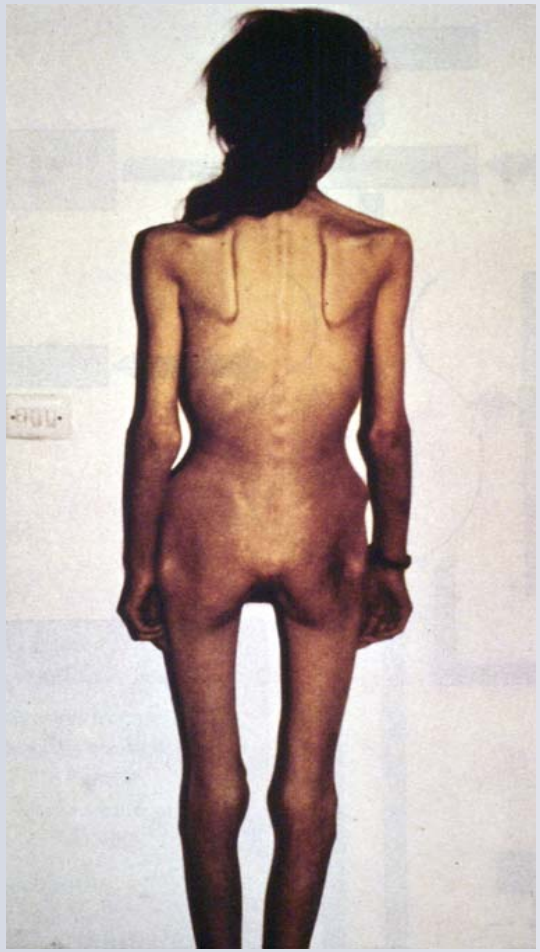
# OBESIDAD : Estrategia de abordaje, prevención, detección y tratamiento

Susana Monereo Megías
Endocrinología y Nutrición
Hospital Universitario de Getafe.

# ¿Que tienen en común?



# TEJIDO GRASO :ÓRGANO NEURO-ENDOCRINO

## Barrera defensiva

METABOLISMO Hidratos carbono

METABOLISMO de las GRASAS

TENSIÓN ARTERIAL

TRANSFORMACIÓN DE HORMONAS EN ESTRÓGENOS

INGESTA DE ALIMENTOS

GASTO DE ENERGÍA

FERTILIDAD

INMUNIDAD

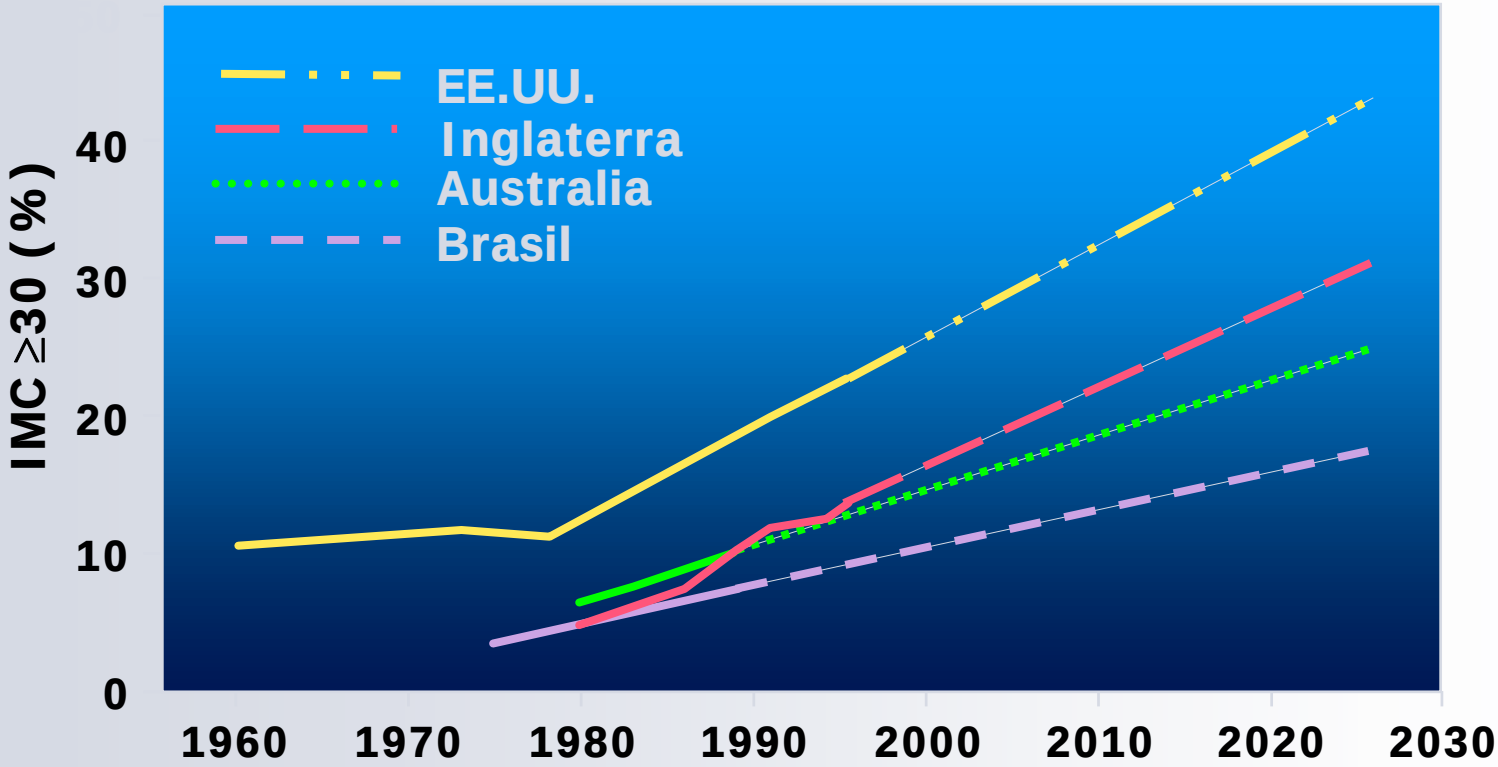
TEMPERATURA CORPORAL

AMORTIGUADOR Y ALMOHADILLADO

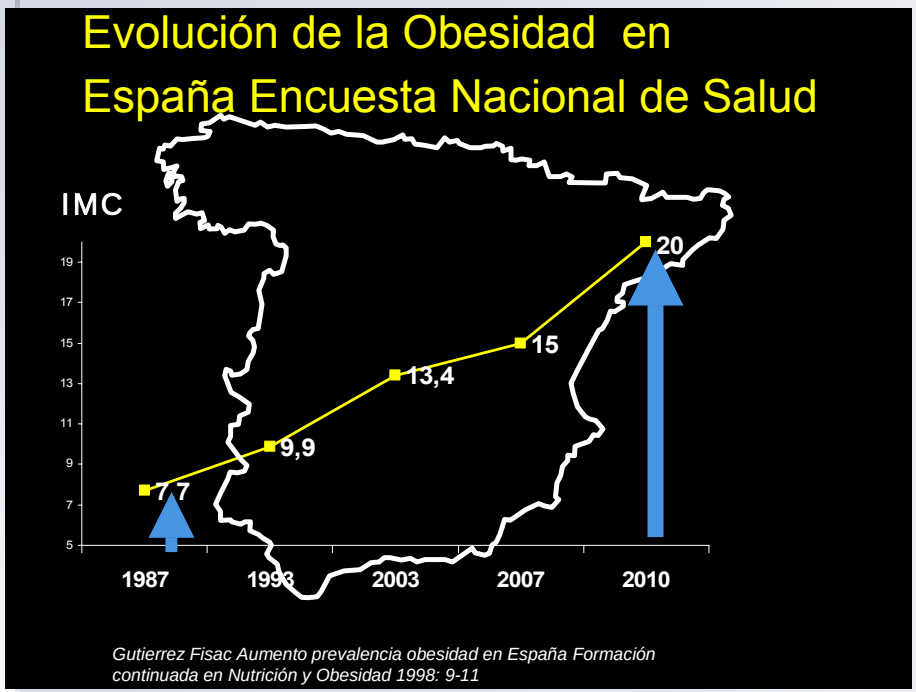
ASPECTO CORPORAL EXTERNO

AUTOESTIMA

# EPIDEMIA

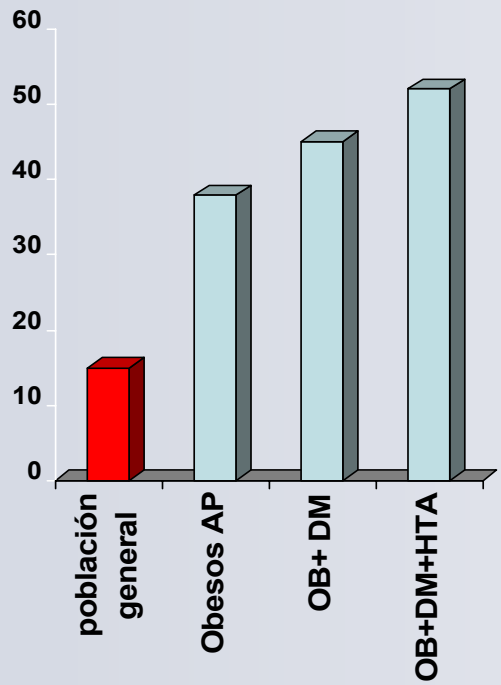

EE.UU.
Inglaterra
Australia
Brasil
IMC ≥30 (%)
40
30
20
10
0
1960
1970
1980
1990
2000
2010
2020
2030

# EPIDEMIA


Evolución de la Obesidad en España Encuesta Nacional de Salud
IMC
19
17
15
13
11
9
7
5
7,7
9,9
13,4
15
20
1987
1993
2003
2007
2010
Gutierrez Fisac Aumento prevalencia obesidad en España Formación continuada en Nutrición y Obesidad 1998: 9-11

OBESIDAD EN EL MUNDO
25
20
15
10
5
0
Corea del Sur
Noruega
Suiza
Dinamarca
Holanda
Austria
Italia
Francia
Irlanda
Bélgica
Finlandia
Polonia
Portugal
España
Chekia
Canadá
N.Zelanda
Australia
Hungría
Reino Unido
EEUU

# Dimensión del problema

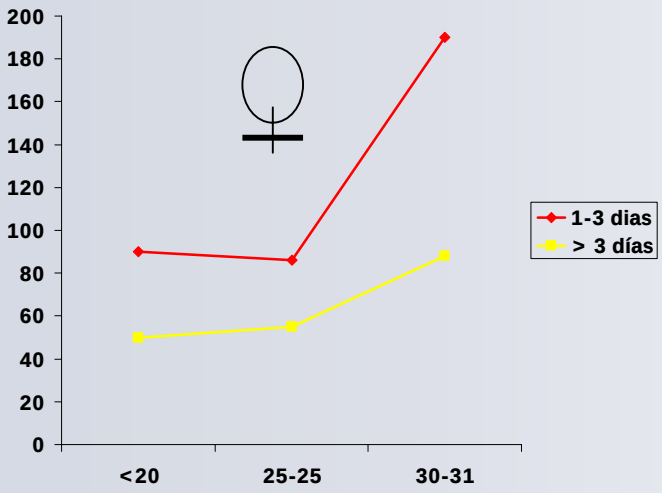


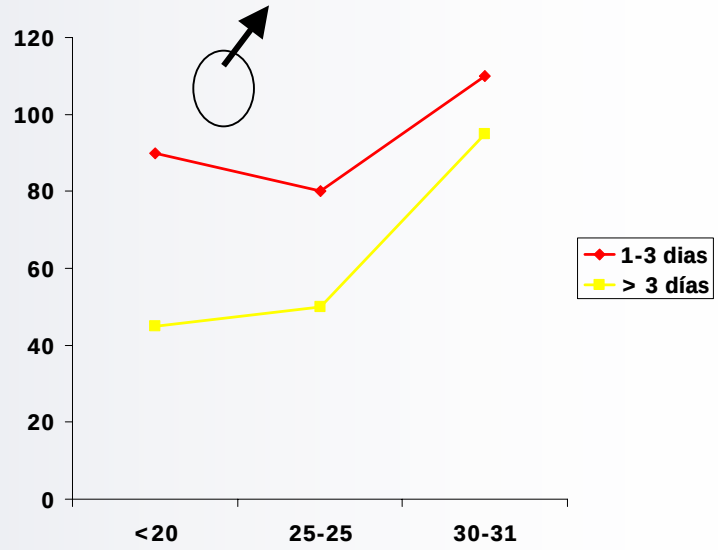

- La prevalencia de exceso de peso en las consultas es muy elevada.
- El % de obesidad se incrementa cuando hay otras comorbilidades

*Int J Obes Relat Metab Disord 2004; 28:1299-308*

# Impacto de la obesidad en el trabajo

- Aumento del absentismo laboral
- Aumenta ausencias corta y larga duración
- Disminuye la productividad
- Incrementa el coste



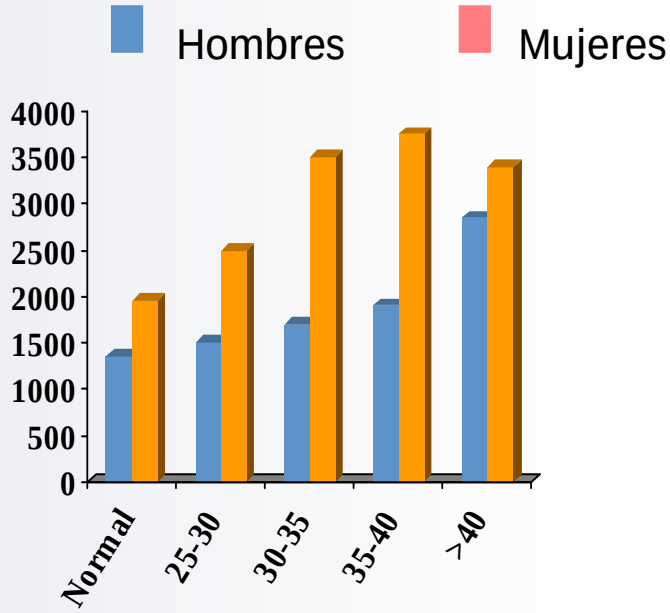




*Laaksonen Obesity 2007;15:465-472*

# La obesidad y el trabajo

*Schmier . Cost of obesity in the work place. Scand J Work Environ Health 2006; 32:5-11*

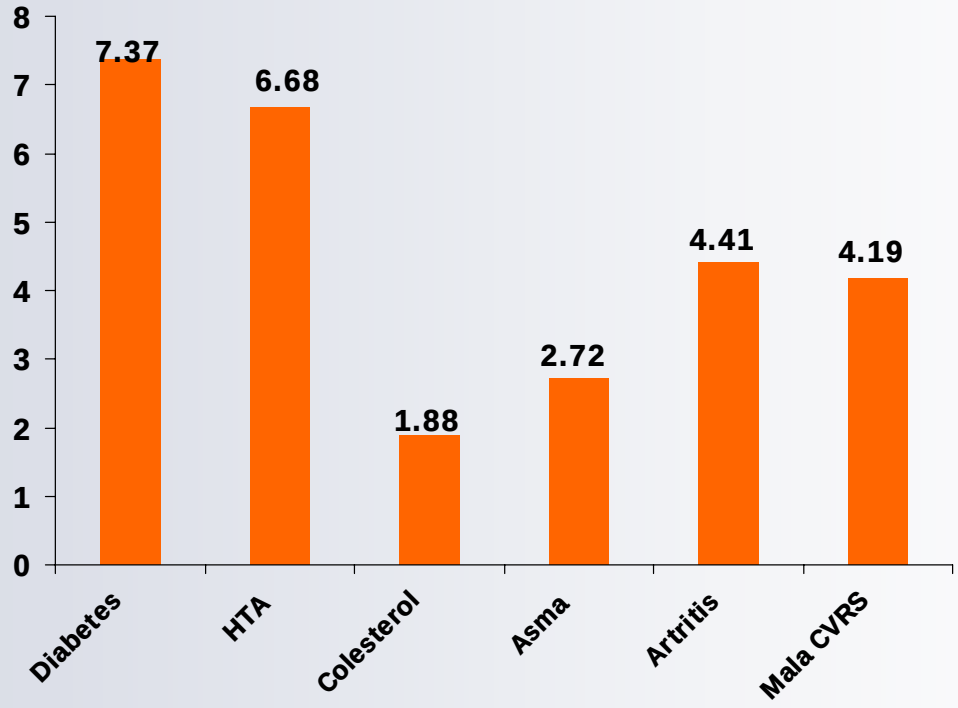
- **Bajas por enfermedad**
  - 1.5 veces mayor en mujeres y hasta 2.3 varones
- **Pensiones por discapacidad**
  - 2.6 en mujeres
  - 1.5 en varones
- **Accidentes de trabajo**
  - 1.53 – 1.86 problemas osteomusculares
  - Reincorporación al trabajo 8 días mas tarde
- **Menores salarios**
  - Mujeres hasta un 6.8% mas bajos




- **Gastos médicos**
  - 43 a un 69 % mas altos dependiendo IMC

# Factores de riesgo asociados a la Obesidad

**BRFSS= Behavioral Risk Factor Surveillance System**

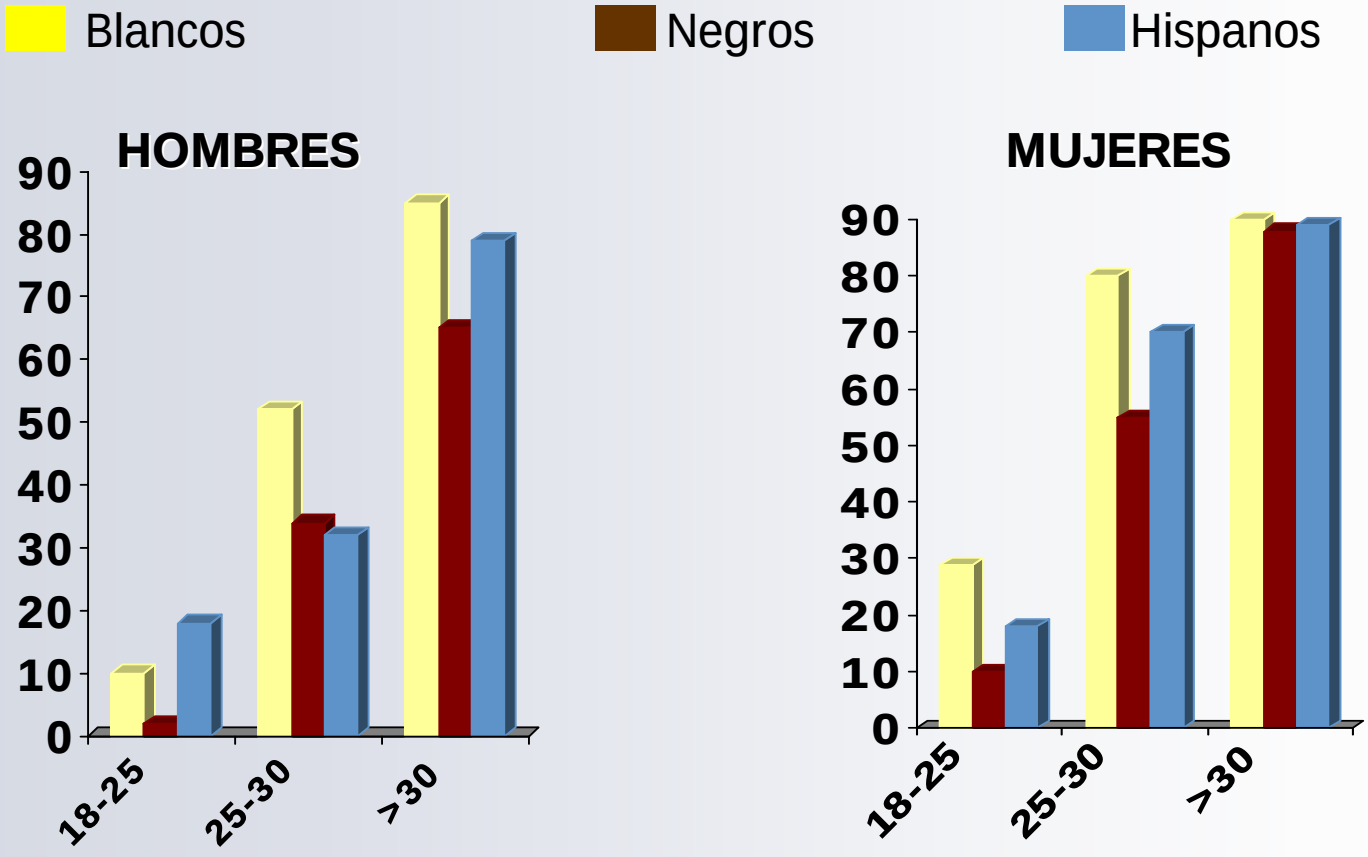



*Mokdad JAMA 2003;289:76-79*

# IMPORTANTE

- Prevención
- Diagnóstico precoz
- Tratamiento adecuado

# Auto percepción de la Obesidad



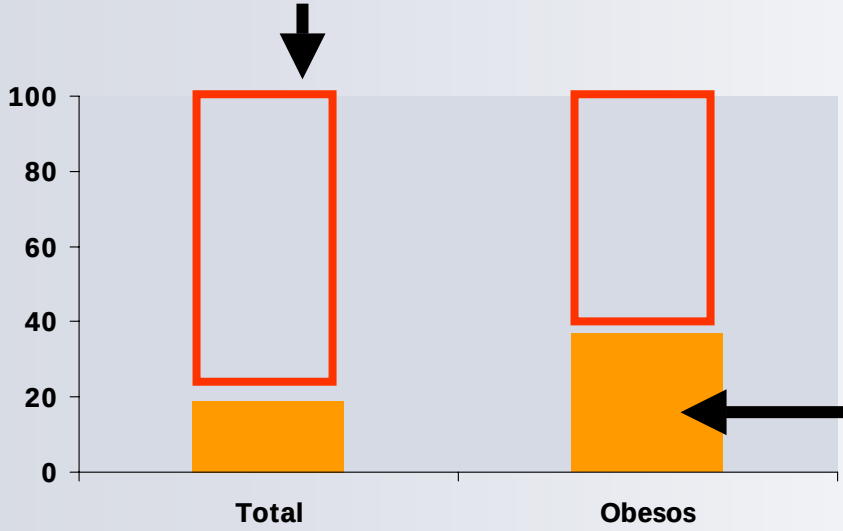

*Paeratakul Obesity Reseach 2002; 10:345-350*

# Impacto del diagnostico sobre el tratamiento

**Primary Care Obesity Diagnosis Proyect** → 10.000 pacientes

26% Obesos

81% con IMC > 30 **NO fueron** diagnosticados de obesidad




N= 2544 N=505

De los Ob diagnosticados **solo 37 %** recibió tratamiento escrito

*Bardia. Diagnosis and managment of obesity Prim Care Phys Mayo Clin Proc 20078 ;82:927-932*

# DIAGNÓSTICO

**TALLA : Sin zapatos**

**PESO : Con poca ropa**

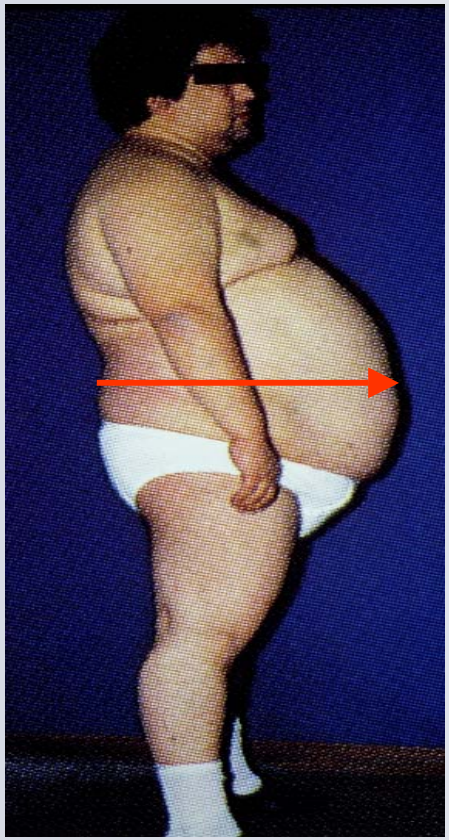
**IMC = Peso/ Talla m2**

**CIRCUNFERENCIA CINTURA. Con cinturón desabrochado**

**TENSIÓN ARTERIAL: Sentado con manguito ancho**

# DISTRIBUCIÓN DE LA GRASA CORPORAL

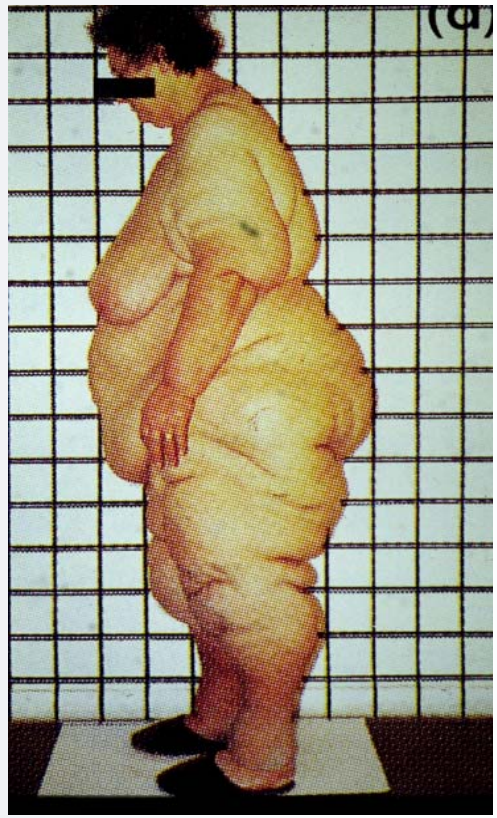
GRASA INTRA-ABDOMINAL



> 88 cm M

> 102 cm H

GRASA SUB-CUTÁNEA



# Para medir el exceso de peso en los adultos

- OMS
- IOFT
- EASO
- IASO
- NASO
- SEEDO

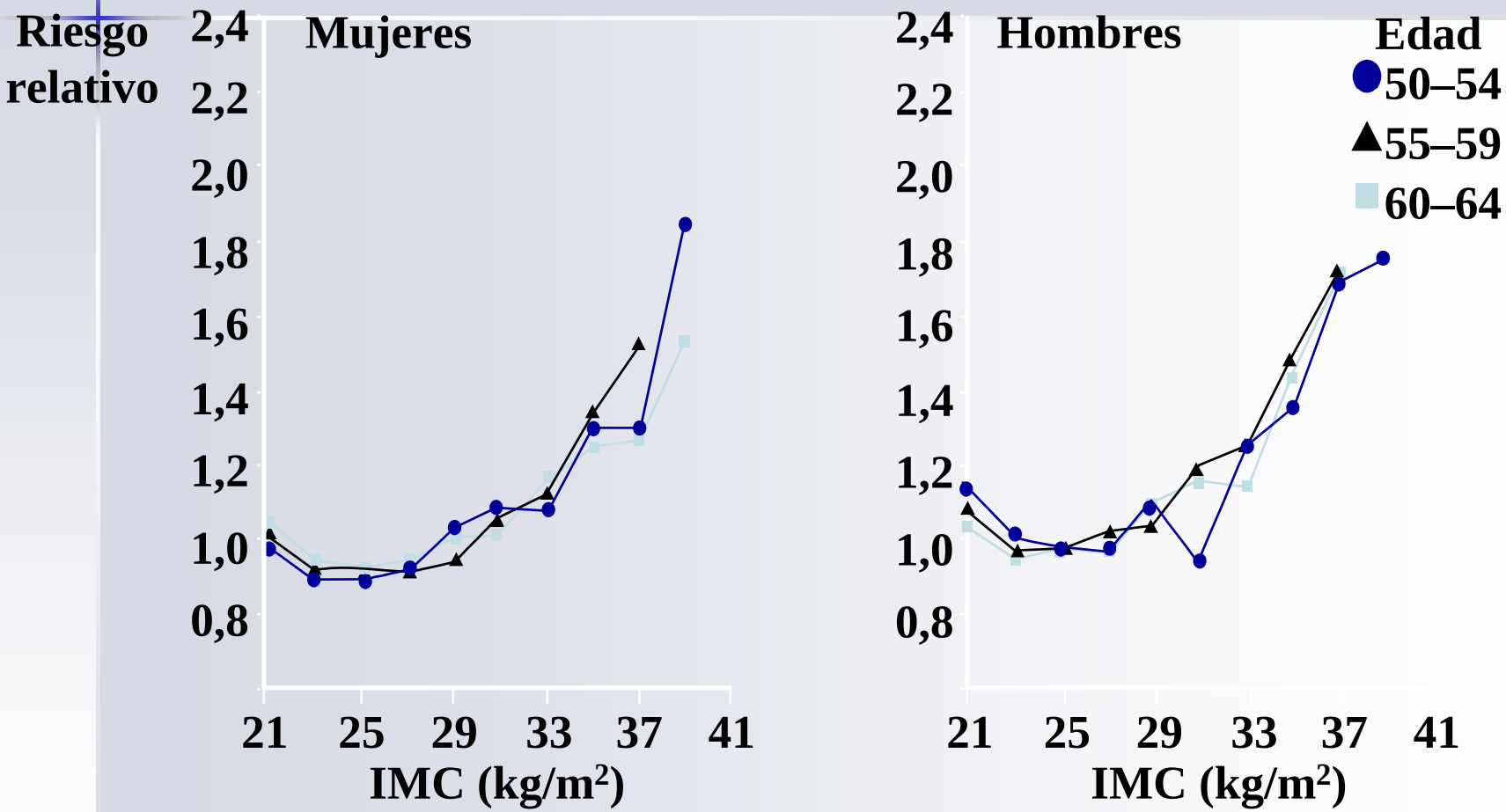
| ***ADULTOS*** | | ***Riesgo relativo Circunferencia cintura*** | |
|---|---|---|---|
| IMC | | **<** 102 H<br>**<** 88 M | ➢ 102 H<br>➢ 88 M |
| ***Normo peso*** | 18,5-24,9 | Ninguno | Ligero |
| ***Sobre peso*** | 25-26,9 | Ligero | Aumentado |
| ***Sobrepeso*** | 27-29,9 | Aumentado | Alto |
| ***Obesidad*** | 30-35 | Aumentado | Muy Alto |
| ***Obesidad*** | 35-40 | Alto | Muy alto |
| ***Obesidad Mórbida*** | > 40 | Muy Alto | Muy Alto |

# Puntos de corte de IMC y CC

| | Cintura | | | IMC | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Caucásicos | Asiáticos | Hispanos | Caucásicos | Asiáticos | Hispanos |
| **Varones** | > 102 | > 90 | >90 | >25 | > 23 | > 24 |
| **Mujeres** | > 88 | > 80 | > 90 | > 25 | >23 | > 24 |

*James J Internal Med 2008:263:336-352*

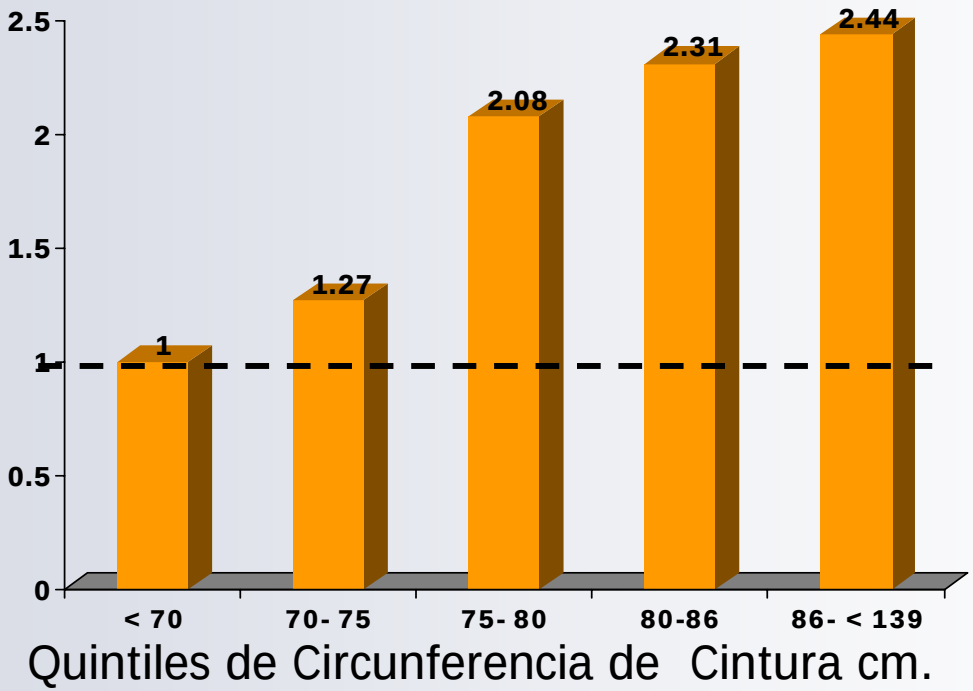
# IMC y mortalidad




Adaptado de Waaler. Acta Med Scand 1984; 679(Suppl): 1–56, con permiso

# Riesgo Relativo para enfermedad coronaria / Circunf. Cintura

## Nurses´ Health Study




*Rexrode JAMA 1998;280:1843-1848*

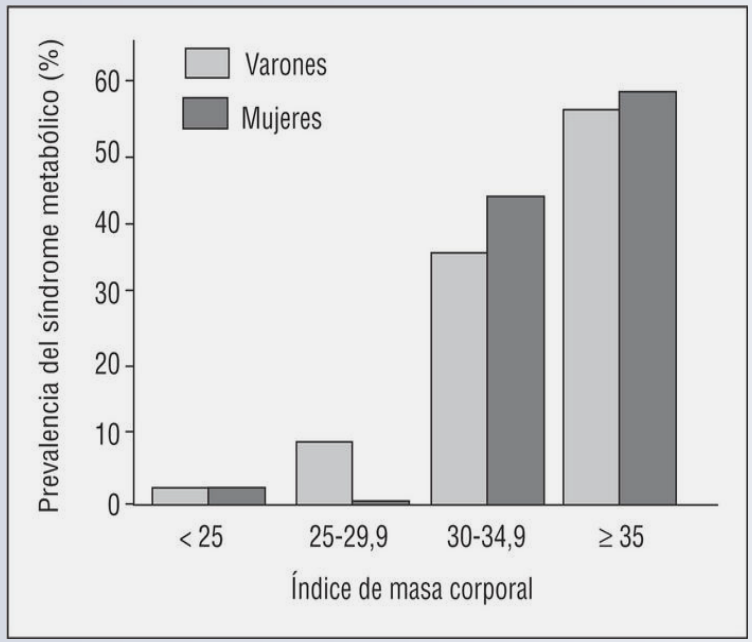
**OBESOS**
**Metabólicamente Sanos ( 20% )**

**NO OBESOS**
**Metabólicamente enfermos ( 13-18 %)**

| Tipos Obesidad | IMC >30 | ↑Circunf Cintura | Aumento TRG | RI | RCV |
|---|---|---|---|---|---|
| OB metabolic enfermo | **Si** | **Si** | **Si** | **Si** | **Si** |
| OB metabolic normal | Si | No | No | No | No |
| No Ob. Metab enfermo | **No** | **Si** | **Si** | **Si** | **Si** |
| NO Ob. SANO | No | No | No | No | No |

*J Clin Endoc&Metab 2004;89:2569-75*

# Prevalencia de SM en población Española trabajadora (Mesyas)




- 7.256 Individuos
- 45 años EM

- **SM .....10.2%**
- HTA ..... 40%
- Obesidad ..... 28%
- ↑ TRG..... 18%
- ↓ HDL ..... 12,6%
- GBA ..... 7%

*Alegria et al, Rev Esp Cardiología 2005;58(7): 797-806*

# TRATAMIENTO

- Cual ?
- Como?
- Hasta cuando?

# Efectividad del clínico

- El consejo Médico incrementa la motivación del paciente
- El médico es percibido como la mejor fuente de información sobre salud
- El 58 % de los obesos no reciben advertencia de sus médicos para perder peso

*Cohen Med Fam 1991;23:25-28*

*Hiddink Am J.Clin. Nut 1997;65:1974-79*

# Estrategia terapéutica

| IMC | Circunferencia cintura | | | |
|---|---|---|---|---|
| | **Bajo**<br>**< 94 H**<br>**< 80 M** | **Medio**<br>**94-102 H**<br>**80-88 M** | **Alto**<br>**>102 H**<br>**> 88 M** | **Co morbilidad** |
| Sobre Peso<br>25-29.9 | | | | |
| Obesidad I<br>30-35 | | | | |
| Obesidad II<br>35-40 | | | | |
| Ob. Mórbida<br>> 40 | | | | |
| | Consejo sobre Peso y estilo de vida saludable | | | |
| | Dieta y Actividad física | | | |
| | Dieta y Actividad física + Fármacos | | | |
| | Dieta y Actividad física + Fármacos / Cirugía | | | |

# CAMBIO DE HÁBITOS

- Comer menos

- Comer mejor

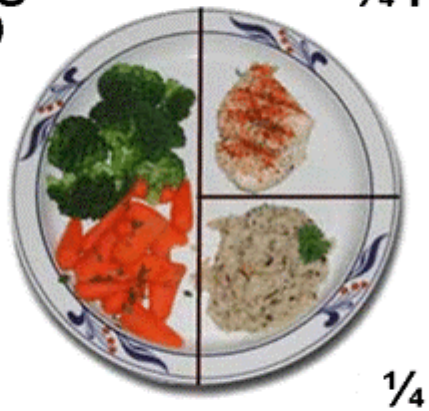
- Ser mas activos

# Reparto de los alimentos

## The New American Plate

½ VEGETABLES
*(Low-carbohydrate)*

¼ PROTEIN



Weight Loss Tip:
Leave 1/8 of your meals behind throughout the day

¼ STARCH

American Institute of Cancer Research. The New American Plate. Available at: http://www.aicr.org/publications/nap/materials. Accessed January 6, 2006. [Evidence Level C]

Medscape from WebMD

# Actividad física

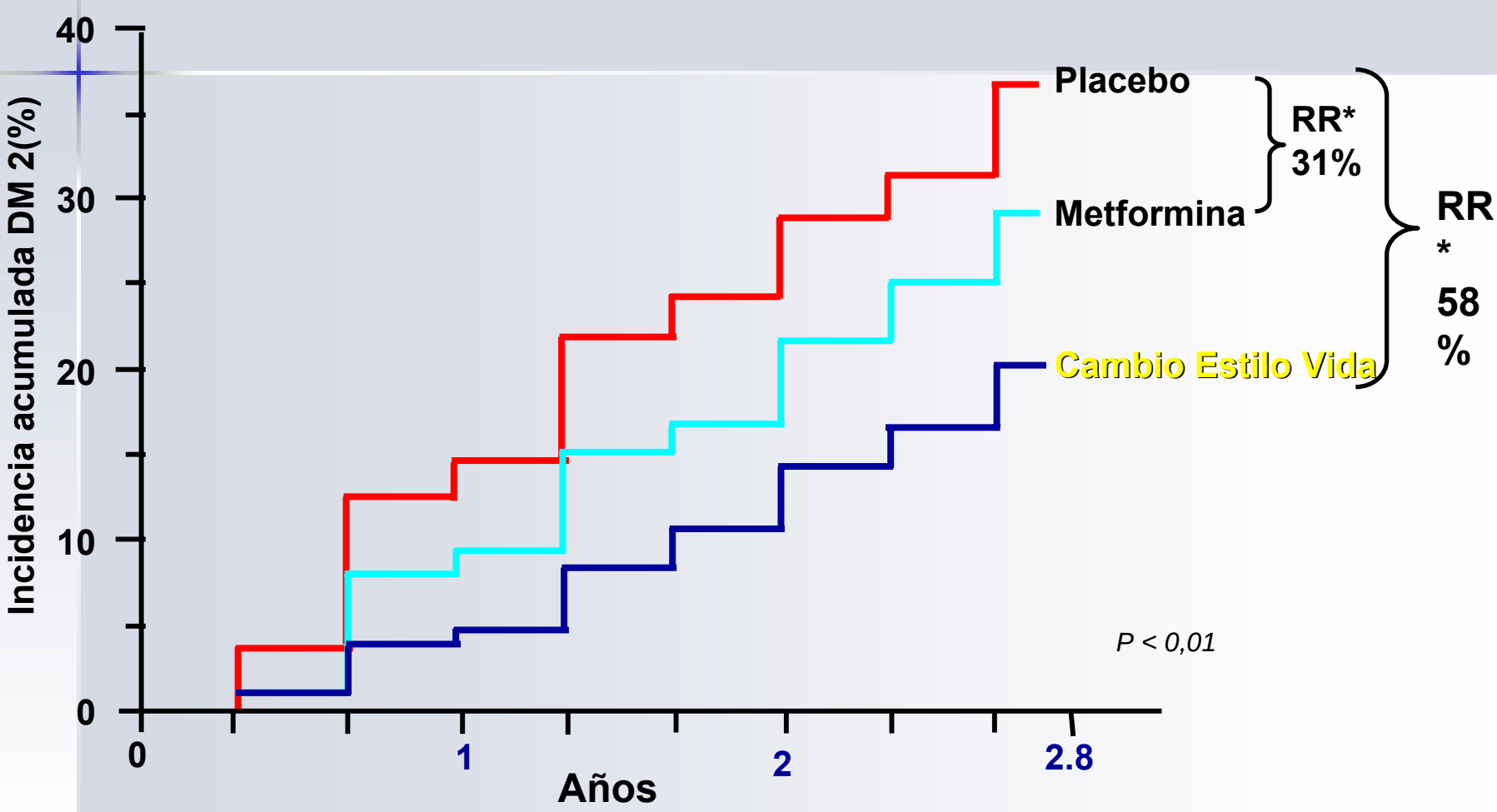
- Incrementar la actividad diaria en 30 minutos de paseo de intensidad moderada

- ***Prevenir la ganancia de peso***
- 60 minutos de actividad moderada/día

- ***Mantener el peso perdido***
- 60-90 minutos /día

- Niños y adolescentes deben mantener actividad mínima diaria de 60 minutos

# Diabetes Prevention Program (DPP): Resultados




*Reducción de riesgo de progresión a DM2 vs placebo

DPP.N Engl J Med. 2002; 346: 393-403

# Farmacoterapia y Modificación del estilo de vida: Todo suma

| FÁRMACOS | ESTILO VIDA |
| --- | --- |
| **Modifica Ambiente Interno** | **Modifica Ambiente Externo** |
| ↓ Hambre | ↓ Exposición de alimentos |
| ↓ Preocupación por la comida | ↓ Reducción de ingesta |
| ↑ Saciedad | ↑ Control de la comida |
| ↓ Absorción de nutrientes | ↑ Actividad física |

Efectos potencialmente aditivos

# Fármacos

**Eficacia** demostrada para la indicación en un número de personas significativo en relación a la población susceptible de padecer la enfermedad, edad y sexo. Pérdidas > 5% que el placebo

**Seguridad**: Conocer efectos secundarios y toxicidad

**Tiempo de tratamiento** : Duración demostrada del efecto en ensayos clínicos.

**Legalidad** : Principios activos legalmente disponibles y autorizados para esa indicación.

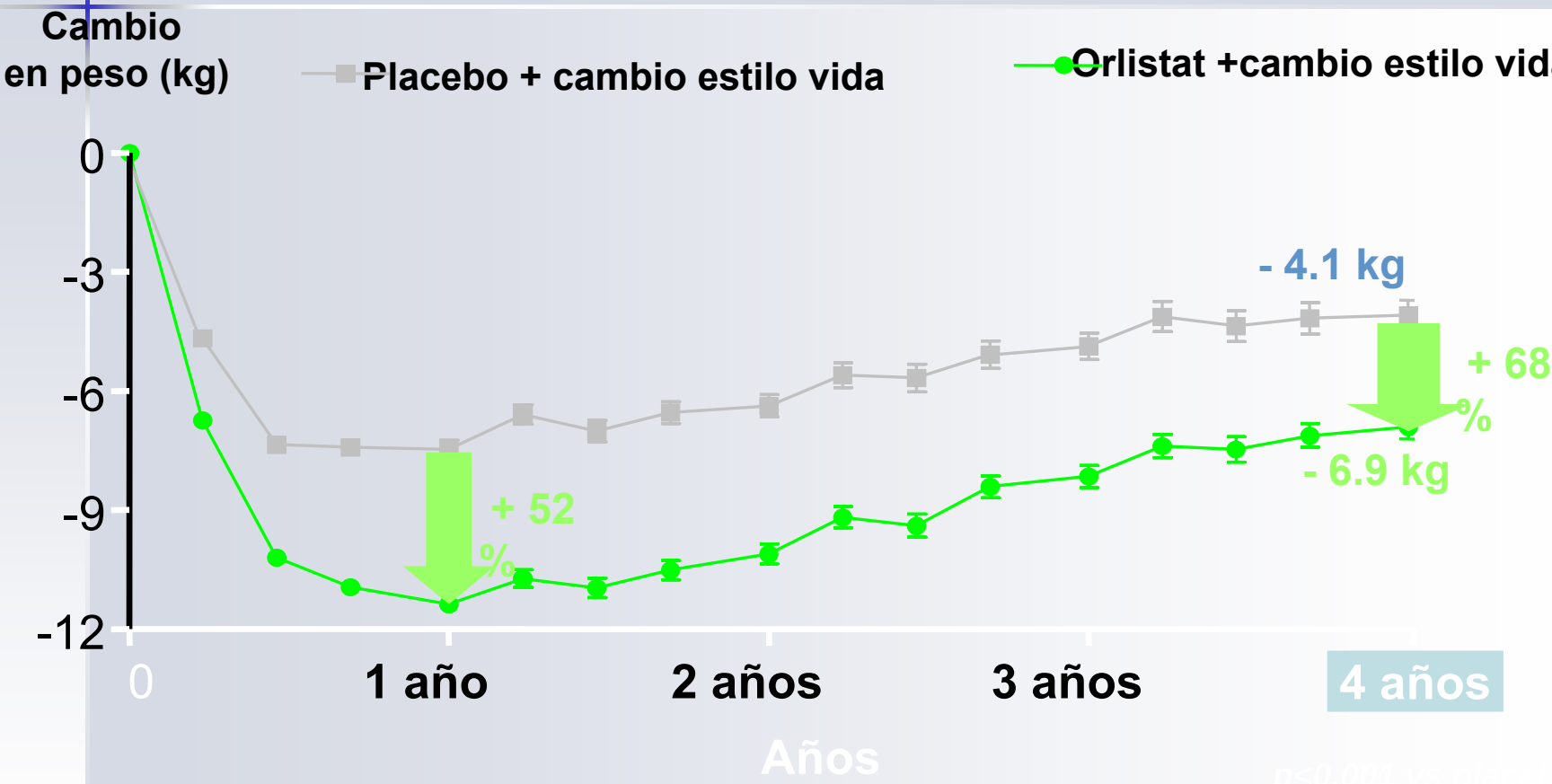
**Coste beneficio/ utilidad**.. Parámetro de coste que analiza la diferencia de l coste del fármaco con el coste del beneficio obtenido. Mide el beneficio en años de vida ganados o en calidad de vida.

*FDA, 1996*

# Fármacos

| | |
|---|---|
| ORLISTAT | Xenical ® |
| SIBUTRAMINA | Reductil ® |
| RITMONABANT | Acomplia ® |

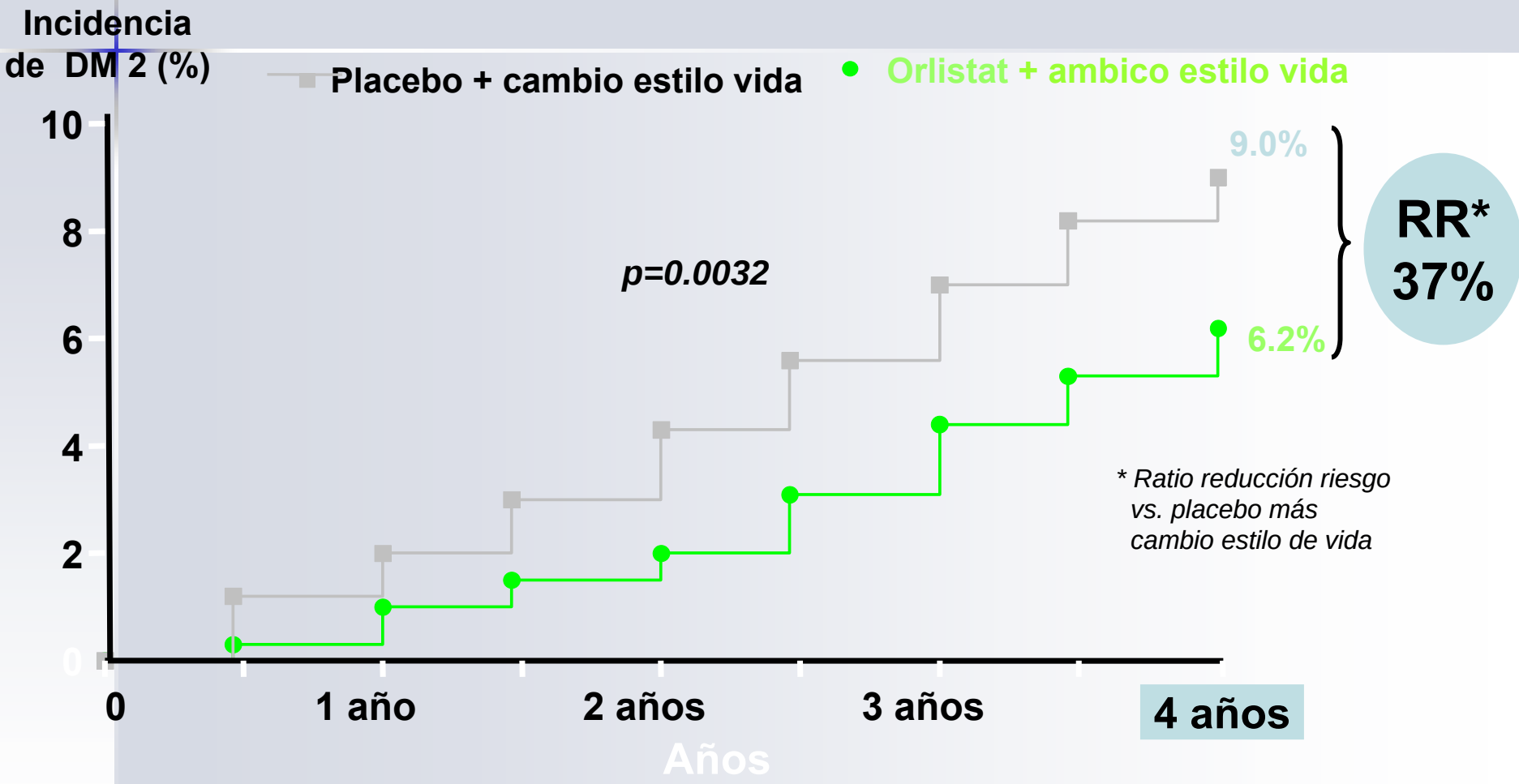
# ORLISTAT




*Sjostrom et al. 9th ICO, Sao Paulo 2002. Poster*

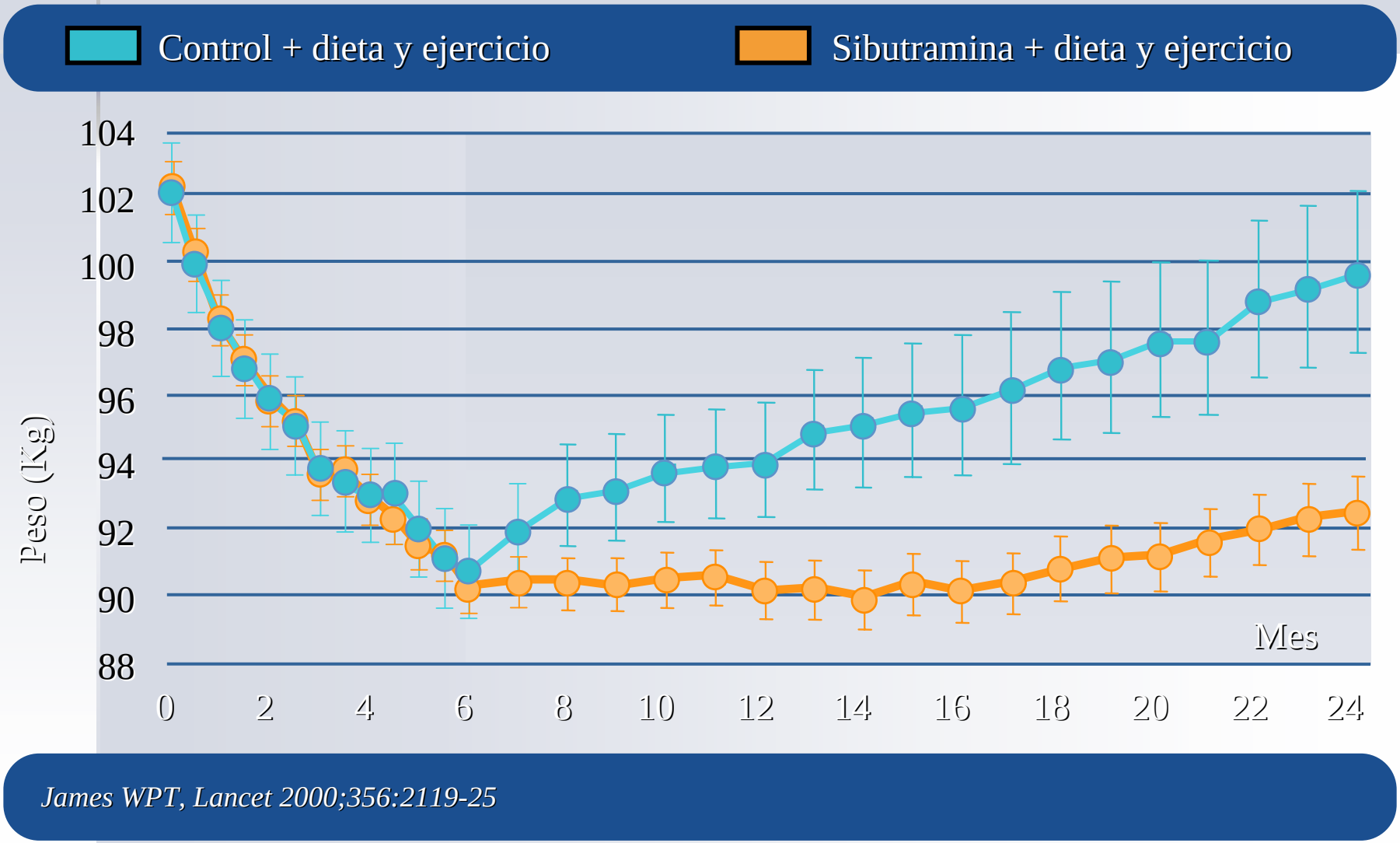
***Presentation***

# XENDOS
## Efecto de ORLISTAT en Prevención DM2



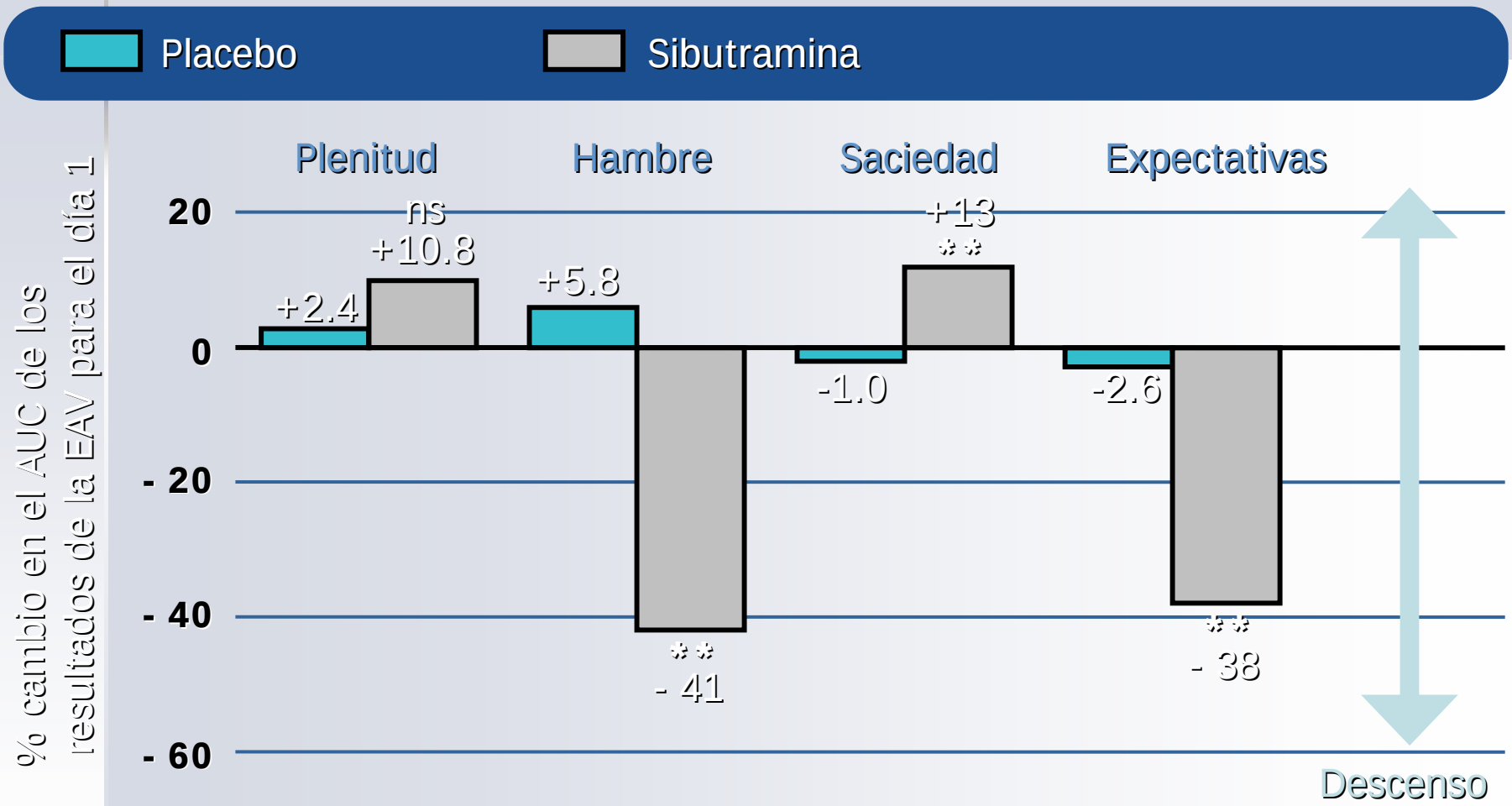

*et al. 9th ICO, Sao Paulo 2002. Poster*
*ion*

# SIBUTRAMINA




*James WPT, Lancet 2000;356:2119-25*

# Efecto inmediato de sibutramina sobre la alimentación en el ser humano

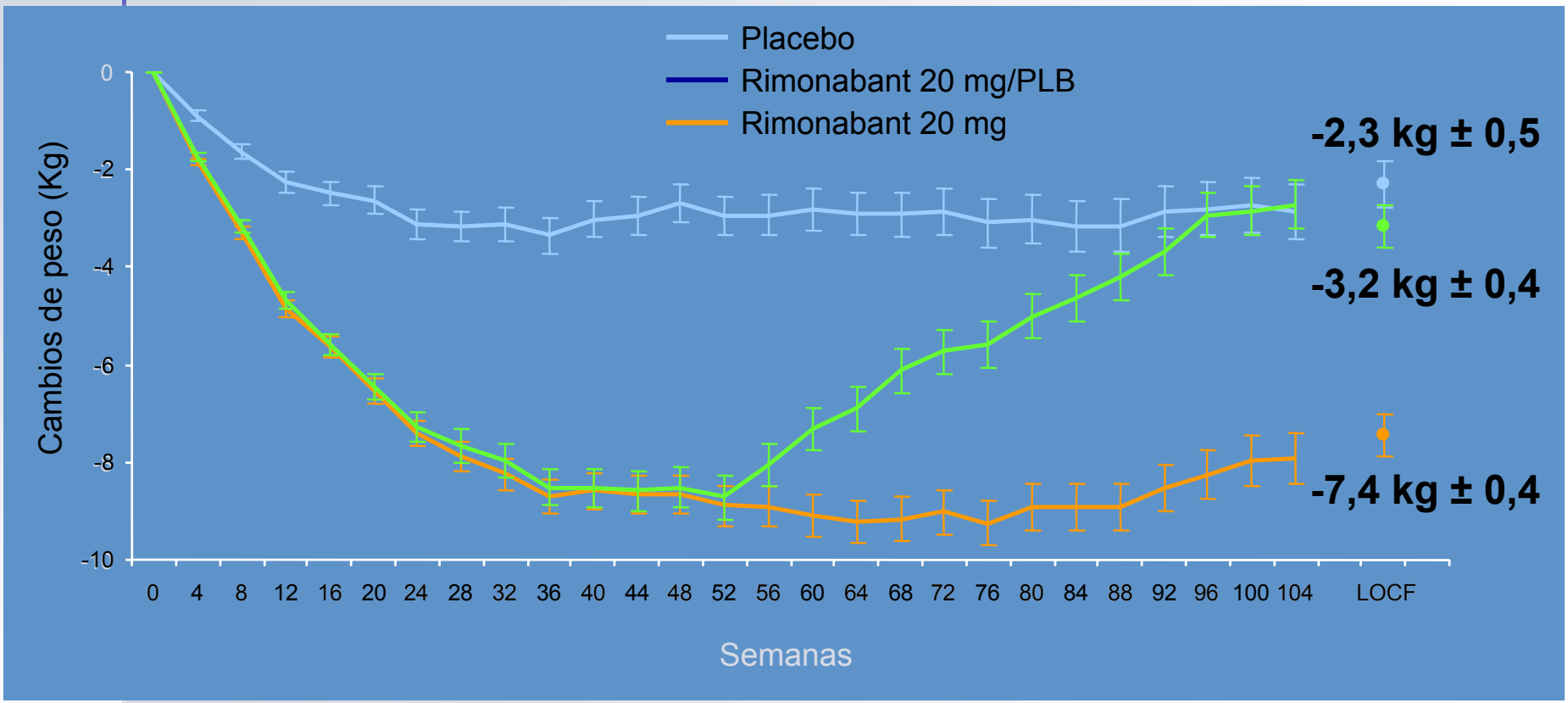



*Adapted from Hansen DL, Int J Obes Relat Metab Disord 1999;23:1016-24*

***p=0.003 vs placebo*

# RITMONABANT

**ITT, LOCF**

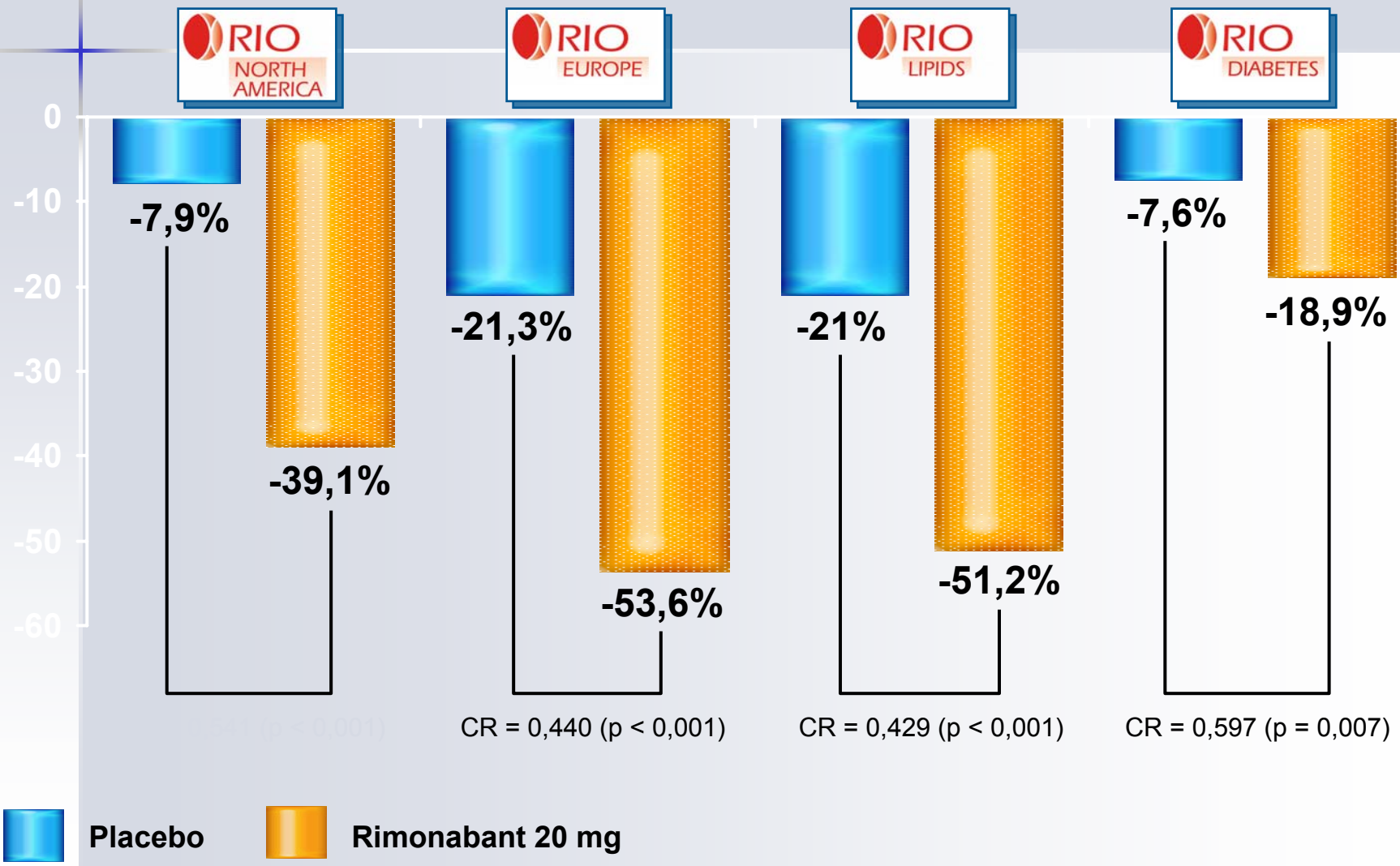



Cambios en el peso (kg) con respecto al valor basal durante 2 años

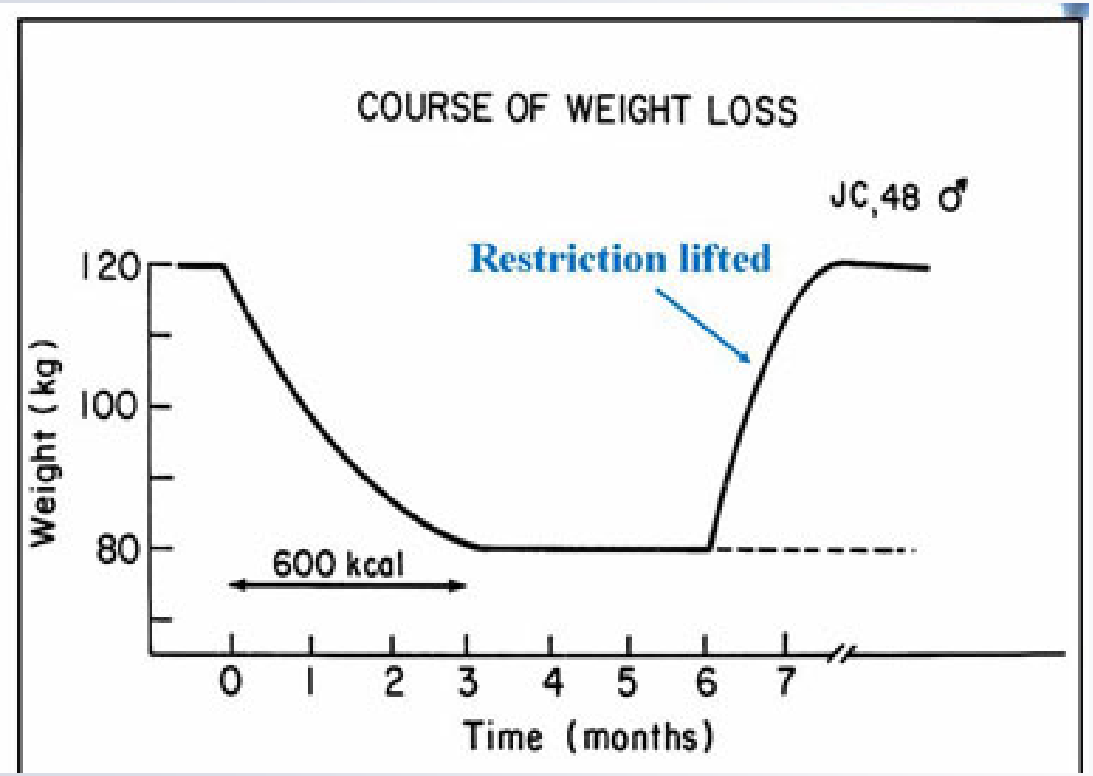
Pi-Sunyer FX et al, JAMA. 2006 Feb 15;295(7)761-75.

RIO NORTH AMERICA

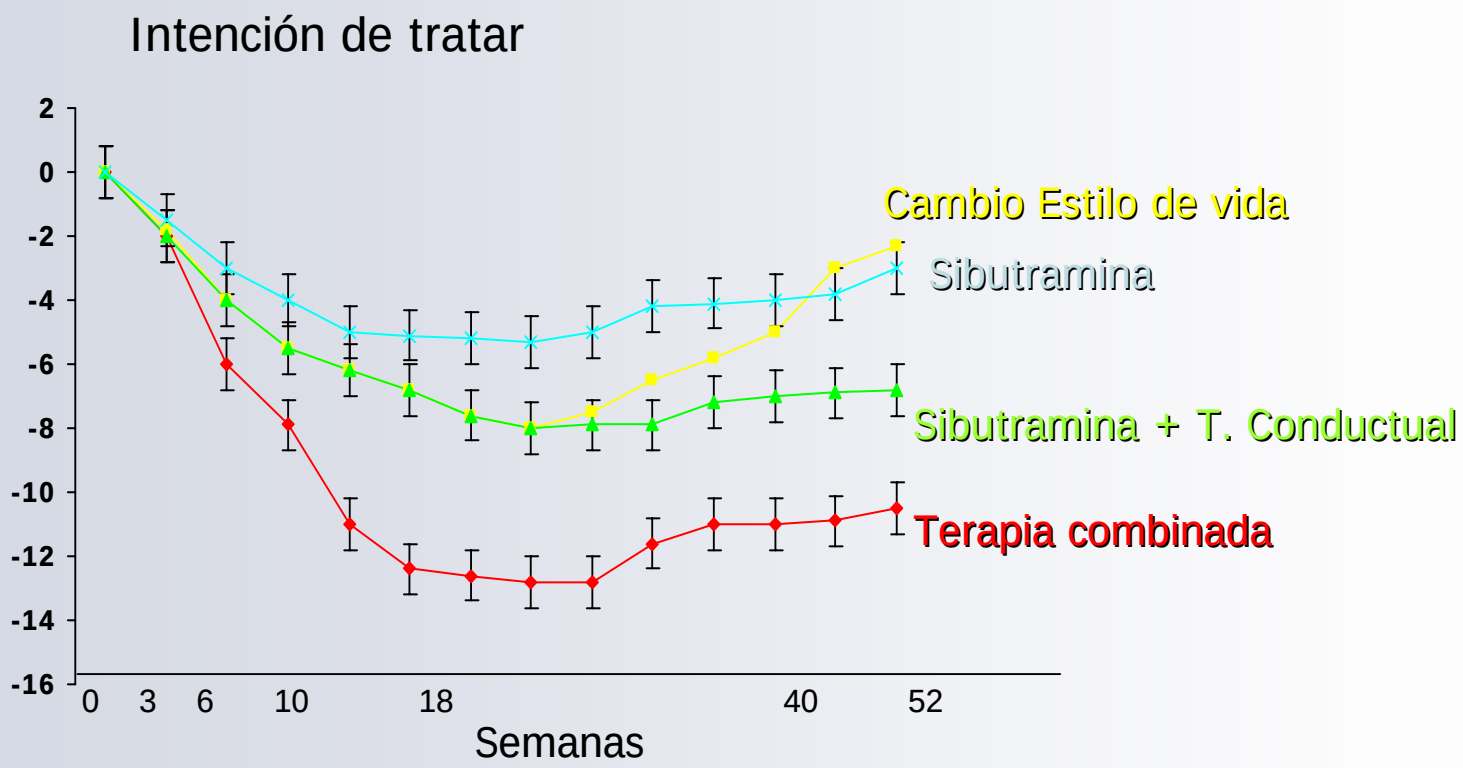
# Programa RIO: Reducción en el síndrome metabólico



# Evolución de la pérdida de peso

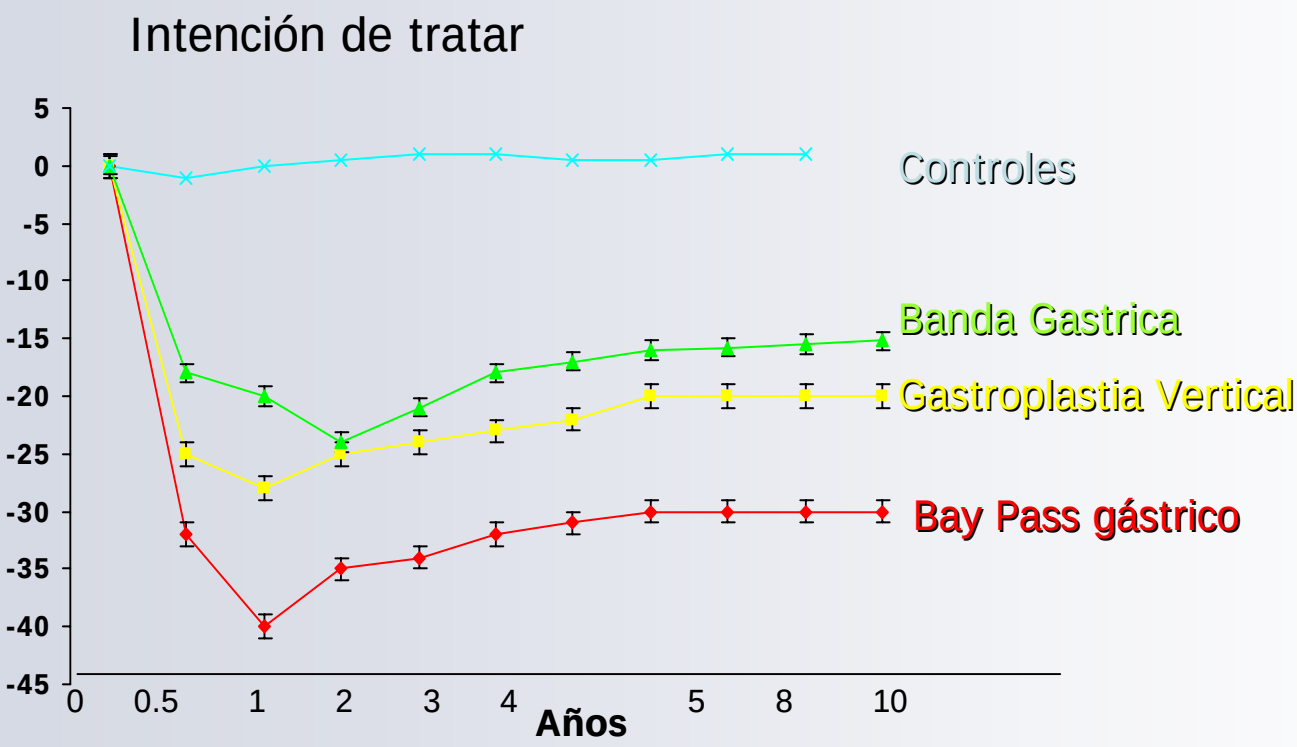


# Efecto aditivo de los tratamientos




*Waden, Berkowitz. N Eng J Med 2005;353:2111- 20*

# Estudio SOS: Seguimiento a 10 años post cirugía




*Waden, Berkowitz. N Eng J Med 2005;353:2111- 20*

# Manejo del paciente con exceso de peso

- **El exceso de peso DEBE reconocerse como una *enfermedad crónica* que requiere:**
  - **tratamiento DE POR VIDA para mantener el peso perdido**
  - **prevenir o reducir las enfermedades asociadas.**

# Objetivos del tratamiento del exceso de peso

- **Promover la pérdida de peso**
- **Mejorar los factores de riesgo**
- **Mantener el peso a largo plazo**
- **Evitar la recuperación de peso a largo plazo**
- **Propiciar una vida activa**
- **Mejorar la calidad de vida**

*Guía de práctica clínica SEEN 2003*

# IDENTIFICAR: ¿Quien debe perder peso?

1. Personas que tengan realmente un exceso de peso
2. Personas en las que el exceso de peso esté deteriorando su salud, y CVRS

No olvidar que un % elevado de personas normales querrían perder peso

*Guía de práctica clínica SEEN 2003*

# COMO HACERLO

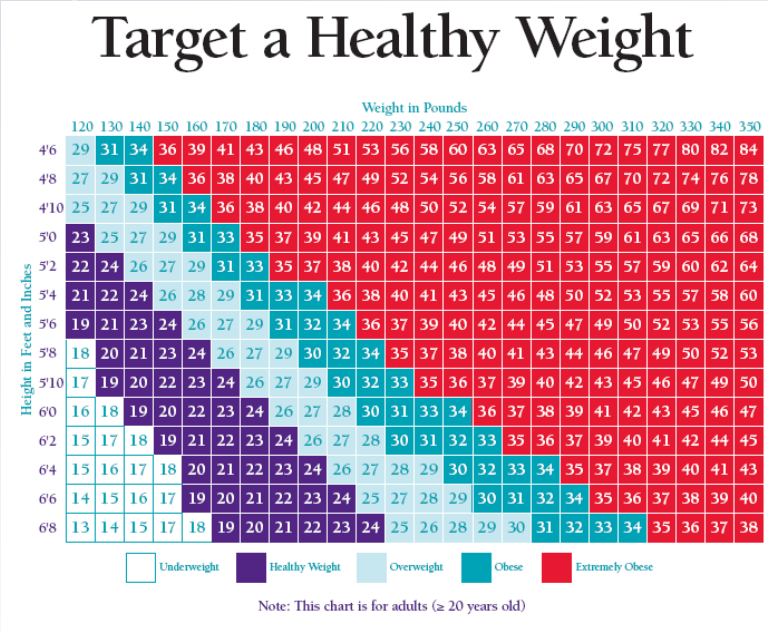
**Plan 5 A**

- Asses..... EVALUAR
- Ask ..... PREGUNTAR
- Advice ..... ACONSEJAR
- Assist ..... TRATAR
- Arrange to follow. CONTROLAR

*ADA 2004*

*Guias de práctica clínica Obesidad SEEN 2003*

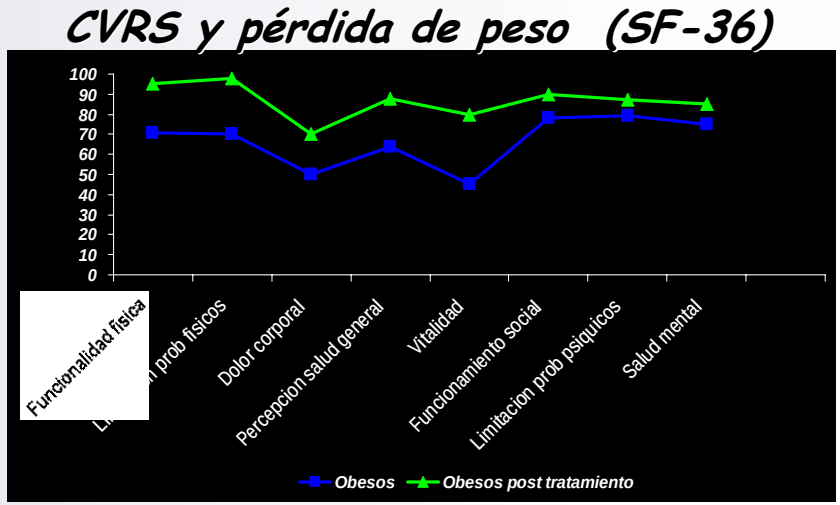
# 1- Objetivos de salud




- Normalizar el IMC o reducir nivel de riesgo
- Normalizar la Ccf. Cint o reducir nivel de riesgo
- CONTROLAR FRCV
  - TA
  - Glucemia
  - Lípidos

# No renunciar a utilizar objetivos de CVRS y Estéticos

- Movilidad
  - Subir 1-2 piso sin fatigarse.
  - Ponerse las medias o abrocharse los zapatos
- Reducir dolor corporal.
  - Dolor de espalda
- Mejorar Autoestima
  - Sentirse mejor
- Mejorar aspecto externo
  - Reducir tallas




*Fontaine KR et al. J Fam Pract 1996;43:265-70*

# Aproximación al paciente con exceso de peso

- El paciente consulta por exceso de peso

•Evaluar (IMC - CC- FRCV)
•Preguntar hábitos de vida
•Aconsejar
•Deseos del paciente
•Tratar y controlar

- El paciente consulta por otras razones

•Informar beneficios perder peso
•Evaluar los FRCV
•Motivarle
•Conocer sus hábitos de vida
•Establecer un plan

*NHLBI Obesity guidelines 2000*

# Negociar el tratamiento

- Depende de cada paciente
  - Cuales son sus necesidades reales de perder peso
  - Cuales son sus aspiraciones
  - Cuales son sus intenciones

**CADA IMC**

**SIGNIFICA UN TIPO DE VIDA DIFERENTE**

**CADA PACIENTE TIENE UNAS POSIBILIDADES DETERMINADAS DE PERDER PESO**

**Peso Estético**

**( - 10, 15 kg)**

**Peso Aceptable**

**(- 10 kg)**

**Peso Sano (- 5, 8 kg)**

**Peso actual**

*Guías de práctica clínica Obesidad SEEN 2003*

# COMO HACERLO

1- Interrogar
2- Buscar el problema dominante
3- Plantear la estrategia MÁS adecuada

| | |
|---|---|
| Ingesta global excesiva | **<u>Restricción calórica global 500-1000</u>**<br>Reducir la grasa y azúcares simples |
| Malos hábitos de conducta alimentaria | No mucha restricción calórica<br>Reducir la grasa y azúcares simples<br>**<u>No saltarse comidas</u>** **<u>No Picar</u>** |
| Sedentarismo | No mucha restricción calórica<br>Reducir la grasa y azúcares simples<br>**<u>Caminar 60´diarios</u>** |

# Como hacerlo

- **Individualizar**
  - Abandonar el concepto de “peso ideal”.
  - Una reducción de peso moderada, 5-10%, **que pueda mantener**
- **Informar al paciente**
  - Haciendo ver los riesgos presentes y futuros de su patología.
  - Comunicando la idea de que hay solución, aunque suponga un esfuerzo.
- **Pactar con el paciente**
  - Planteando las alternativas terapéuticas .
  - Planteando un objetivo realista de perdida de peso.

Goldstein DJ. Int J Obesity 1991; 16: 397–415

# RECORDAR

- **Todo el mundo quiere adelgazar , pero muy pocos están dispuestos ha realizar un esfuerzo.**
- **Sin embargo, un "pequeño cambio" consigue realmente muchas mejoras**
- **Merece la pena intentarlo**
- **No perder el tiempo con los que solo quieren *"MILAGROS"***