



# Tratamiento de la obesidad

J. Álvarez<sup>a,b,\*</sup>, P. Escribano<sup>a</sup> y D. Trifu<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Sección de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares. Madrid. España.

<sup>b</sup>Departamento de Medicina. Universidad de Alcalá de Henares. Alcalá de Henares. Madrid. España.

## Palabras Clave:

- Obesidad
- Estilo de vida
- Abordaje integral

## Keywords:

- Obesity
- Lifestyle
- Comprehensive approach

## Resumen

**Introducción.** La obesidad es un grave problema de salud universal con creciente desarrollo en todos los países y que genera elevados costes sociosanitarios. Se estima que afecta a 1,5 billones de personas en el planeta, aumentando progresivamente en los últimos años la prevalencia en la edad infantil, lo cual condiciona el nivel de salud en la etapa adulta. Tener un índice de masa corporal (IMC) elevado es un importante factor de riesgo de presentar enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus, enfermedades del aparato locomotor y algunos tipos de cáncer.

**Tratamiento.** El abordaje terapéutico de la obesidad debe ser integral, atendiendo a modificaciones del estilo de vida que incluyan cambios en la alimentación y el ejercicio físico, con la ayuda de un soporte psicológico y en algunas ocasiones el apoyo farmacológico. En casos de obesidad mórbida la cirugía bariátrica ha demostrado ser eficaz. Sin embargo, no debemos olvidar que el mejor tratamiento es su prevención.

## Abstract

### Treatment of obesity

**Introduction.** Obesity is a serious universal health problem with growing development in all countries that generates high socio-health costs. It is estimated that affects to 1.5 billion people in the planet increasing progressively in recent years the prevalence in the child age conditioning the level of health in adulthood. Having a high BMI is an important risk factor for cardiovascular disease, diabetes mellitus, diseases of the musculoskeletal system and some types of cancer.

**Treatment.** The therapeutic approach to Obesity should be comprehensive, taking into account changes in lifestyle that include variations in diet and physical exercise, with the help of psychological support and in some circumstances pharmacological assistance. In cases of morbid obesity bariatric surgery has proved to be effective. However, we must not forget that the best treatment is prevention.

## Introducción

La obesidad es un grave problema de salud universal con creciente desarrollo en todos los países. Tiene un impacto negativo en la morbimortalidad de los pacientes, deteriora su calidad de vida y genera elevados costes sociosanitarios. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la obesidad se define como una acumulación anormal y excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. Esta descripción sería posteriormente corroborada por la Sociedad Española para el Estudio

de la Obesidad (SEEDO), que la interpreta como una enfermedad crónica multifactorial que se caracteriza por el exceso de grasa corporal, fruto de la interacción entre genotipo y ambiente<sup>1</sup>. Esta misma organización comunica que en el año 2014, más de 1.900 millones de adultos de 18 o más años de edad tenían sobrepeso, de los cuales, más de 600 millones eran obesos, lo que supone alrededor del 13% de la población adulta mundial (un 11% de los hombres y un 15% de las mujeres). Según las estimaciones de la OMS, unos 41 millones de niños menores de cinco años tenían sobrepeso o eran obesos. En África, desde el año 1990 se han duplicado las cifras de niños obesos, siendo en la actualidad 10,6 millones los pacientes obesos. En ese mismo año, cerca de la mitad de los niños menores de cinco años con sobrepeso u obesidad vivían en Asia<sup>2</sup>.

\*Correspondencia

Correo electrónico: julia.alvarez@movistar.es

Cambios en el sistema agrícola, crecimiento de sectores modernos de servicios minoristas y mayoristas en todas las regiones y países, cambios en la tecnología que afectan a la actividad e inactividad física, acceso a los medios de masas, la urbanización y la penetración de los sistemas modernos de alimentación en todas las sociedades que tienen como resultado cambios en la dieta (aumento de los hidratos de carbono refinados, edulcorantes añadidos, aceites comestibles y alimentos de origen animal y leguminosas reducidos, otros vegetales y frutas) parecen ser responsables directos o indirectos de estas cifras que marean por su magnitud<sup>3</sup>.

## Estadificación de la obesidad

Pese a que en el siglo XVIII comenzaron a publicarse las consecuencias deletéreas de la obesidad en la literatura médica, no fue hasta principios del siglo XX cuando se generó la alarma social sobre las graves implicaciones de la obesidad. Así, a lo largo de la historia han surgido distintas clasificaciones para intentar agrupar a los sujetos con obesidad en diferentes estratos de riesgo. A continuación, se describen detalladamente las más relevantes.

### Según la epidemiología

En función de la edad de presentación, podemos hablar de una obesidad infantil, cuando se presenta en niños y adolescentes, y una obesidad del adulto. Según datos del estudio ENRICA<sup>4</sup>, la prevalencia de la obesidad en el adulto en España era del 24,4% en hombres y el 21,4% en mujeres, con una frecuencia global del 22,9%. En la población pediátrica, las cifras también han ido aumentando preocupantemente; así el estudio ALADINO<sup>5</sup>, detectó en España un 26,2% de niños (25,7% niñas y 26,7% niños) con sobrepeso y un 18,3% con obesidad (15,5% niñas y 20,9% niños). En esta población, se recomiendan las tablas de referencia de crecimiento de Cole y colaboradores, según edad y sexo, para la determinación del exceso de grasa corporal, que sitúan al sobrepeso y a la obesidad por encima del percentil 85 y 90 respectivamente<sup>6</sup>.

### Según el índice de Quetelet o índice de masa corporal

El índice de masa corporal (IMC) se define como el peso medido en kg dividido por la altura al cuadrado expresada en m (IMC =  $p/h^2$  kg/m<sup>2</sup>). En función del IMC, se pueden establecer distintas categorías de sobrepeso y obesidad que aparecen referenciadas en las tablas 1 y 2<sup>7,8</sup>. Aunque, a nivel individual, no se corresponde necesariamente con la composición corporal, se correlaciona fuertemente con el grado de adiposidad en la mayoría de la población. Es el parámetro de elección para el diagnóstico de la obesidad ya que es rápido, sencillo, barato y reproducible. No obstante, no debe utilizarse de forma aislada porque puede llevar a una aproximación inadecuada del paciente (sobrestima en personas con masa muscular elevada, como deportistas, e infraestima en ancianos en el contexto de sarcopenia). Otra de sus limitaciones es que,

TABLA 1

**Clasificación de la Organización Mundial de la Salud según índice de masa corporal**

Condición	Grado de obesidad	IMC (kg/m <sup>2</sup> )
Bajo peso		< 18,5
Normopeso		18,5-24,9
Sobrepeso		25-29,9
Obesidad	Grado I	30-34,9
	Grado II	35-39,9
	Grado III	> 40

TABLA 2

**Clasificación de la SEEDO según índice de masa corporal**

Categoría	Valores límite del índice de masa corporal (kg/m <sup>2</sup> )
Peso insuficiente	< 18,5
Normopeso	18,5-24,9
Sobrepeso grado I	25,0-26,9
Sobrepeso grado II (preobesidad)	27,0-29,9
Obesidad tipo I	30,0-34,9
Obesidad tipo II	35,0-39,9
Obesidad tipo III (mórbida)	40,0-49,9
Obesidad tipo IV (extrema)	≥ 50

SEEDO: Sociedad Española para el estudio de la obesidad.

al no representar el patrón de distribución de grasa corporal, no guarda una relación tan estrecha con el riesgo cardiovascular (RCV), de manera que algunos individuos clasificados como normopeso según el IMC tendrían el RCV aumentado por presentar una obesidad de predominio troncular<sup>9</sup>.

### Según el porcentaje de grasa corporal

El porcentaje de grasa corporal se describe en términos de composición corporal del individuo, como la proporción de masa grasa respecto al resto de compartimentos y, para su determinación, sería necesaria la realización de una bioimpedanciometría. Determinamos presencia de obesidad cuando el porcentaje de grasa se sitúa por encima de valores del 33% en mujeres y del 25% en hombres, y consideramos límite normal y límite en varones entre 12-20% y 21-25% respectivamente<sup>7</sup>. Por razones obvias, es la medida que mejor se asocia con el nivel de adiposidad real del sujeto. Sin embargo, la escasa disponibilidad de estas técnicas se convierte en un inconveniente para estandarizar la valoración del paciente obeso.

### Según el patrón graso de distribución corporal

Dependiendo de dónde se localice topográficamente el exceso de tejido adiposo, podemos hablar de un patrón androide o «tipo manzana» y un patrón ginoide o «tipo pera» (fig. 1). En el patrón androide, el aumento de masa grasa se sitúa sobre todo en el tren superior, acumulándose preferencialmente en la región abdominal. Por el contrario, en el patrón ginoide, el exceso de grasa se acumula mayoritariamente en la zona

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5681268>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5681268>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)