



TRATE LA  
OBESIDAD  
SERIAMENTE

# Guías de tratamiento de la Obesidad

Dra. Alejandra Almeida



Las consecuencias adversas para la salud del aumento de la grasa corporal no son simplemente "comorbilidades" o "factores de riesgo asociados" <sup>1</sup>

*“La obesidad se define como una enfermedad crónica, progresiva, recurrente, multifactorial, neuroconductual, en la que un aumento de la grasa corporal promueve la disfunción del tejido adiposo y las fuerzas físicas anormales de la masa grasa, lo que resulta en consecuencias adversas para la salud metabólica, biomecánica y psicosocial” <sup>1</sup>*

Definición de obesidad de la Obesity Medicine Association

## Obesidad - multifactorial



# Obesidad como enfermedad. <sup>1</sup>

Los signos, síntomas y fisiopatología de la obesidad cumplen con la definición de enfermedad.

La obesidad puede deberse a la herencia (genética, epigenética y/o ambiental).

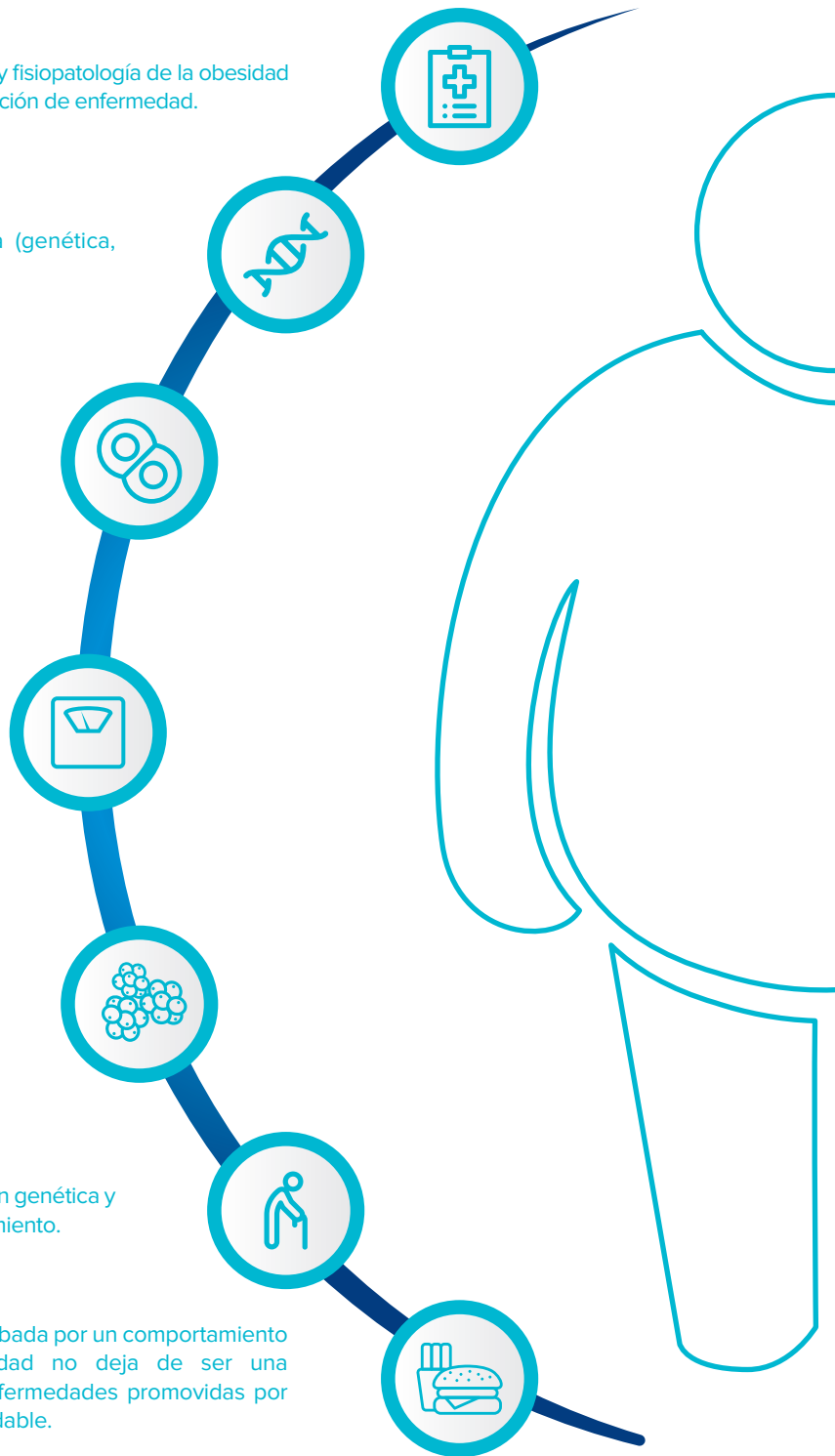
La obesidad puede dar lugar a anomalías anatómicas y funcionales celulares y orgánicas.

La obesidad puede resultar en adipocitos patológicos y/o disfunción del tejido adiposo endocrino e inmune que contribuyen a la enfermedad metabólica.

La obesidad puede provocar patologías por el exceso de grasa corporal; que promueve el daño por estrés a otros tejidos del cuerpo.

La obesidad es promovida por la predisposición genética y comparte fisiopatologías similares al envejecimiento.

Incluso cuando se ve exacerbada por un comportamiento poco saludable, la obesidad no deja de ser una enfermedad como otras enfermedades promovidas por un comportamiento no saludable.



# Obesidad es una enfermedad cuando...<sup>1</sup>



El paciente tiene exceso de grasa corporal, según lo evaluado por medidas confiables.



El exceso de grasa corporal es causado por errores genéticos o de desarrollo, infecciones, lesión hipotalámica, reacciones adversas a medicamentos, desequilibrio nutricional/energético, y/o factores ambientales desfavorables.



El exceso de grasa corporal produce anomalías estructurales o funcionales patológicas que resultan en incremento de la morbilidad y mortalidad del paciente.



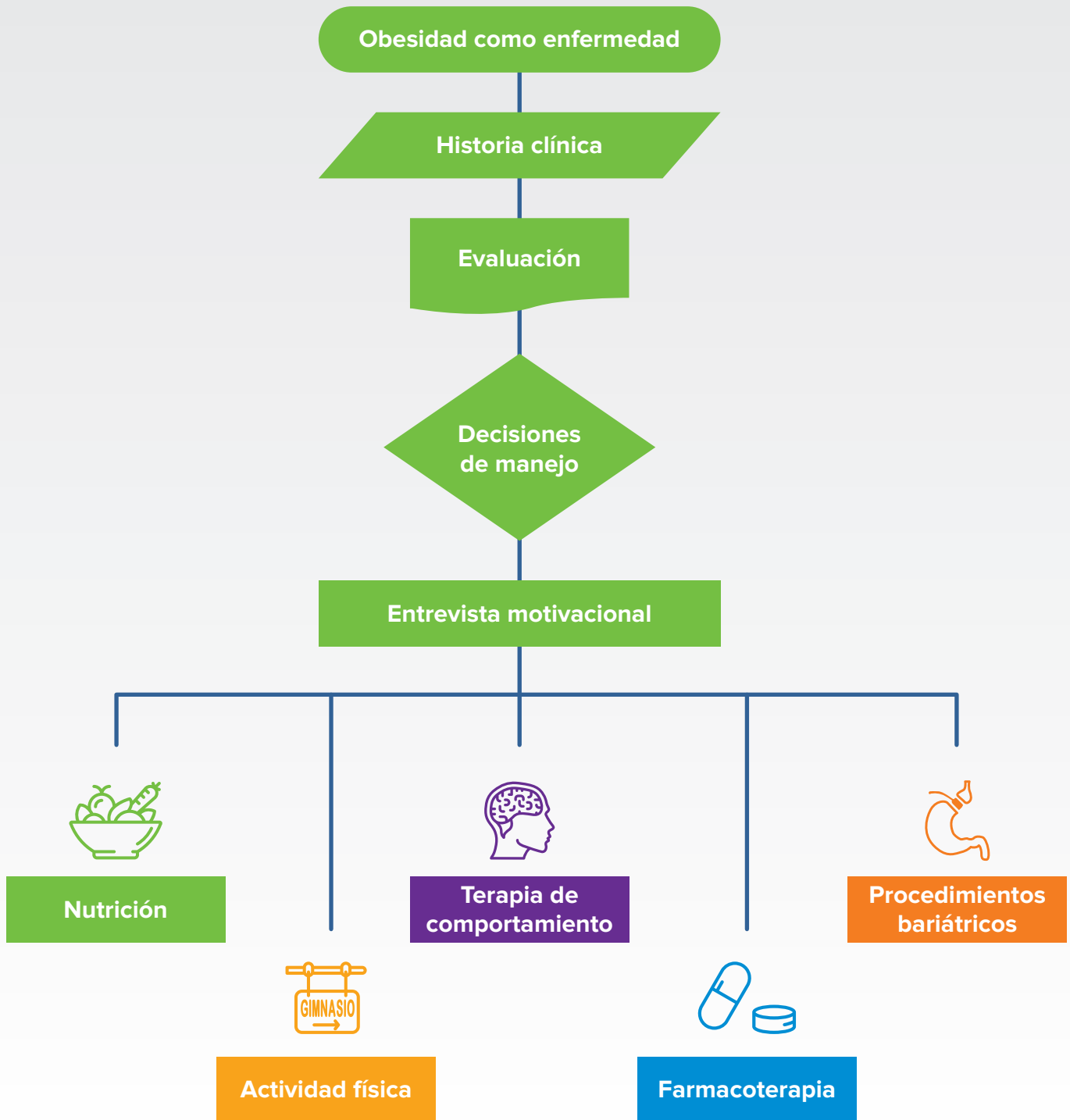
Múltiples adipocitos patológicos y/o disfunción del tejido adiposo endocrino e inmune que contribuyen a la enfermedad metabólica.



Exceso de grasa corporal causante de daño por presión a otros tejidos corporales

# Manejo de la obesidad <sup>1</sup>

## Algoritmo de la Obesidad OMA

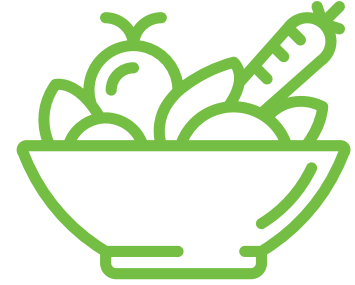


Obesity Algorithm® 2020 Obesity Medicine Association



## Intervención Nutricional <sup>1</sup>

1. Los resultados de salud con la terapia nutricional son mejores cuando las intervenciones dietéticas se basan en evidencia científica, cuantitativas, cualitativa, y promueve la adherencia del paciente.
2. La dieta baja en calorías es de ~ 1200 a 1800 kcal/día; una dieta muy baja en calorías es <800 kcal/día.
3. La dieta restringida en grasas se define como el 10 - 30% del total de calorías provenientes de las grasas.
4. La dieta baja en carbohidratos se define como 50 - 150 gramos de carbohidratos por día; dieta muy baja en carbohidratos es <50 gramos de carbohidratos por día.
5. La sustitución isocalórica de los carbohidratos refinados con grasas saturadas, no disminuye el riesgo de enfermedad cardiovascular; la sustitución isocalórica de grasas saturadas con carbohidratos ultraprocesados no mejora el riesgo de enfermedad cardiovascular.
6. La dieta cetogénica es una intervención restringida en carbohidratos que desalienta los alimentos ultraprocesados y refinados. La cetosis puede disminuir el apetito.
7. La dieta mediterránea fomenta el aceite de oliva, las verduras, frutas, legumbres, granos integrales, nueces, semillas, mariscos, productos lácteos fermentados, aves, huevos y vino tinto; desalienta altas cantidades de carnes rojas, productos cárnicos y carbohidratos ultraprocesados.
8. La dieta DASH se basa en la ingesta de verduras, frutas, granos integrales, productos lácteos sin grasa o bajos en grasa, pescado, aves de corral, carnes magras, nueces, semillas, legumbres, fibra, alimentos que contienen calcio, potasio y magnesio; desalienta el sodio > 2300 mg por día, grasa total > 27% del total de calorías diarias, colesterol > 150 mg por día para el plan de alimentación de 2100 calorías, carnes ultraprocesadas, bebidas azucaradas y alimentos con azúcares agregados.



## Terapia de comportamiento <sup>1</sup>

1. La conducta alimentaria a menudo es el resultado de un desequilibrio entre cuestiones fisiológicas que resisten la pérdida de peso y con poca resistencia a la ganancia de peso.
2. El comportamiento alimentario se ve afectado por los 5 sentidos (vista, olfato, oído, gusto y sensación).
3. La conducta alimentaria puede verse afectada por el estrés mental, las emociones, las señales de tiempo habituales, el entorno, la falta de información y la recompensa.
4. El comportamiento alimentario puede verse afectado por los trastornos alimentarios (Ej., Trastorno por atracón, bulimia nerviosa y síndrome de alimentación nocturna).
5. El comportamiento de inactividad física puede deberse a trastornos musculoesqueléticos, neurológicos, pulmonares, cardíacos y de otro tipo del paciente.
6. El comportamiento de inactividad física puede estar relacionado con conveniencias, falta de tiempo, desinterés y entorno.
7. Los elementos de la terapia conductual para un éxito óptimo incluyen promover comportamientos que sean factibles, eficaces, medibles y que involucren compromiso personal.
8. La implementación de la terapia conductual incluye: encuentros frecuentes con profesionales médicos calificados, educación, control de estímulos, reestructuración cognitiva, establecimiento de objetivos, autocontrol, resolución de problemas, apoyo social.
9. La compra o el acceso a las tecnologías de control de peso y las redes sociales solo pueden tener beneficios limitados; sin embargo, en pacientes motivados listos para el cambio, la utilización de tecnologías y redes sociales puede ayudar a facilitar elementos de implementación de terapia conductual, como mantenimiento de registros, educación y apoyo/motivación social.



## Actividad Física <sup>1</sup>



1. La actividad física de rutina mejora la composición corporal.
2. La actividad física de rutina mejora los procesos corporales afectados negativamente por la obesidad (anormalidades endocrinas e inmunes).
3. La actividad física puede mejorar la salud metabólica, musculoesquelética, cardiovascular, pulmonar, mental, sexual y cognitiva.
4. El entrenamiento dinámico promueve la pérdida de peso y ayuda a prevenir la recuperación de peso.
5. El entrenamiento de resistencia mejora la composición corporal, previene la pérdida muscular durante la pérdida de peso y aumenta el gasto energético en reposo.
6. Además del ejercicio físico, se puede lograr un mayor gasto de energía a través del aumento de la actividad física en el tiempo libre, actividad física y la termogénesis activa sin ejercicio. (NEAT).
7. Una prescripción común de ejercicio físico incluye frecuencia, intensidad, tiempo dedicado, tipo y disfrute.
8. Equivalente Metabólico de Actividad (METS) se utilizan para evaluar la intensidad del ejercicio físico.
9. De pie = 2 METS; caminar 4 millas por hora = 4 METS; corriendo 10 millas por hora = 16 METS.
10. El seguimiento de la actividad física puede realizarse a través de una variedad de registros de actividad, así como mediciones de porcentaje de grasa corporal por una técnica confiable.

## Farmacoterapia <sup>1</sup>

En conjunto con las terapias anteriores los objetivos del tratamiento farmacológico son:

- Tratar la enfermedad
  - Adiposopatía
  - Enfermedad de masa grasa
- Facilitar el manejo del comportamiento alimenticio.
- Disminuir la progresión de ganancia / re-ganancia de peso.
- Mejorar la salud, calidad de vida, y peso corporal del paciente con sobrepeso u obesidad.

La pérdida de peso del 5-10% puede generar mejoras en la enfermedad de masa grasa y enfermedad metabólica.

**FENTERMINA (Acxion®).**- Anorexigénico con efecto simpaticomimético recomendado hasta por 36 semanas. Algunos pacientes pueden perder alrededor del 5% del peso corporal. <sup>1</sup>

**ORLISTAT (Leben®).**- Inhibidor de la lipasa gastrointestinal que dificulta la digestión de la dieta grasa. Algunos pacientes pueden perder alrededor del 5% del cuerpo peso. <sup>1</sup>

**MAZINDOL (Lose®).**- anorexigénico cuya composición química, mecanismo y sitio de acción son totalmente diferentes a los de las anfetaminas y sus derivados. Facilita al paciente obeso la adaptación a la dieta prescrita induciendo una sensible y sostenida reducción de peso. <sup>2</sup>

**AMFEPRAMONA (Norex®).**- dietilpropión a dosis terapéuticas actúa principalmente en el hipotálamo regulando los centros de la saciedad y el apetito; a nivel metabólico, eleva la concentración sanguínea de glucosa, lactato, ácidos grasos libres y glicerol, además de aumentar el metabolismo hasta en 20%. <sup>3</sup>

**CLOBENZOREX (Itravil®).**- amina simpaticomimética actúa sobre el núcleo ventrolateral del hipotálamo, aumentando la liberación de noradrenalina y dopamina en los espacios sinápticos y disminuyendo su recaptura en las terminaciones nerviosas presinápticas. La noradrenalina actúa básicamente para frenar el apetito, activando los receptores alfa 4 y beta 1 en los núcleos hipotalámicos. <sup>4</sup>



## Referencias

1. Obesity Medicine Association. Obesity Algorithm. 2020.
2. IPP LOSE®
3. IPP NOREX®
4. IPP ITRAVIL®

ESTE MATERIAL CIENTÍFICO ES TRAÍDO A USTED,  
CORTESÍA DE:

IFA  
**acxion**®  
Fentermina

**acxion**® **C**  
Fentermina

**acxion** **ap**®  
Fentermina

**Itravil** IFA®  
Clobenzorex

**Itravil**® **ap**  
Clobenzorex

IFA  
**Lose**®  
Mazindol

IFA  
**Norex**®  
Anfepramona

IFA  
**Norex**® **ap**  
Anfepramona (**Dietilpropión**)

Escaneé con su celular e ingrese  
para conocer y vivir la experiencia de  
ser parte de un equipo por la vida.



**MATERIAL EXCLUSIVO PARA EL PROFESIONAL DE LA SALUD -  
EDUCACIÓN MÉDICA CONTINUA**

