

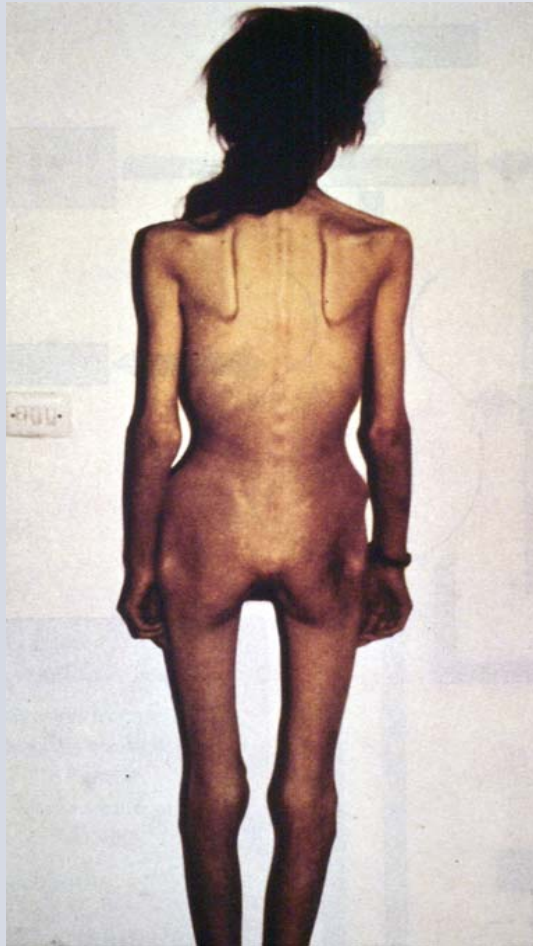
OBESIDAD : Estrategia de abordaje, prevención, detección y tratamiento

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

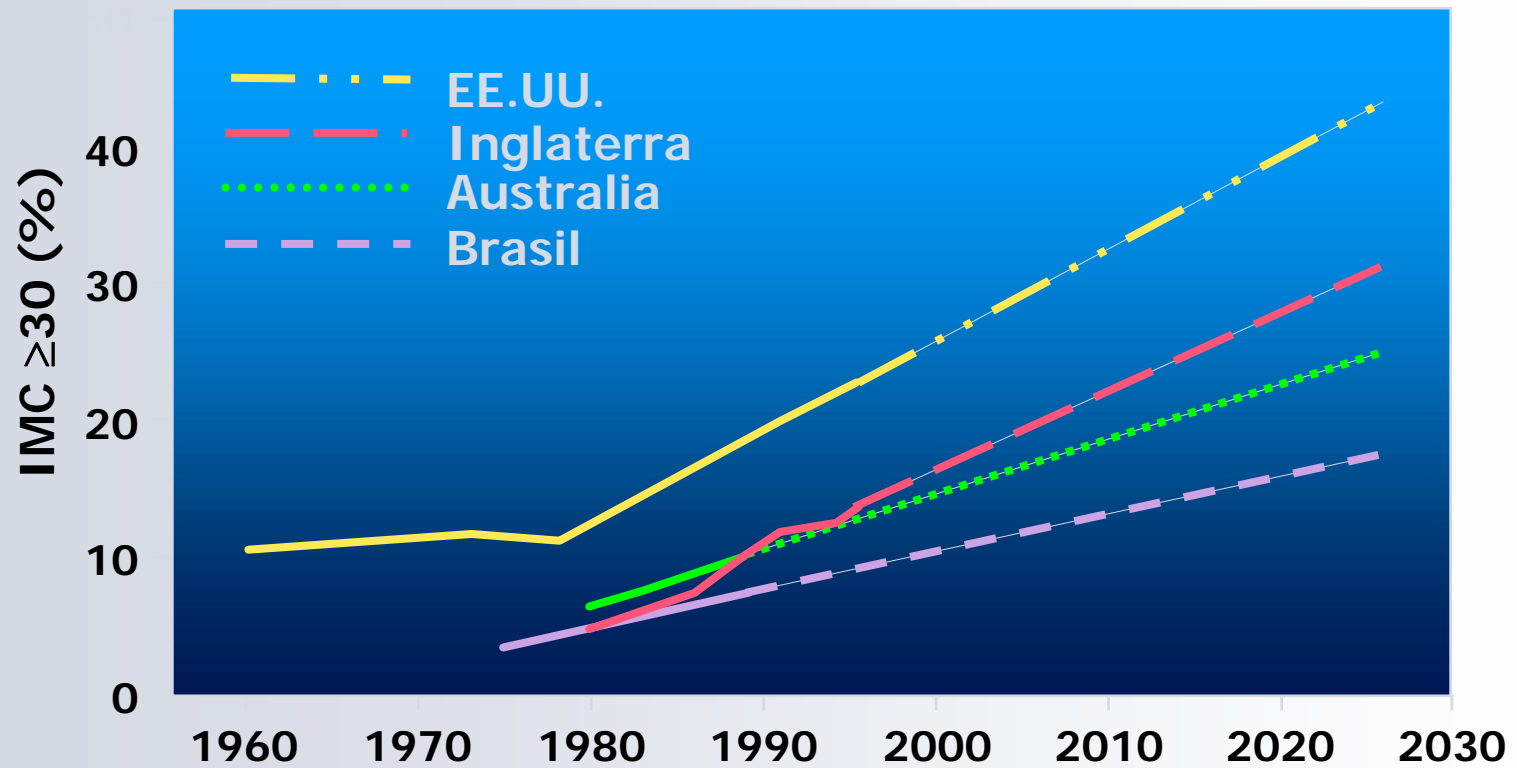
TEMPERATURA CORPORAL
AMORTIGUADOR Y
ALMOHADILLADO

TEJIDO
ADIPOSO

ASPECTO CORPORAL
EXTERNO
AUTOESTIMA

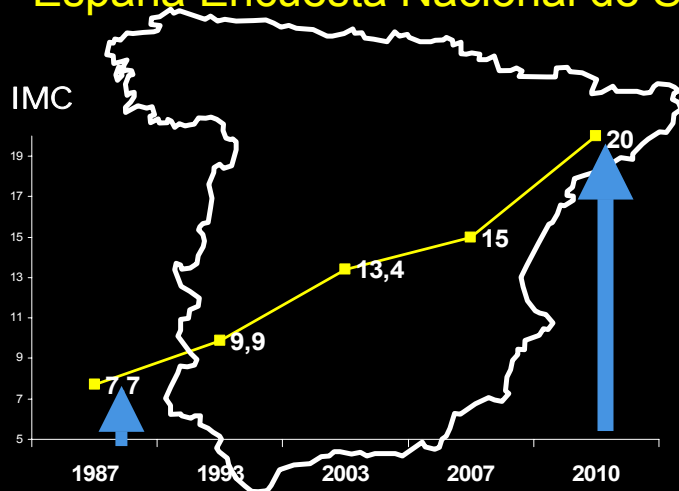


EPIDEMIIA



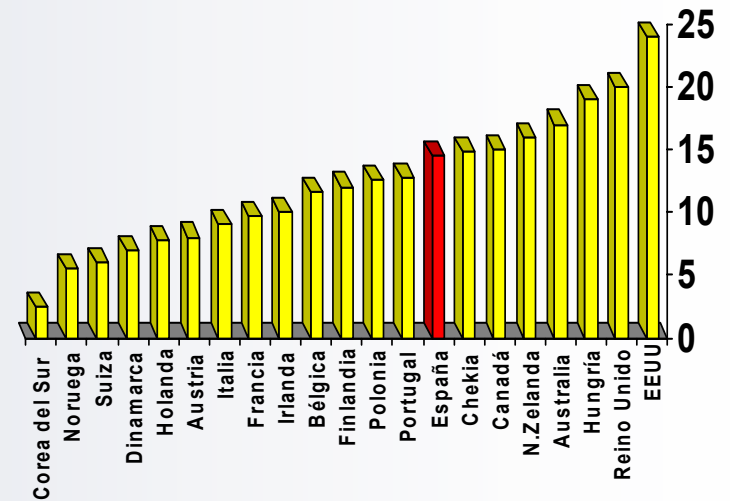
EPIDEMIA

Evolución de la Obesidad en España Encuesta Nacional de Salud

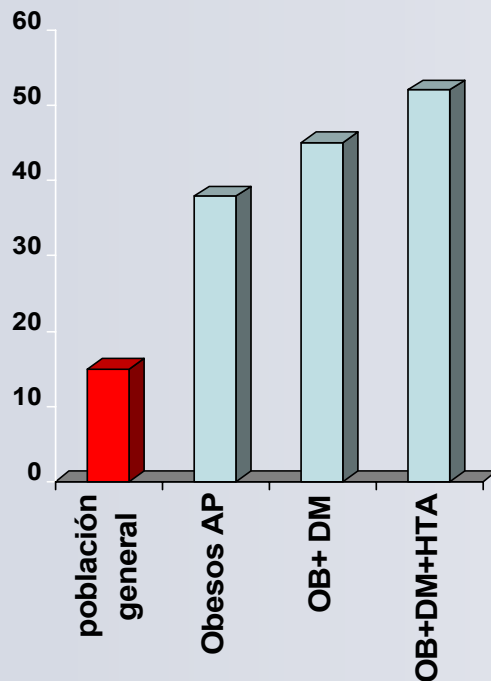


Gutierrez Fisac Aumento prevalencia obesidad en España Formación continuada en Nutrición y Obesidad 1998: 9-11

OBESIDAD EN EL MUNDO



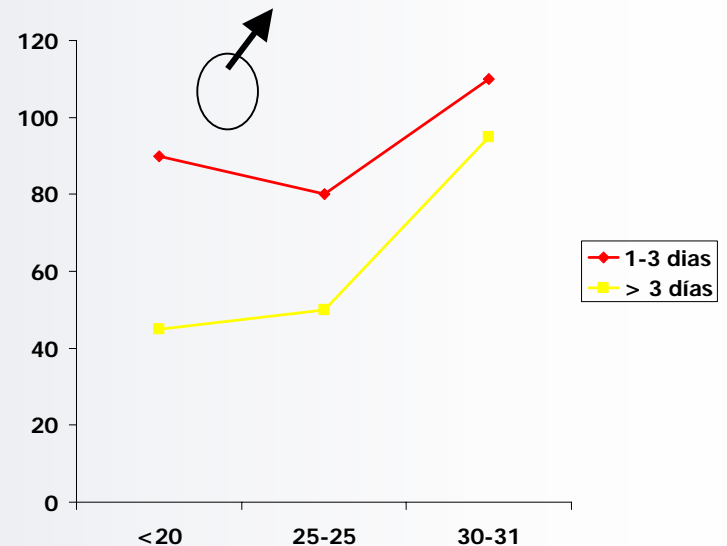
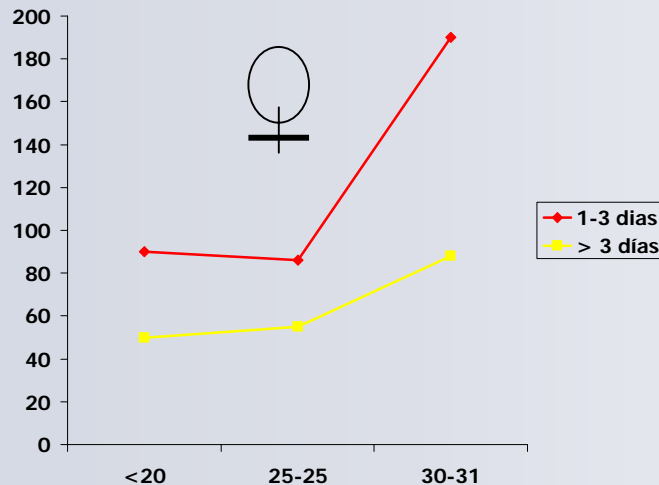
Dimensión del problema



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

Impacto de la obesidad en el trabajo

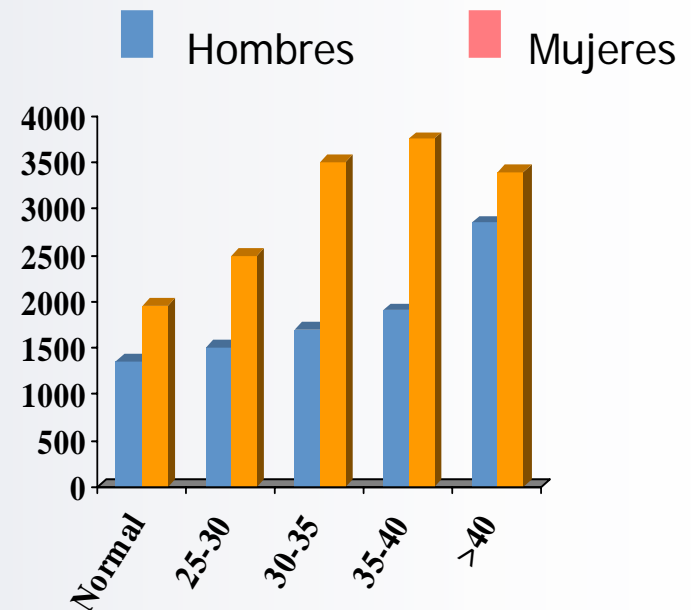
- Aumento del absentismo laboral
- Aumenta ausencias corta y larga duración
- Disminuye la productividad
- Incrementa el coste



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

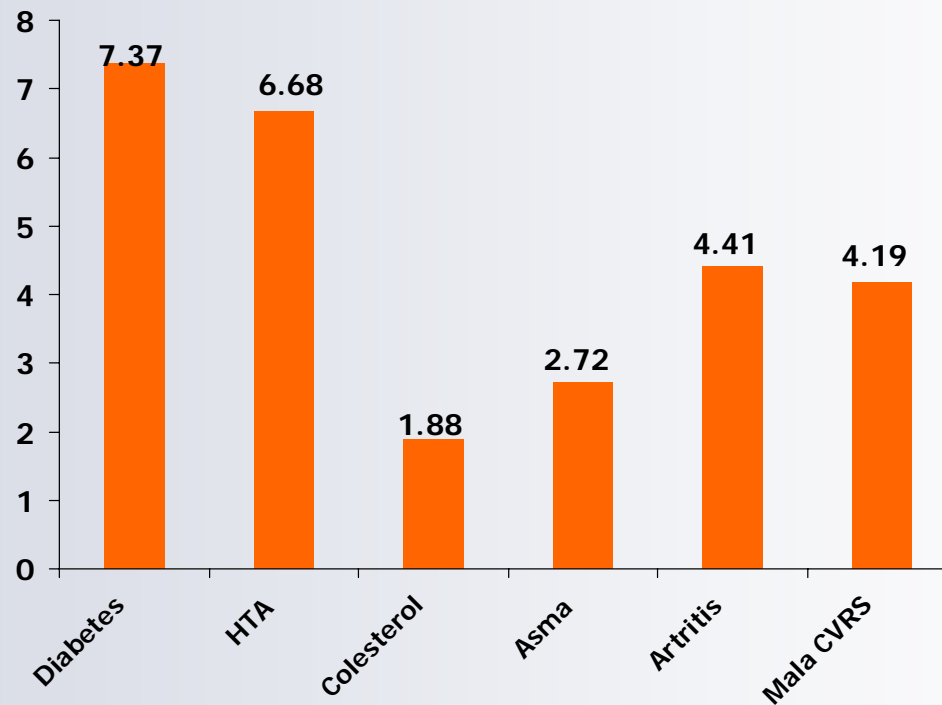


•Gastos médicos

- 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

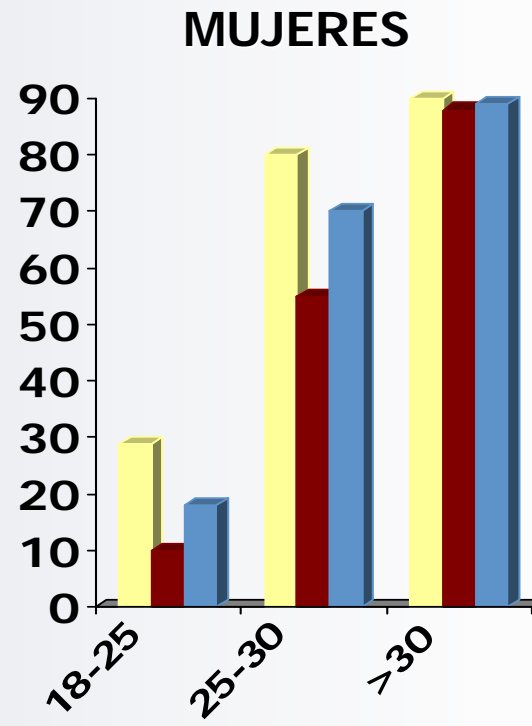
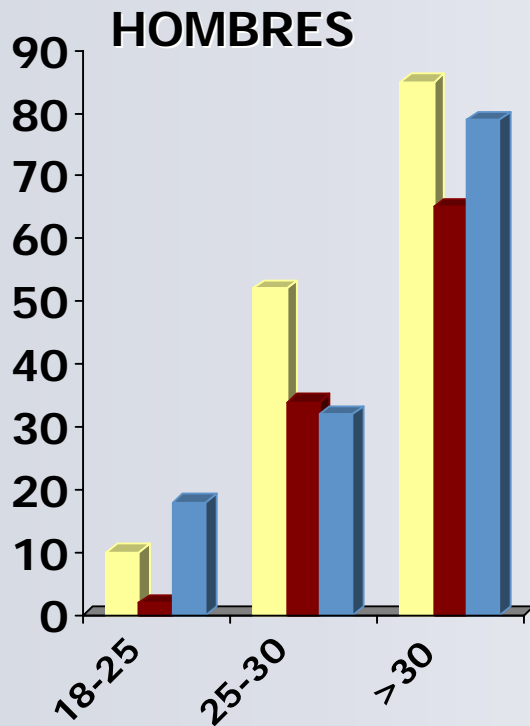
¡ IMPORTANTE

- Prevención
- Diagnóstico precoz
- Tratamiento adecuado



Auto percepción de la Obesidad

Blancos Negros Hispanos

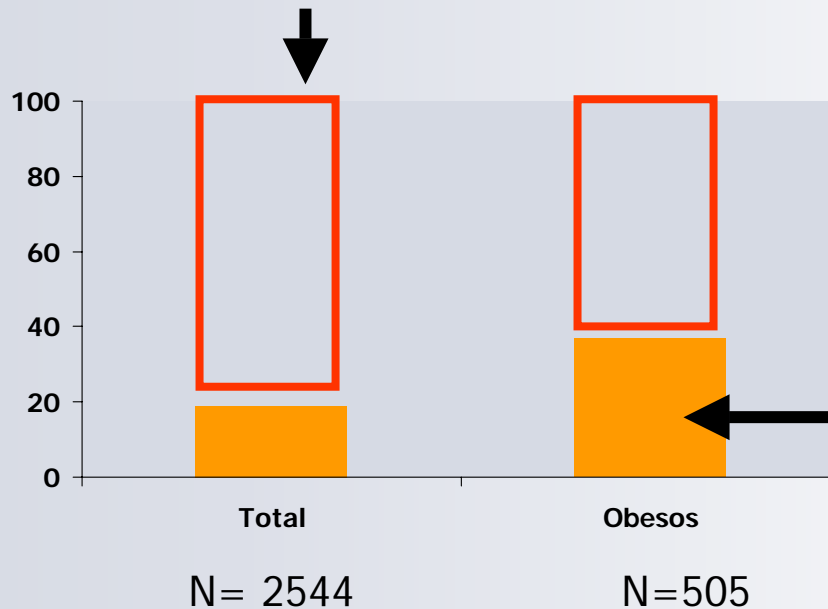


Impacto del diagnostico sobre el tratamiento

Primary Care Obesity Diagnosis Proyect

→ 10.000 pacientes
26% Obesos

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



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

DIAGNÓSTICO



TALLA : Sin zapatos

PESO : Con poca ropa

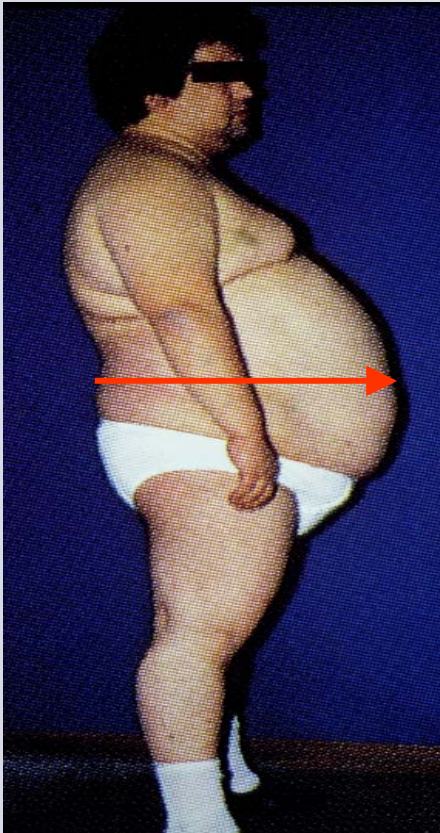
IMC = $\text{Peso} / \text{Talla m}^2$

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

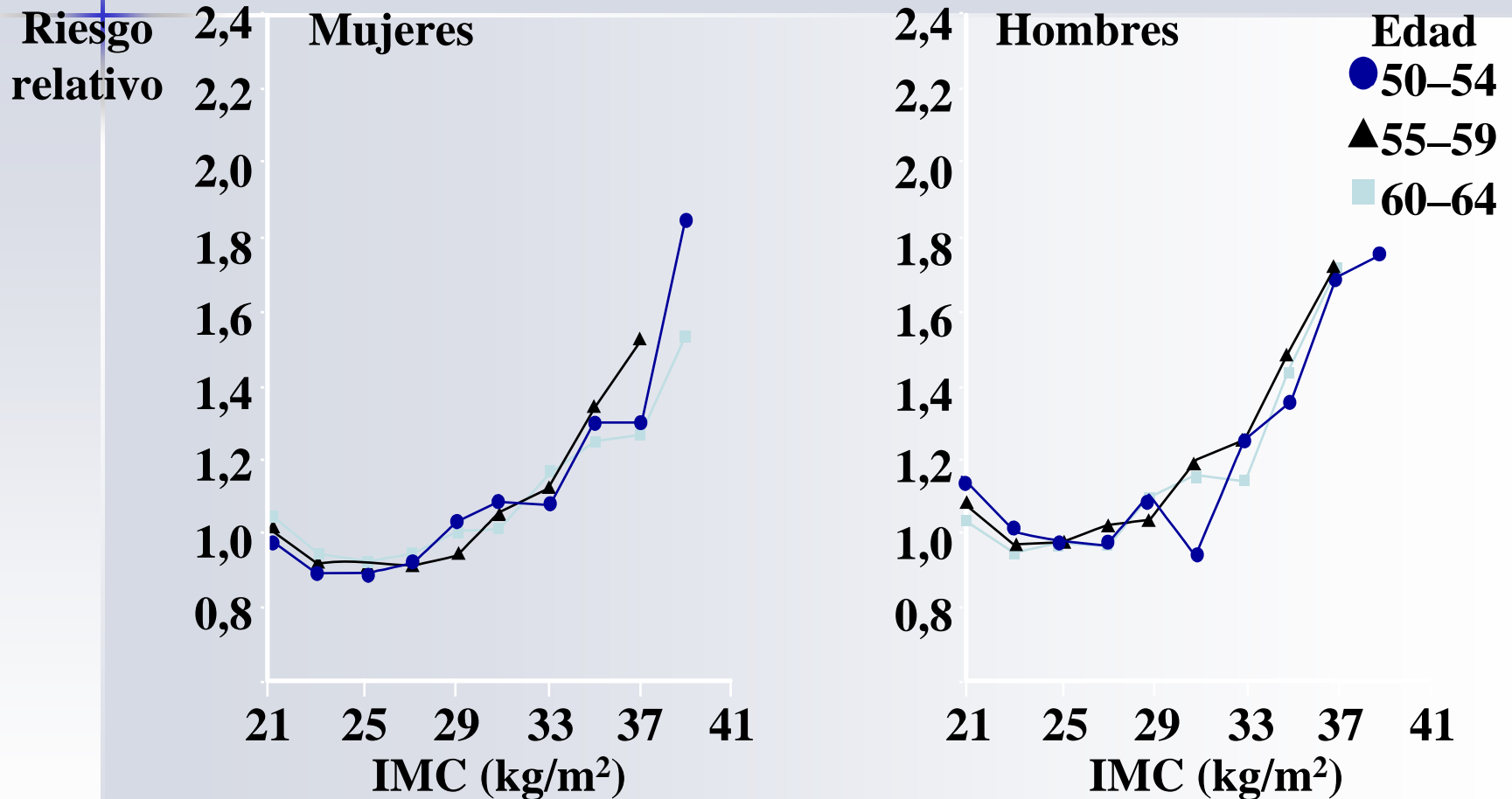
<i>ADULTOS</i>		<i>Riesgo relativo</i>	
<i>IMC</i>		<i>Circunferencia cintura</i>	
		< 102 H < 88 M	➤ 102 H ➤ 88 M
<i>Normo peso</i>	18,5-24,9	Ninguno	Ligero
<i>Sobre peso</i>	25-26,9	Ligero	Aumentado
<i>Sobrepeso</i>	27-29,9	Aumentado	Alto
<i>Obesidad</i>	30-35	Aumentado	Muy Alto
<i>Obesidad</i>	35-40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

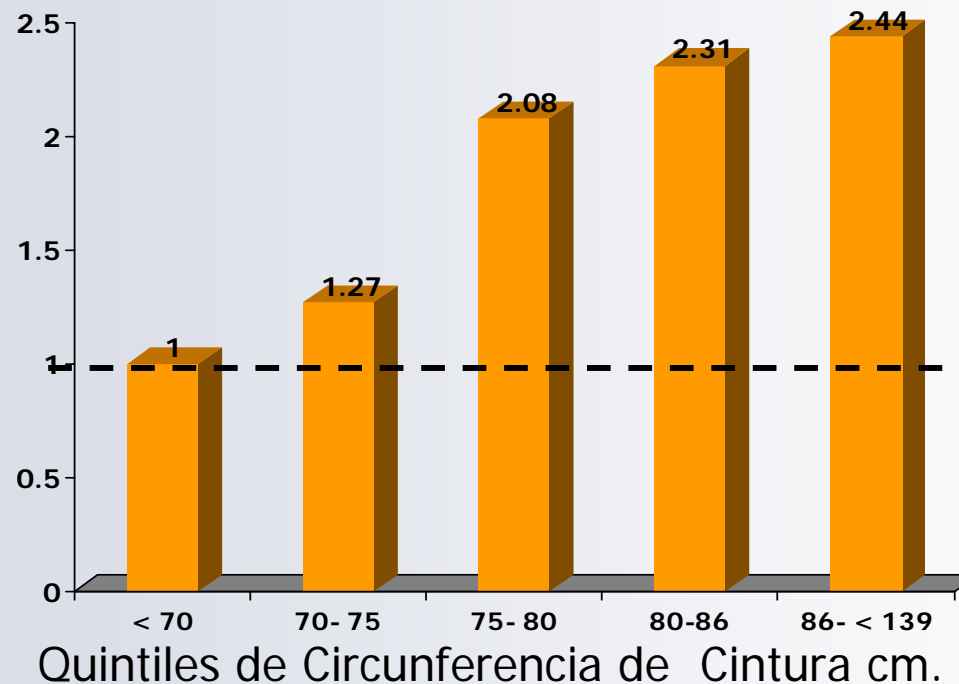
IMC y mortalidad



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

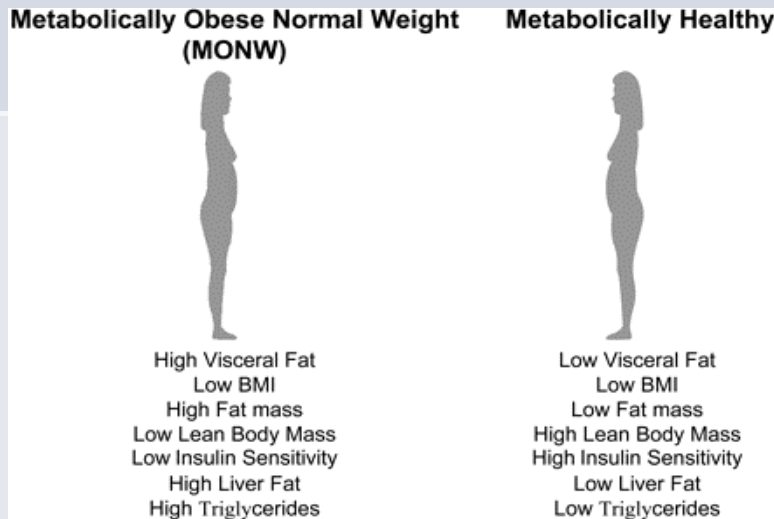
Riesgo Relativo para enfermedad coronaria / Circunf. Cintura

Nurses' Health Study



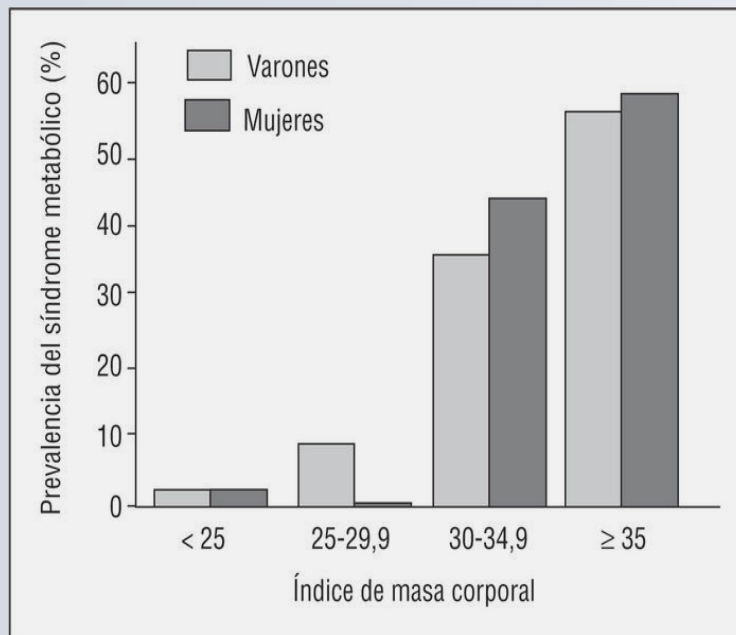
OBESOS
Metabólicamente
Sanos (20%)

NO OBESOS
Metabólicamente
enfermos (13-18 %)



Tipos	IMC	↑Circunf	Aumento		
Obesidad	>30	Cintura	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

Prevalencia de SM en población Española trabajadora (Mesyas)



- 7.256 Individuos
- 45 años EM
- **SM10.2%**
- HTA 40%
- Obesidad 28%
- ↑ TRG..... 18%
- ↓ HDL 12,6%
- GBA 7%

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 < 94 H < 80 M	Medio 94-102 H 80-88 M	Alto >102 H > 88 M	Co morbilidad
Sobre Peso 25-29.9				
Obesidad I 30-35				
Obesidad II 35-40				
Ob. Mórbida > 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

$\frac{1}{2}$ VEGETABLES
(Low-carbohydrate)

$\frac{1}{4}$ PROTEIN



Weight Loss Tip:
Leave $\frac{1}{8}$ of
your meals
behind
throughout the
day

$\frac{1}{4}$ 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]

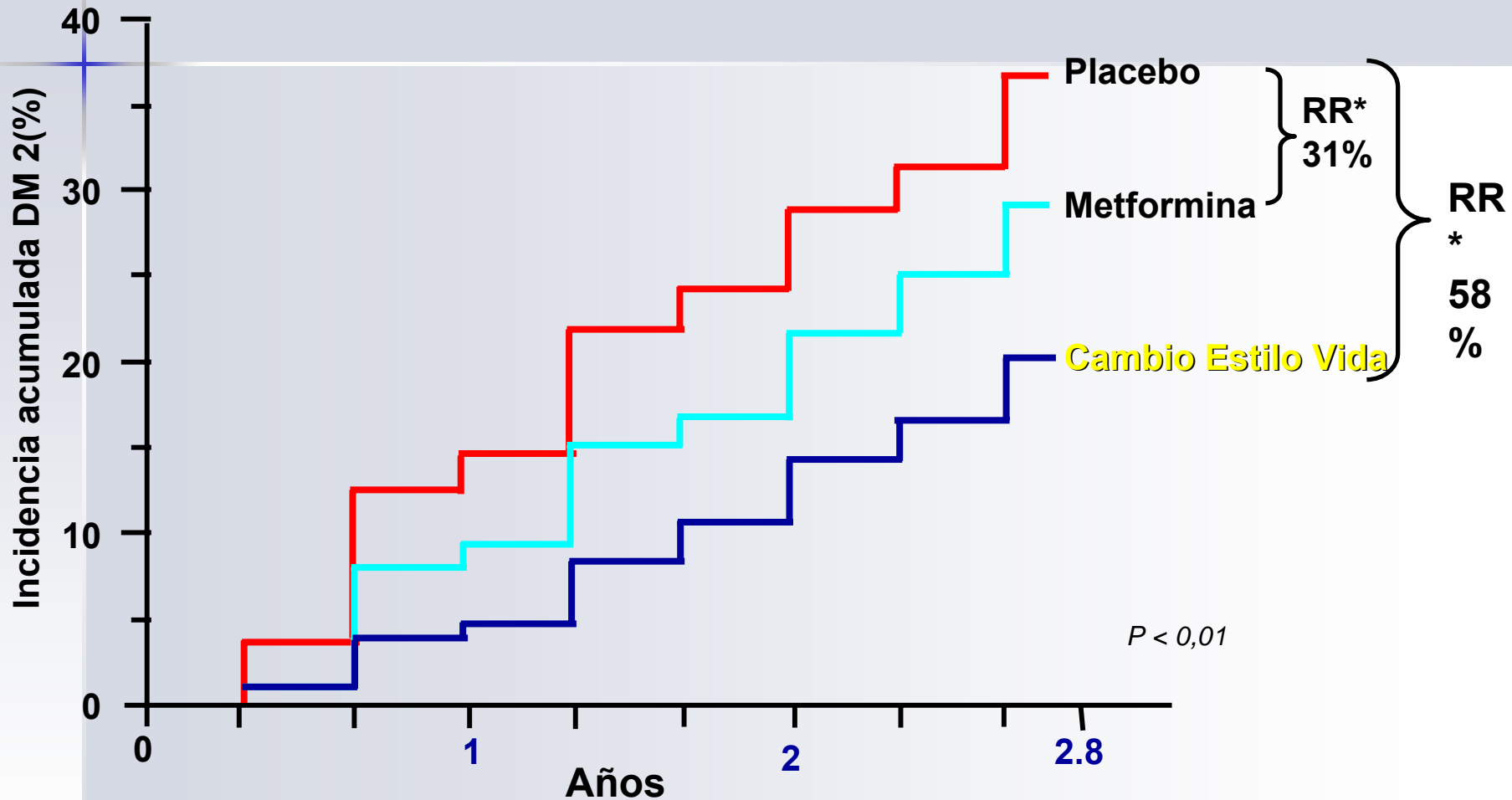
Medscape
from WebMD

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

Modifica Ambiente Interno

- ↓ Hambre
- ↓ Preocupación por la comida
- ↑ Saciedad
- ↓ Absorción de nutrientes

ESTILO VIDA

Modifica Ambiente Externo

- ↓ Exposición de alimentos
- ↓ Reducción de ingesta
- ↑ Control de la comida
- ↑ 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.

Fármacos



ORLISTAT

Xenical[®]

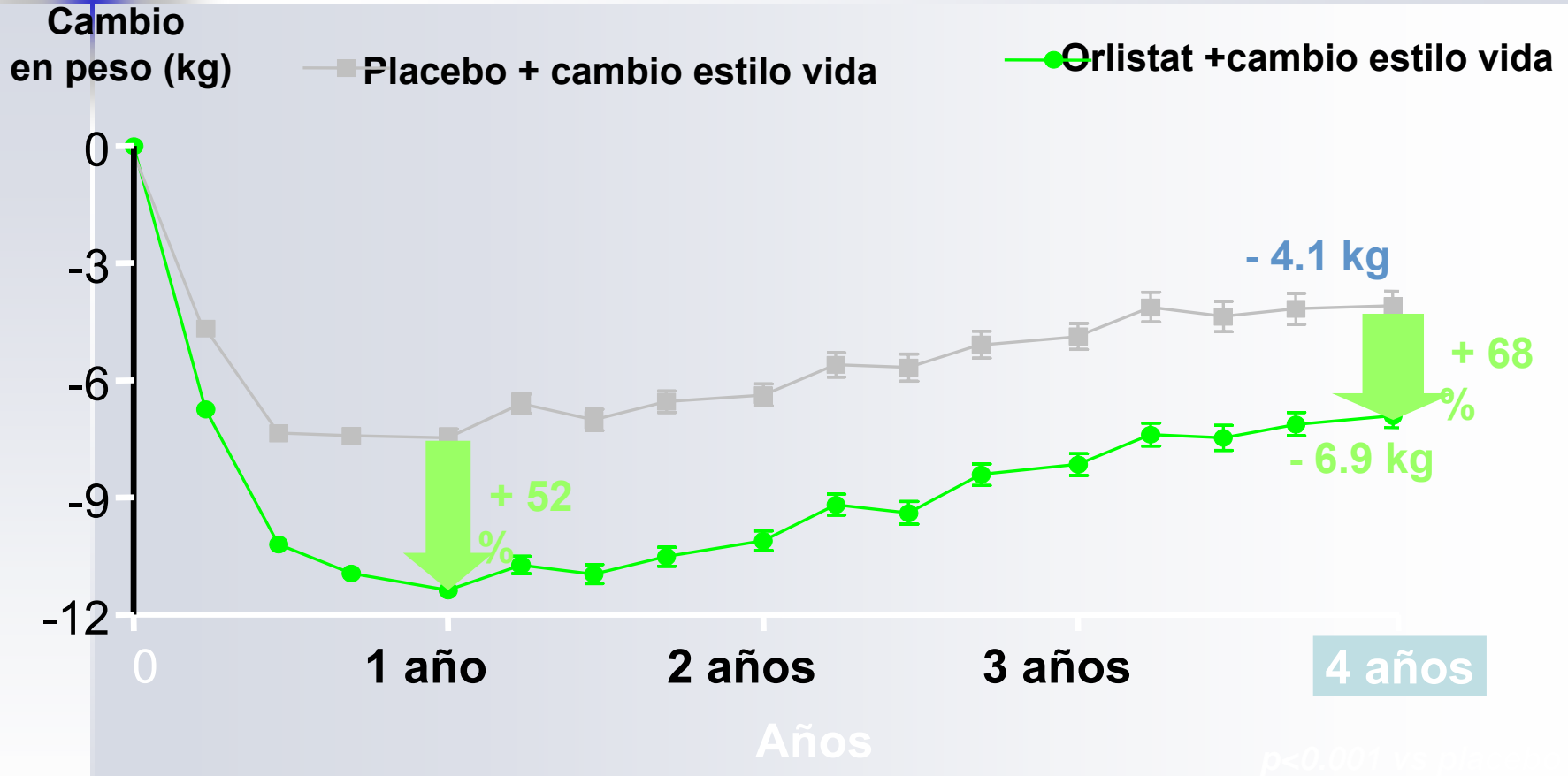
SIBUTRAMINA

Reductil[®]

RITMONABANT

Acomplia[®]

ORLISTAT

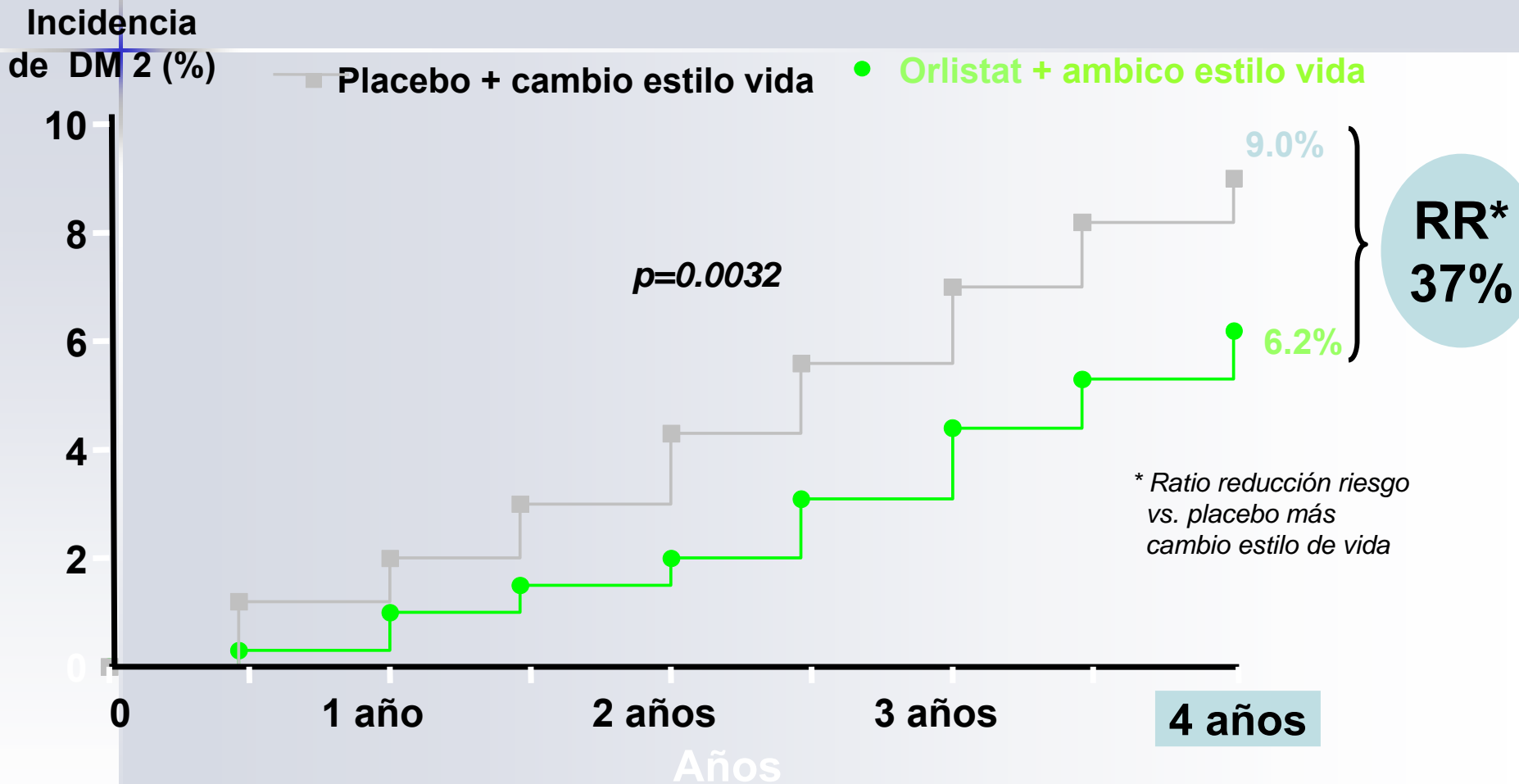


Sjostrom et al. 9th ICO, Sao Paulo 2002. Poster

Presentation

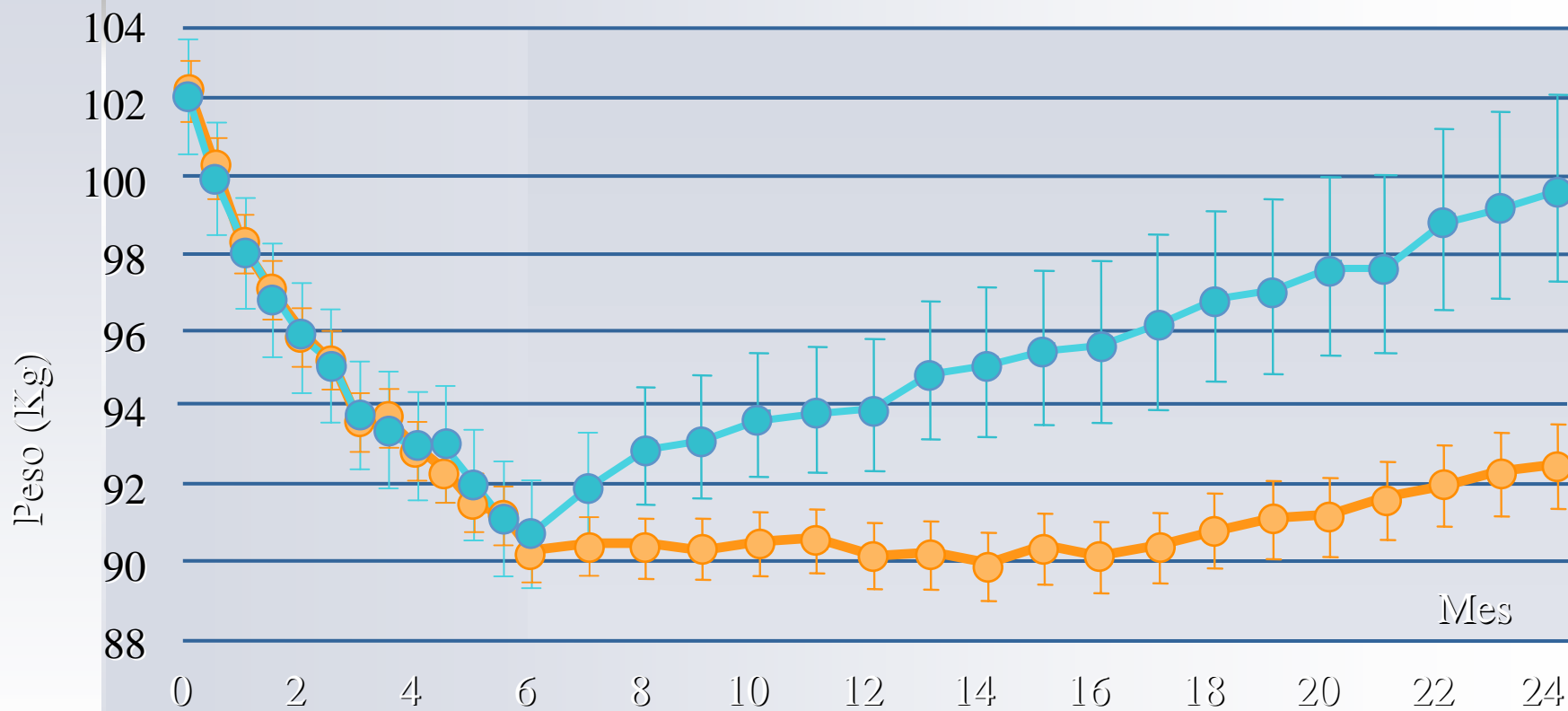
XENDOS

Efecto de ORLISTAT en Prevención DM2

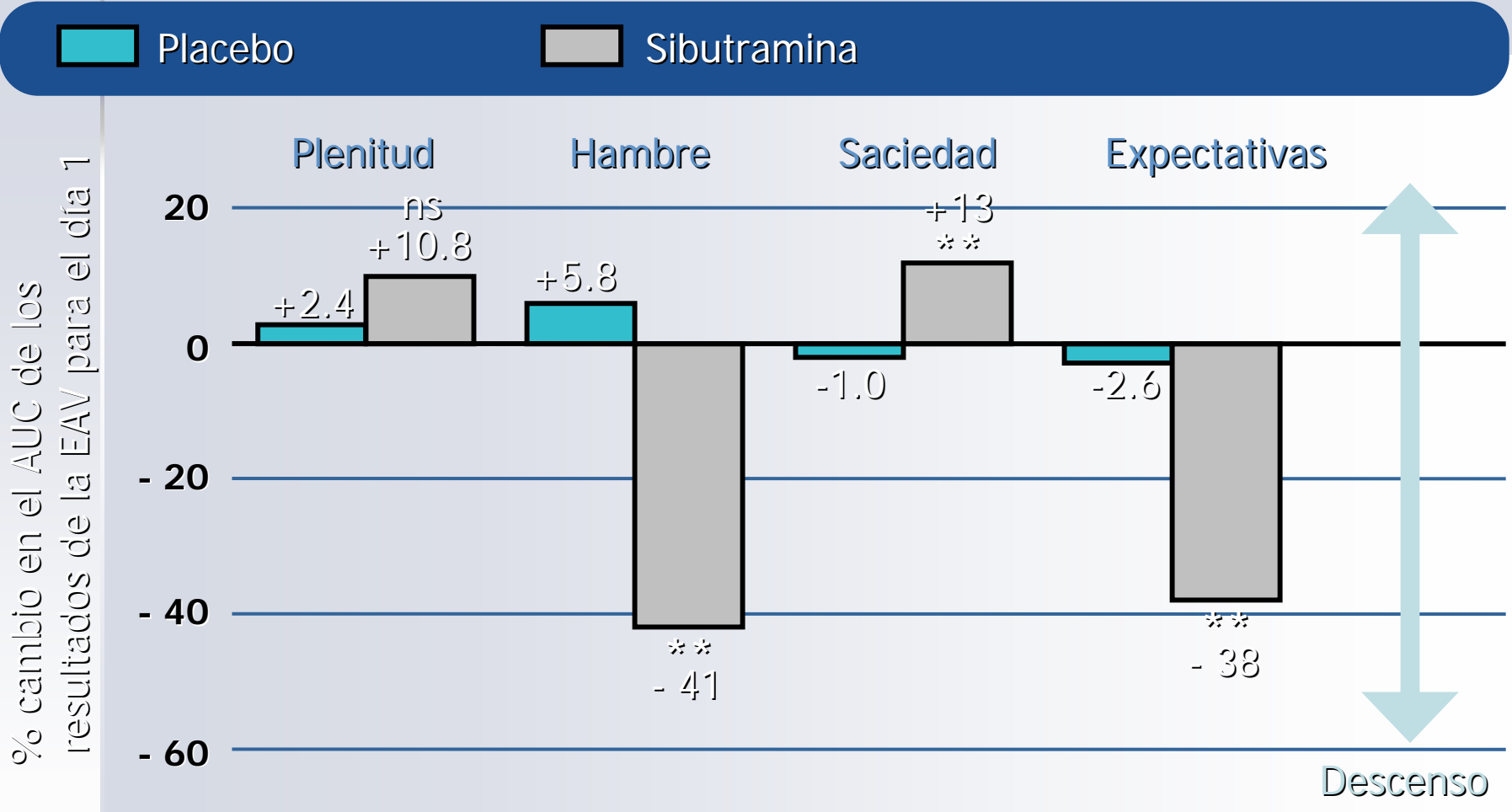


SIBUTRAMINA

Control + dieta y ejercicio Sibutramina + dieta y ejercicio



Efecto inmediato de sibutramina sobre la alimentación en el ser humano

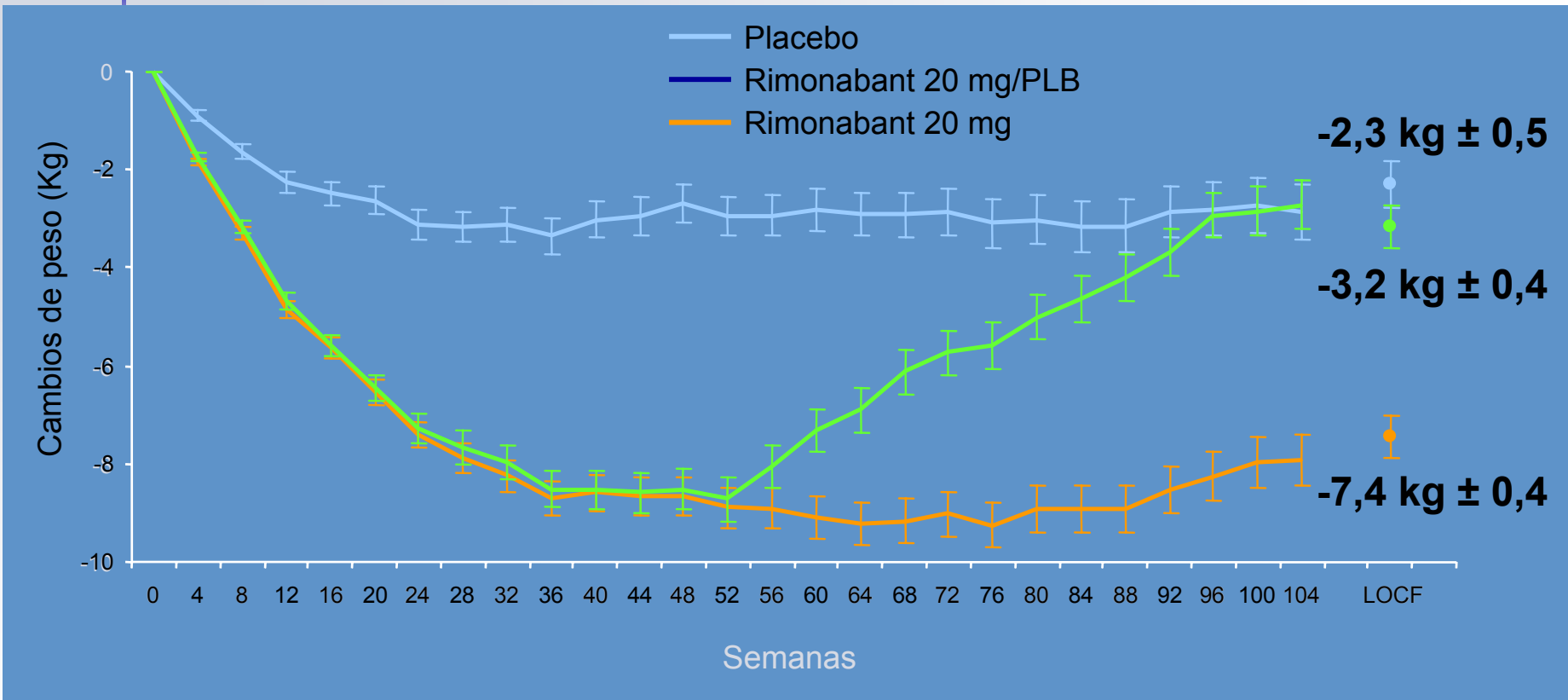


Adapted from Hansen DL, *Int J Obes Relat Metab Disord* 1999;23:1016-24

**p=0.003 vs placebo

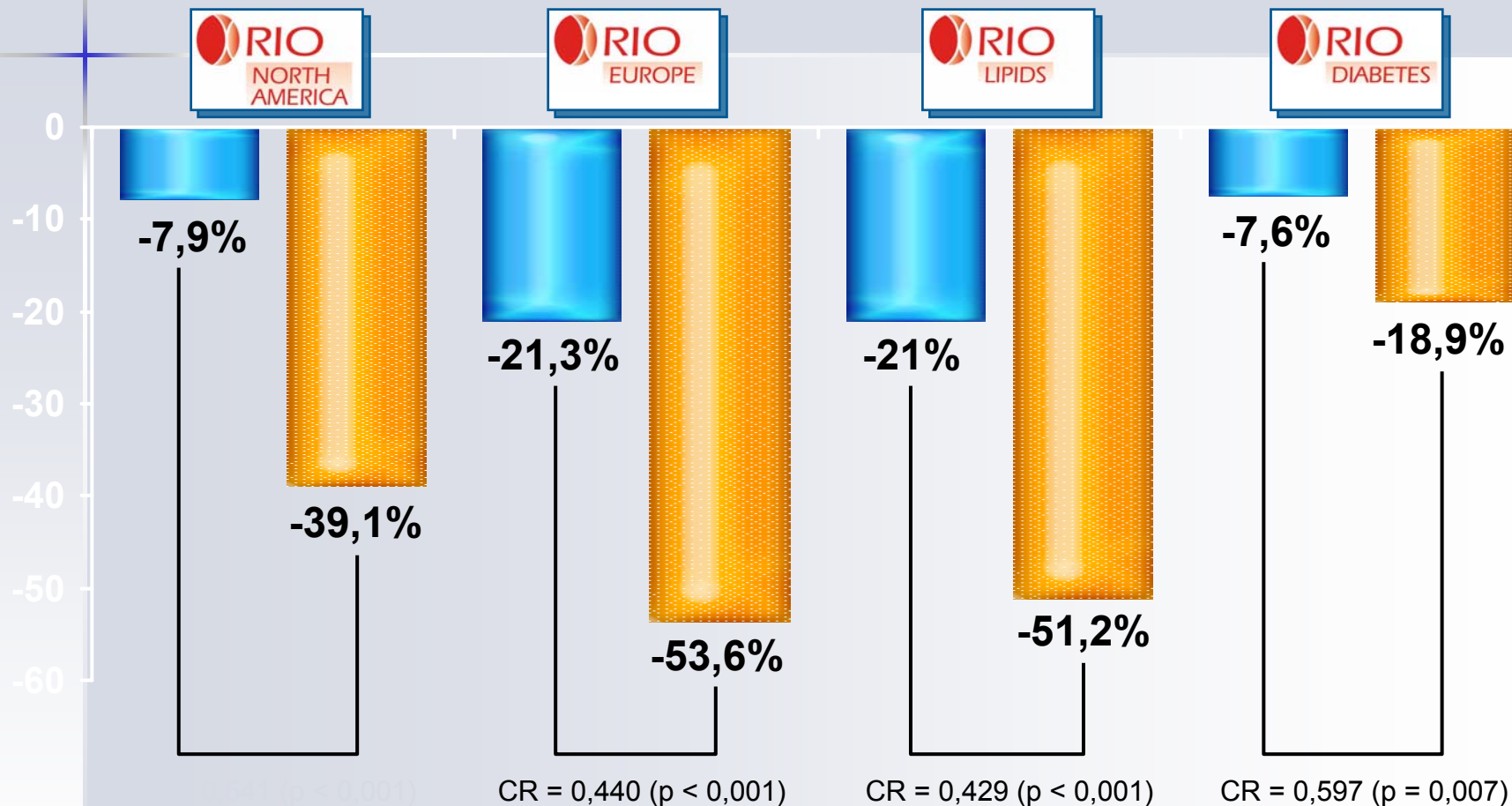
RITMONABANT

ITT, LOCF



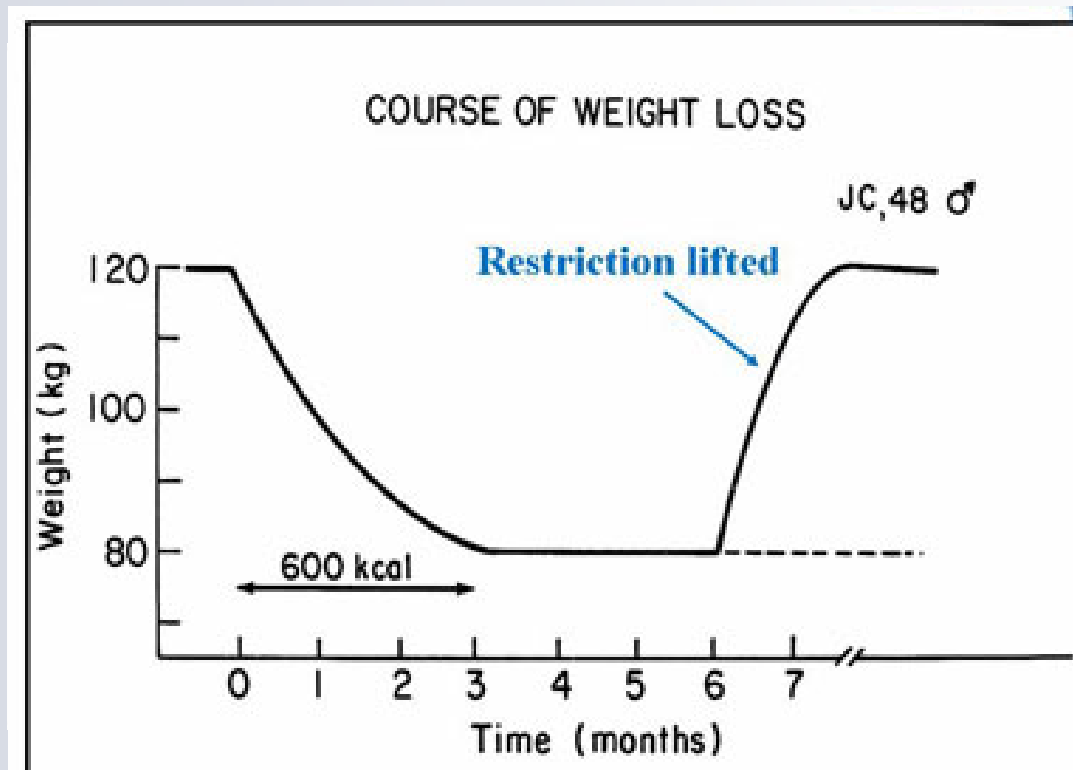
Cambios en el peso (kg) con respecto al valor basal durante 2 años

Programa RIO: Reducción en el síndrome metabólico

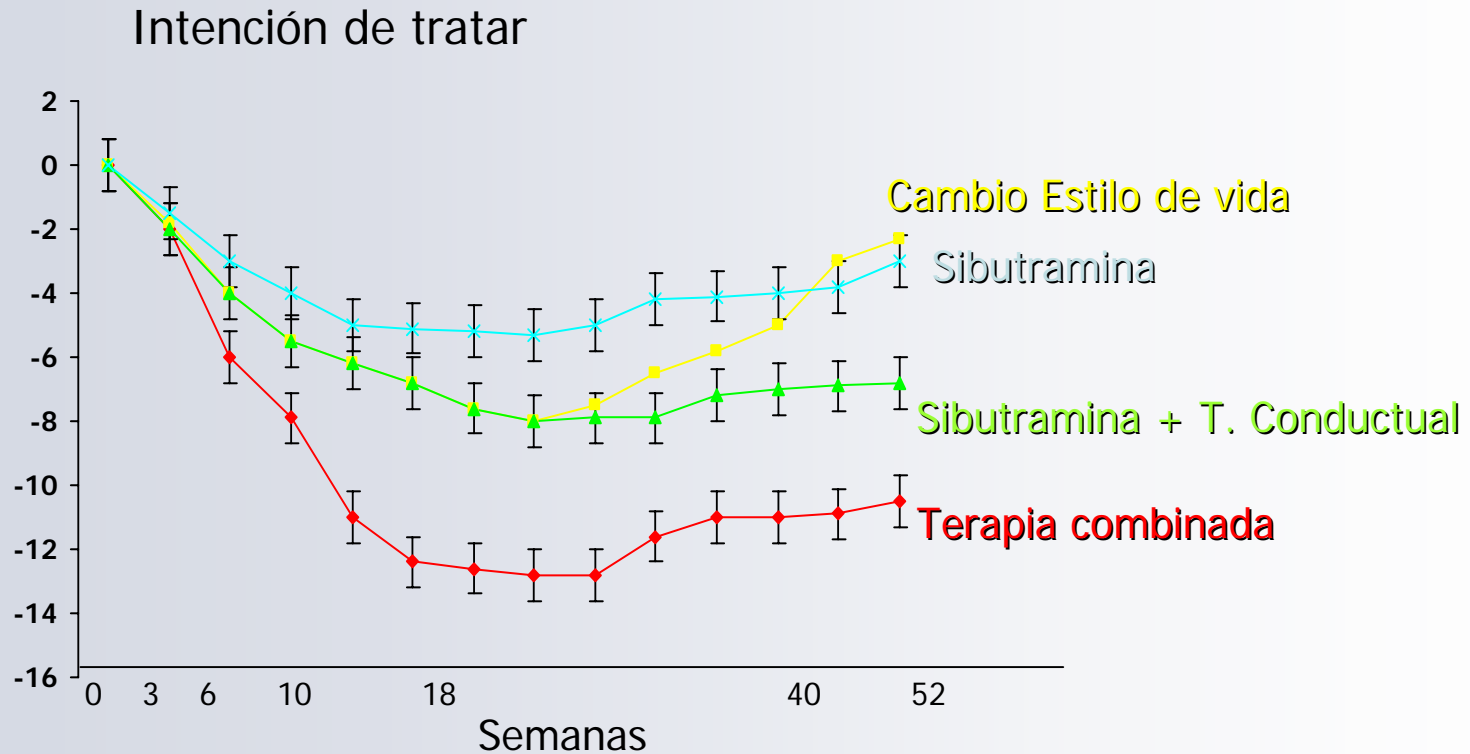


 Placebo  Rimonabant 20 mg

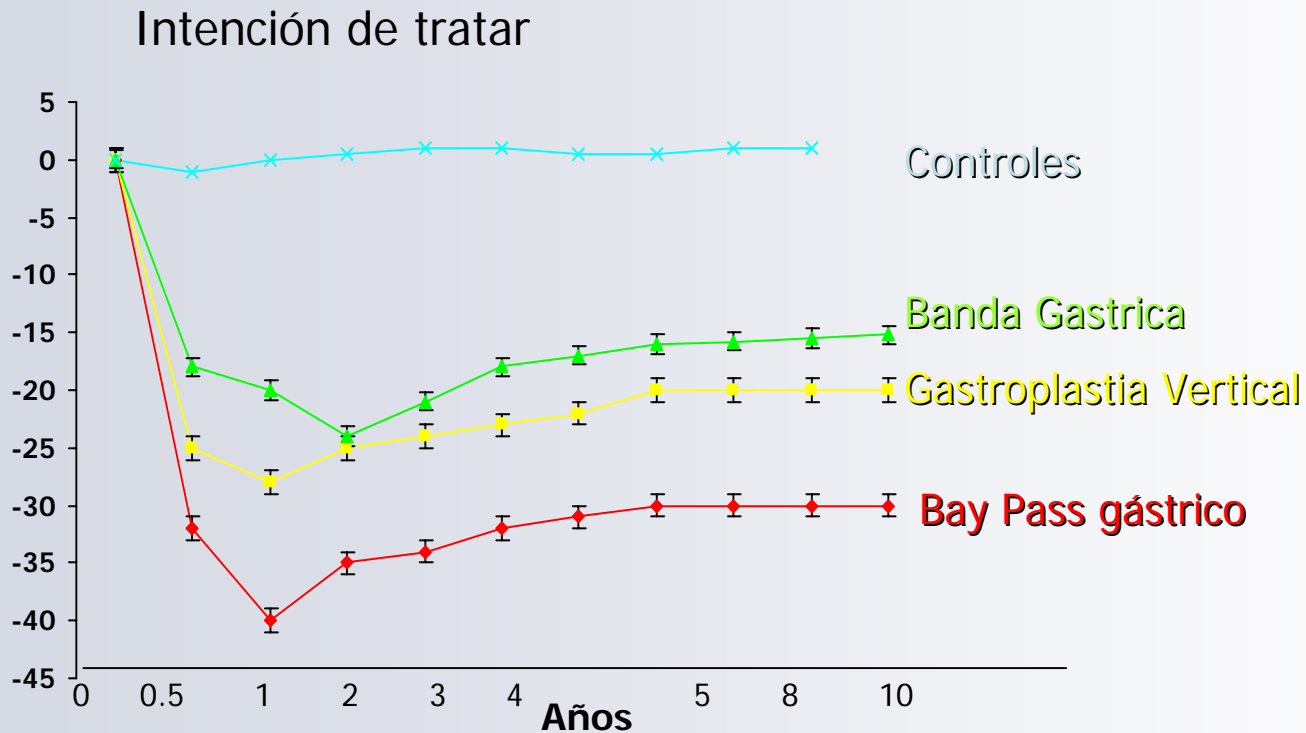
Evolución de la pérdida de peso



Efecto aditivo de los tratamientos



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

IDENTIFICAR:

¿Quién 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

COMO HACERLO

Plan 5 A

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

ADA 2004

1- Objetivos de salud

Target a Healthy Weight



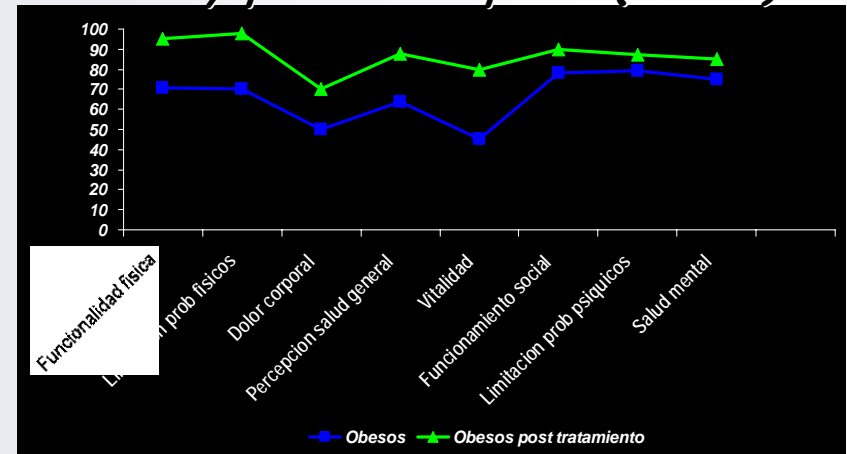
Note: This chart is for adults (≥ 20 years old)

- 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

CVRS y pérdida de peso (SF-36)



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

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

COMO HACERLO

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

Ingesta global excesiva

Restricción calórica global 500-1000

Reducir la grasa y azúcares simples

Malos hábitos de
conducta alimentaria

No mucha restricción calórica

Reducir la grasa y azúcares simples

No saltarse comidas No Picar

Sedentarismo

No mucha restricción calórica

Reducir la grasa y azúcares simples

Caminar 60´diarios

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 pérdida de peso.

RECORDAR

- Todo el mundo quiere adelgazar , pero muy pocos están dispuestos a 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”*

