Intervención conductual integral para los tics y prevención de la exposición y la respuesta). La Intervención Comportamental Integral para Tics tiene la mayor evidencia empírica como un tratamiento eficaz administrado individualmente para los tics en niños y adultos. La terapia conductual se ha administrado con éxito en formatos individuales, virtuales, de autoayuda, grupales e intensivos. Restan realizar nuevos estudios de eficacia como por ejemplo investigaciones con muestras más diversas y heterogéneas o que evalúen la secuencia más efectiva de tratamiento.

