

**Pregunta 4: En adultos con OA y sobrepeso/obesidad, ¿se debería indicar intervenciones para bajar de peso?**

**Conceptos previos:** La obesidad es reconocida como una enfermedad inflamatoria sistémica, teniendo un rol importante la presencia de citoquinas inflamatorias como IL-6 en el desarrollo de enfermedades metabólicas, hepáticas y cardiovasculares (34, 35). Se ha propuesto que el incremento de IL-6 tiene efectos modificadores sobre la estructura del cartílago articular, al incrementar el contenido de proteoglicanos y reducir el espesor del cartílago, por lo que se sugiere que la pérdida de peso podría contribuir en la disminución de la progresión de la OA (36).

**Justificación de la pregunta:** Actualmente muchos médicos indican bajar de peso como parte del manejo de la OA, por lo cual resulta necesario identificar la real eficacia de este tratamiento no farmacológico.

**Resumen de la evidencia (NICE):** Se encontró que la guía NICE 2014 (1), que fue seleccionada mediante la evaluación con AGREE II, establecía recomendaciones para esta pregunta.

NICE recomienda ofrecer intervenciones para lograr la pérdida de peso como un tratamiento básico para las personas con sobrepeso u obesidad.

Para ello, NICE cita la RS de Christensen (2007) (37), la cual resumió 4 ECA (n=417), en los cuales se aplicaron 4 intervenciones (dieta baja en calorías 800Kcal/día, consejería nutricional, terapia cognitivo-conductual, Mazindol 0.5 mg/día), para evaluar dolor y funcionalidad con Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index (WOMAC) en OA de rodilla, con un seguimiento en rango de 1.5 a 18 meses. Este estudio reporta que:

- **Dolor:** La RS de Christensen (2007) (37) realizó un meta-análisis de 3 ECA (n=417), que encontró que el dolor fue menor en el grupo que disminuyó de peso (n=210) en comparación con el grupo control (n=207) (SMD: -0.20; IC 95%: -0.39 a -0.00).
- **Funcionalidad:** La RS de Christensen (2007) (37) realizó un meta-análisis de 3 ECA (n=417), que encontró que el puntaje en la escala de funcionalidad fue menor en el grupo que disminuyó de peso (n=210) en comparación con el grupo control (n=207) (SMD: -0.23; IC 95%: -0.42, -0.04), lo que representa una mayor funcionalidad a favor del grupo que disminuyó de peso.

La RS de Christensen (2007) (37) concluyó que los profesionales que tratan la OA de rodilla deben tener en cuenta una posible reducción de peso siempre que el paciente tenga un sobrepeso significativo, y que los pacientes deben ser alentados a reducir su peso corporal, al menos en un 5% en un período de 20 semanas, para experimentar el alivio sintomático.

**Actualización de la literatura:** Para actualizar la revisión de la literatura realizada por la guía NICE 2014, se realizó una búsqueda de artículos científicos desde 1 de enero del 2008 (pues la búsqueda realizada por NICE para esta pregunta fue realizada para la versión de la guía del 2008). Esta búsqueda fue realizada hasta julio del 2017 usando el buscador PubMed.

En esta búsqueda se encontró 1 ECA (38). El ECA (n=159) de Christensen (2015) (38), en el cual se aplicaron 2 intervenciones (dieta, ejercicio), para evaluar cambios en el peso corporal y dolor, con un seguimiento de 68 semanas. Este estudio reporta que:

- **Dolor:** El ECA de Christensen (2015) (38) encontró que el dolor fue similar en el grupo que realizó dieta (n=64) (DM: -6.1 mm; IC 95%: -11.1 a -1.1 mm) en comparación con el grupo de ejercicio (n=64) (DM: -6.0 mm; IC 95%: -5.6 a -0.6 mm) y el grupo control (n=64) (DM: -5.5 mm; IC 95%: -10.5 a -0.5 mm), no existiendo diferencia estadísticamente significativa entre todos los grupos.

El ECA de Christensen (2015) (38) no tuvo alto riesgo de sesgo en ningún ítem de la herramienta de evaluación de Cochrane. Debido a que este nuevo ECA presentaba resultados similares a los encontrados por la RS de Christensen, el GEG-Local decidió tomar en cuenta la RS de Christensen (2007) (37) para establecer una recomendación.

**Balance beneficios/riesgos y calidad de la evidencia:**

- **Dolor:** La RS de Christensen (2007) (37) reporta que el grupo que participó de intervenciones para bajar de peso presentaron menos dolor (SMD: -0.20; IC 95%: -0.39 a -0.00).
  - La DMCI para dolor a un seguimiento de tres meses ha sido establecida como SMD: de -0.39 (29) o -0.29 (30) según diferentes estudios.
  - El IC 95% de la SMD: (-0.39 a -0.00) incluye los valores de DMCI, lo cual sugiere que el beneficio clínico no es claro. Además, la estimación puntual (-0.20) no supera a los valores de DMCI, por lo cual el GEG-Local consideró que la intervención podría no tener beneficio clínicamente relevante en dolor.
- **Funcionalidad:** La RS de Christensen (2007) (37) reporta que el grupo que participó de intervenciones para bajar de peso presentaron un menor puntaje en la escala de funcionalidad (SMD: -0.23; IC 95%: -0.42,-0.04), lo que representa una mayor funcionalidad a favor del grupo que disminuyó de peso.
  - La DMCI para funcionalidad ha sido establecida como SMD: de -0.37 (29) o -0.22 (30) según diferentes estudios para un seguimiento de tres meses.
  - El IC 95% de la SMD: (-0.42 a -0.04) incluyen a los valores de DMCI, lo cual sugiere que el beneficio clínico no es claro. Sin embargo, la estimación puntual (-0.23) supera a uno de los valores de DMCI (-0.22), por lo cual el GEG-Local consideró que la intervención podría tener un beneficio clínicamente relevante para funcionalidad.
- **Balance:** El GEG-Local consideró que el bajar de peso podría presentar beneficios en funcionalidad, así como otros beneficios para la salud en general; y que esta intervención no presentaría efectos secundarios relevantes de ser correctamente ejecutada.

**Calidad de la evidencia:** Fue baja para dolor y baja para funcionalidad (**Anexo N°10**). Cabe resaltar que debido a la RS utilizada aborda solo OA de rodilla, la evidencia será indirecta para OA de otras articulaciones.

**Preferencias de los pacientes/familiares:** El GEG-Local consideró que los desenlaces son de importancia para los pacientes, y que una recomendación a favor de realizar ejercicios sería aceptada por pacientes y familiares.

**Aceptabilidad y factibilidad de los profesionales de la salud:** El GEG considera que el consejo nutricional debe de ser proporcionado por un profesional capacitado en nutrición y OA, ya que se debe considerar otros parámetros como la edad del paciente y la musculatura. El GEG-Local discutió que es posible que la cantidad de nutricionistas u otros profesionales de la salud capacitados no sea suficiente para proveer consejo nutricional a la totalidad de pacientes con OA. Sin embargo, es posible entrenar a personal de enfermería o a los médicos del primer nivel para que provean este consejo nutricional, lo cual también ayudaría en el manejo general de obesidad y otras condiciones.

**Uso de recursos:** La referencia del paciente a profesionales capacitados ocasionaría un mayor uso de recursos. Sin embargo, los potenciales beneficios en dolor y funcionalidad podrían significar un ahorro para los pacientes y para la institución a largo plazo.

**Dirección y fuerza de recomendación:**

- **Dirección de la recomendación:** El GEG-Local consideró que los potenciales beneficios de bajar de peso en dolor y funcionalidad superarían los daños, por lo que se decidió formular una recomendación **a favor de ofrecer intervenciones para lograr la pérdida de peso.**
- **Fuerza de la recomendación:** Debido a que la calidad de la evidencia fue baja y a que el IC 95% de los beneficios incluían el DMCI, se decidió formular una recomendación **débil.**

**Recomendaciones:**

**Recomendación:**

1. En adultos con OA que tienen obesidad o sobrepeso, sugerimos ofrecer intervenciones para lograr la pérdida de peso.

Recomendación débil a favor

Calidad de evidencia: baja ⊕⊕⊖⊖