



Resumen de la guía para la atención médica de pacientes con Obesidad

(American Association of Clinical Endocrinologists and American College of Endocrinology)

El problema

Si tomamos en cuenta que la **Obesidad** es responsable del 1 al 3% del total de los gastos por atención médica en la mayoría de los países y dicho costo se va incrementado de manera peligrosa año con año y que además, la **Obesidad** es uno de los cinco factores para el desarrollo de enfermedades posteriores que ponen en riesgo la salud, entonces, no podemos considerar la **Obesidad** como un tema de estética meramente. La **Obesidad** es una **enfermedad crónica multifactorial**; es un problema de salud pública que debe tratarse con seriedad pues su huella ya se deja ver. Por primera vez, la expectativa de vida puede comenzar a decrecer, como resultado de los desórdenes asociados a la **Obesidad**.^{1,2}

Afortunadamente cada vez hay mayor comprensión de la fisiopatología de la **Obesidad**, y ahora se entiende como una **ENFERMEDAD MULTIFACTORIAL COMPLEJA** con interacciones entre la genética, medio ambiente, y el comportamiento.³

500 Millones
de personas con Obesidad en el mundo ³

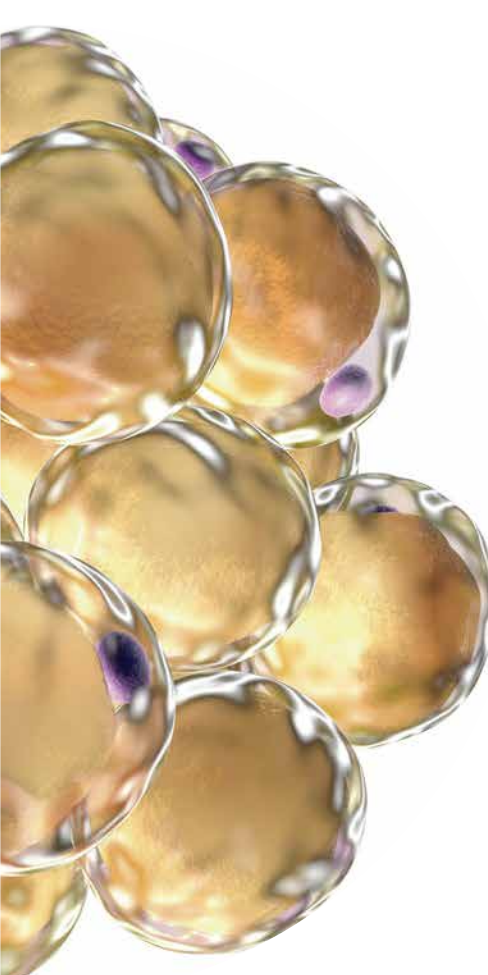


El tejido adiposo

El tejido adiposo es por sí mismo un órgano endocrino que puede tornarse disfuncional en la **Obesidad** y contribuir al desarrollo de una enfermedad metabólica sistémica³ En él, los adipocitos producen una variedad de moléculas activas conocidas como adipocitosinas, (inhibidor del activador de plasminógeno (PAI-1), TNF-alfa, resistina, leptina, y adiponectina). La mala regulación de la producción de estas adipocitosinas participa en la patogénesis del síndrome metabólico asociado a la **Obesidad**.⁴

Por otro lado, se reconocen grandes diferencias entre el tejido grasa visceral y subcutáneo, en cuanto a la expresión de receptores específicos y patrón de secreción de adipocitosinas, que se pueden relacionar con las consecuencias negativas de la obesidad visceral. Muchas citosinas pro-inflamatorias son secretadas predominantemente por el tejido adiposo visceral, mientras que la adiponectina (ejerce una sensibilización a la insulina y efectos anti-aterogénicos) tiene mayor presencia en la grasa subcutánea.^{2,4}

La disfunción del tejido adiposo se caracteriza principalmente por:²



• Acumulación predominante de grasa visceral (ectópica)



• Cambios en la composición celular del tejido adiposo



• Incremento en el número de células inmunes infiltradas en el tejido adiposo



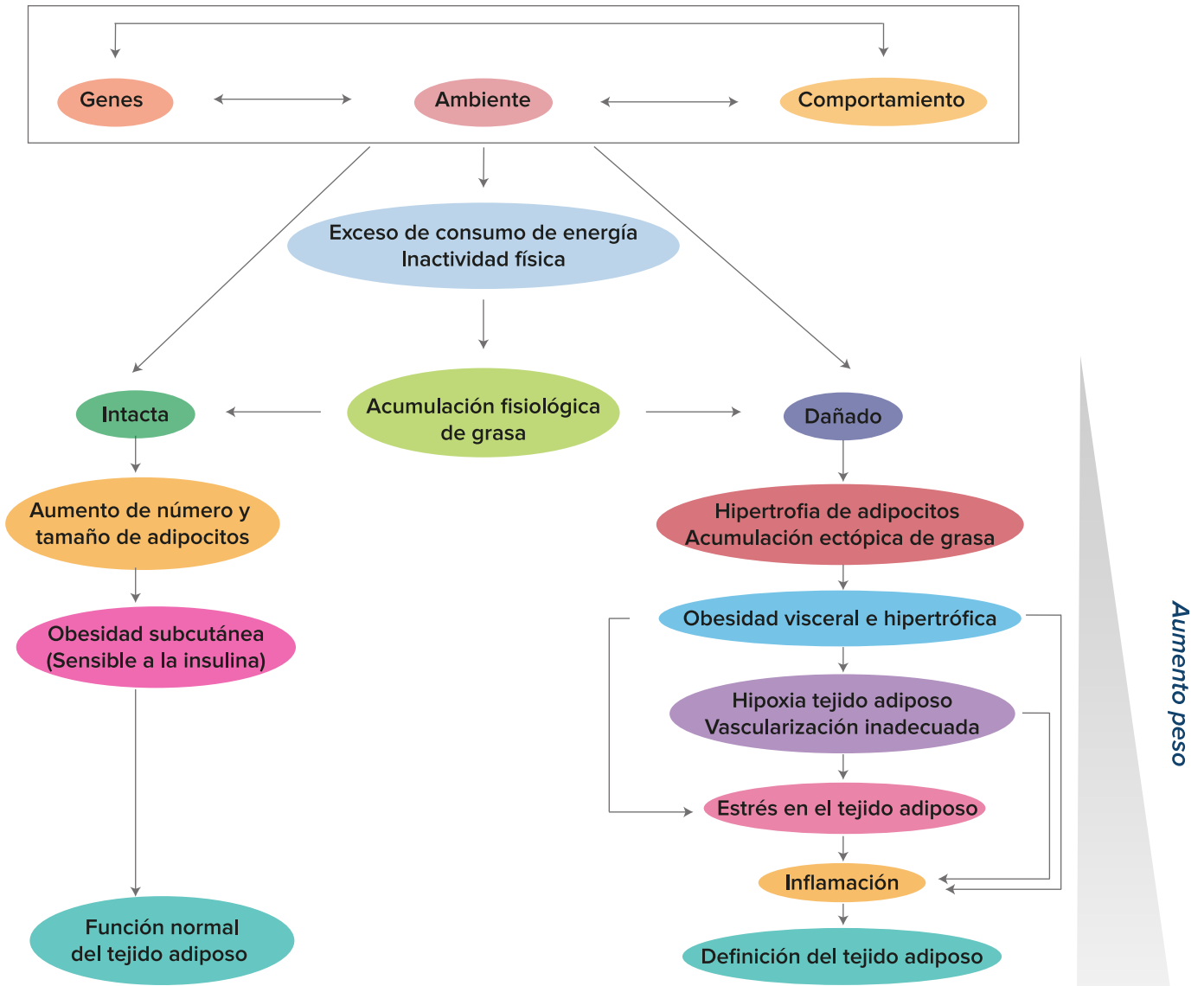
• Crecimiento del volumen de los adipocitos



• Secreción de factores pro-inflamatorios, aterogénicos y diabetogénicos



• Alteración del ARNm en el adipocito y en los patrones de expresión de las proteínas.



► Adaptado de Adipose Tissue Dysfunction in Obesity 2009

Modelo de la patogénesis de disfunción del tejido adiposo. Las interacciones genéticas-medio ambiente pueden jugar un rol como factores causales del desarrollo y de la diferenciación entre subtipos fisiológicos o patológicos de acumulación de grasa.

Sobre los tratamientos

El reconocimiento de la **Obesidad** como una enfermedad ha dado como resultado avances en los tratamientos, entre los que podemos mencionar: intervenciones en el estilo de vida (dieta, ejercicio, terapia), farmacoterapia y procedimientos para bajar de peso incluida la cirugía bariátrica.³

- Reducciones significativas del tejido adiposo subcutáneo mediante liposucción, no mejora los parámetros circulatorios metabólicos e inflamatorios.²
- La reducción de la grasa visceral mediante una omentectomía junto con la banda gástrica, han demostrado beneficios y efectos a largo plazo en las mediciones relacionadas con el metabolismo de la glucosa y con la sensibilidad a la insulina en individuos con **Obesidad**.²

Se ha propuesto un algoritmo para el manejo de la **Obesidad** en el cual la presencia y severidad de complicaciones relacionadas al peso, constituyen los determinantes primarios para la selección de la modalidad de tratamiento y la intensidad de la terapia para la pérdida de peso.³

En este acercamiento centrado en las complicaciones, el objetivo primario es mejorar las complicaciones relacionadas con la adiposidad y no en la disminución del peso *per se*.³

Entonces el objetivo primordial de la terapia es el de mejorar la salud y la calidad de vida del paciente.³





AACE/ACE ALGORITMO PARA LA ATENCIÓN MÉDICA DE PACIENTES CON OBESIDAD



Presentación del Paciente		Tamizaje positivo para sobrepeso/obesidad IMC ≥ 25 kg/m ² (≥ 23 kg/m ² para algunas etnias)		Presencia de complicaciones o enfermedades relacionadas con el peso que podrían mejorar con terapia para perder peso	
Diagnóstico	Evaluación	<ul style="list-style-type: none"> Historia médica • Revisión de aparatos y sistemas principalmente aquellos relacionados con complicaciones de la obesidad • Historia de obesidad: edad - peso, estilo de vida, intervenciones previas Examen físico • Laboratorio clínico 			
	Diagnóstico antropométrico	<ul style="list-style-type: none"> Confirmar que el IMC alto representa exceso de adiposidad Medir la circunferencia de la cintura para evaluar riesgo cardio-metabólico 			
	Diagnóstico Clínico	< 25 peso normal < 23 en algunas etnias Circunferencia de la cintura por debajo de los cortes regionales	IMC kg/m² 25-29.9 sobrepeso ≥ 30 obesidad		
			Ninguna	Leve - Moderada	Severa
		Revisión de las complicaciones relacionadas con la obesidad (Clasificación y estratificación con base en los criterios de las complicaciones)			
Categorías Diagnósticas	Peso Normal (sin obesidad)	ETAPA 0	ETAPA 1	ETAPA 2	
		Sin complicaciones	Uno o más complicaciones de leves a moderadas que podrían mejorar con pérdida moderada de peso	Al menos una complicación severa que requiere de pérdida de peso significativa para un tratamiento efectivo	
		IMC 25-29.9 sobrepeso IMC ≥ 30 obesidad	IMC ≥ 25	IMC ≥ 25	
Etapas de la prevención de enfermedades crónicas y las metas del tratamiento	PRIMARIA	SECUNDARIA	TERCIARIA		
	Prevenir sobrepeso y obesidad	Prevenir la continua ganancia de peso o bajar de peso para prevenir complicaciones	Alcanzar pérdida de peso suficiente para aminorar las complicaciones y prevenir deterioro a largo plazo		
Tratamiento basado en juicio clínico	<ul style="list-style-type: none"> Alimentación saludable Actividad física Educación en salud Construir ambiente 	<ul style="list-style-type: none"> Estilo de vida Terapia conductual Considerar farmacoterapia si los cambios en el estilo de vida no son efectivos 	<ul style="list-style-type: none"> Estilo de vida Terapia conductual Considerar farmacoterapia IMC ≥ 27 	<ul style="list-style-type: none"> Estilo de vida Terapia conductual Añadir farmacoterapia IMC ≥ 27 Considerar cirugía bariátrica IMC ≥ 35 	
	<ul style="list-style-type: none"> Cuando la meseta para la pérdida de peso se ha alcanzado, reevaluar las complicaciones relacionadas con el peso. Si las complicaciones no se han aminorado, la terapia para perder peso debe intensificarse o se deben de emplear intervenciones específicas para las complicaciones. La obesidad es una enfermedad crónica y las categorías diagnósticas no son estáticas. Por lo tanto los pacientes requieren de seguimiento, reevaluación y tratamientos por largo tiempo. 				
Seguimiento					



Abreviación: IMC = Índice de Masa Corporal

Adaptado de: AACE/ACE comprehensive Clinical Practice Guidelines for Medical Care Of Patients with Obesity.



Referencias

1. Dávila -Torres J, González Izquierdo JJ, Barrera - Cruz A. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2015;53(2):240-249.
2. Blüher M. *Adipose Tissue Dysfunction in Obesity. Exp Clin Endocrinol Diabetes*, 2009;117:241–250.
3. Garvey W. T, Mechanick, J. I, Brett EM, Garber AS, et al. *American Association of Clinical Endocrinologists and American College of Endocrinology Comprehensive Clinical Practice Guidelines for Medical Care Of Patients with Obesity Endocr pract* 2016; 22 (Suppl 3).
4. Furukawa S, Matsuda M, Furukawa S, Fujita T, Shimabukuro M, Iwaki M, et al *Increased oxidative stress in obesity and its impact on metabolic syndrome. J Clin Invest.* 2004;114(12): 1752–1761.

Este material es traído a usted cortesía de:

nuevo

IFA
Norex[®] ap
 Anfepramona (Dietilpropión)



Reg. No. 083M2018 SSA III