

<https://doi.org/10.48061/SAN.2024.25.4.157>

LA NECESIDAD DE UNA NUEVA PERSPECTIVA EN MEDICINA DE PRECISIÓN EN OBESIDAD. COMENTARIOS DE LA PUBLICACIÓN “A NEW FRAMEWORK FOR THE DIAGNOSIS, STAGING AND MANAGEMENT OF OBESITY IN ADULTS”

THE NEED FOR A NEW PERSPECTIVE IN PRECISION MEDICINE IN OBESITY. COMMENTS ON THE PUBLICATION “A NEW FRAMEWORK FOR THE DIAGNOSIS STAGING AND MANAGEMENT OF OBESITY IN ADULTS”

Vanesa Anger^{1,4}, María del Pilar Quevedo^{2,4} y Gustavo Frechtel^{3,4}

¹ Médica de planta División Nutrición. Hospital de Clínicas José de San Martín.

² Jefa de la División Nutrición. Hospital de Clínicas José de San Martín.

³ Director Asociado del Departamento de Docencia e Investigación del Hospital de Clínicas José de San Martín.

⁴ Miembro Titular de la Sociedad Argentina de Nutrición.

Correspondencia: Vanesa Anger

E-mail: veanger@gmail.com

Presentado: 04/11/24. Aceptado: 24/12/24

RESUMEN

En los últimos años, diversas organizaciones y sociedades científicas nacionales e internacionales han reconocido y declarado a la obesidad como enfermedad. Sin embargo, desde las políticas sanitarias públicas y privadas su falta de reconocimiento como tal, restringe el acceso de la población al diagnóstico y tratamiento.

En este camino, la Asociación Europea para el Estudio de la Obesidad (EASO) dio a conocer los lineamientos de la nueva definición de la obesidad, contemplando su diagnóstico, estadificación y manejo.

Es oportuno reconocer a la obesidad como una enfermedad en sí misma y no un mero factor de riesgo de otras enfermedades. Lógicamente, esta se desprende que patologías tales como diabetes hipertensión y algunos tipos cánceres tienen su base fisiopatológica en la adiposopatía, lo que relaciona al concepto de obesidad propuesto por la Asociación Americana de Endocrinología Clínica –ABCD, Adiposity Based Chronic Disease–. Limitar la interpretación de la obesidad a un simple factor de riesgo restringe su abordaje.

Nuestro objetivo es resumir esta nueva propuesta algorítmica realizada por EASO, la cual representa un primer paso hacia la publicación del documento definitivo de la Comisión de Lancet en Obesidad Clínica estimada para el año 2025.

ABSTRACT

In recent years, different national and international organizations and scientific societies have recognized and declared obesity as a disease. However, from public and private health policies, its lack of recognition as such restricts the population's access to diagnosis and treatment.

Along these lines, the European Association for the Study of Obesity (EASO) released the guidelines for the new definition of obesity contemplating its diagnosis, staging and management.

It is timely to recognize obesity as a disease in itself and not a mere risk factor for other diseases. Logically, it follows those pathologies such as diabetes, hypertension and some types of cancer have their pathophysiological basis in adiposopathy, which relates to the concept of obesity proposed by the American Association of Clinical Endocrinology - ABCD, Adiposity Based Chronic Disease. Limiting the interpretation of obesity to a simple risk factor restricts the approach that it warrants.

Our objective is to summarize this new algorithmic proposal made by EASO, which represents a first step towards the publication of the definitive document of the Lancet Commission on Clinical Obesity estimated for the year 2025.

PUNTOS CLAVE

- Identificar a la obesidad como causa de otras enfermedades.
- Diagnosticar la obesidad a través de componente antropométrico y clínico.
- Considerar el índice cintura/talla
- Recomendar modificaciones conductuales para todas las personas con obesidad.
- Proporcionar seguimiento multidisciplinario a largo plazo en todos los pacientes tratados con cirugía bariátrica.
- Considerar fármacos antiobesidad en pacientes con IMC ≥ 25 kg/m² y una relación cintura-altura $> 0,5$ y la presencia de complicaciones médicas, funcionales o psicológicas, independientemente de los valores de corte actuales del IMC.

Un grupo de 29 expertos consensuaron declaraciones en relación con obesidad. Las declaraciones para el diagnóstico, estadificación y manejo de la obesidad que alcanzaron porcentaje de consenso ($> 75\%$), se detallan a continuación:

Diagnóstico clínico y estadificación

1. Basar el diagnóstico de la obesidad en el reconocimiento de un componente antropométrico determinado por acumulación anormal y/o excesiva de grasa) y un componente clínico definido por el análisis de sus efectos presentes y potenciales sobre la salud (96%).
2. Medir la circunferencia de la cintura en cualquier persona con un IMC < 35 kg/m² como marcador de depósito de grasa visceral y mayor riesgo de enfermedad cardiometabólica (96%).
3. Aplicar puntos de corte de IMC específicos de la etnia (100%).
4. Considerar una determinación de la composición corporal y la adiposidad (porcentaje de grasa corporal) por absorciometría de rayos X o, alternativamente impedancia bioeléctrica, cuando el IMC y el examen físico sean ambiguos (75%).
5. Realizar una evaluación sistemática del estado médico, funcional y psicológico (salud mental y comportamiento alimentario patológico) (componente clínico) en cualquier persona con obesidad (92%).
6. Evaluar la presencia de complicaciones médicas y factores de riesgo metabólico de acuerdo con una evaluación diagnóstica sistemática y costo-efectiva (96%).
7. Evaluar el estado funcional de la persona mediante entrevista clínica, cuestionarios para discapacidades relacionadas con la obesidad o pruebas de ejercicio (92%).
8. Realizar una evaluación diagnóstica (fuerza muscular, rendimiento, composición corporal) de la obesidad sarcopénica en caso de síntomas clínicos o de la presencia de factores de riesgo de esta (87%).
9. Asegurar que todas las personas con obesidad se hagan pruebas de detección periódicas de cánceres relacionados con la obesidad (91%).
10. Evaluar los síntomas depresivos y los trastornos de la conducta alimentaria. Considerar el uso de pruebas psicométricas para la detección de los trastornos de la conducta alimentaria (87%).
11. Clasificar la obesidad como una enfermedad crónica y recurrente, de acuerdo con la gravedad de sus complicaciones médicas, mentales y funcionales (96%).

Pilares del tratamiento

12. Organizar un manejo multidisciplinario a largo plazo considerando la obesidad como una enfermedad multifactorial, crónica y recurrente (92%).
13. Recordar que los pilares del tratamiento para el control de la obesidad en adultos son las modificaciones conductuales (incluida la terapia nutricional, la actividad física, la reducción del estrés, la mejora del sueño), la terapia psicológica, los medicamentos para la obesidad y los procedimientos metabólicos/bariátricos (quirúrgicos y endoscópicos) (96%).
14. Recomendar modificaciones conductuales para todas las personas con obesidad (83%).
15. Prescribir, de acuerdo con la ficha oficial de identificación, medicamentos para la obesidad, como complemento de las modificaciones conductuales, en pacientes con un IMC ≥ 30 kg/m² o un IMC ≥ 27 kg/m² con una enfermedad relacionada con la obesidad o complicaciones. Considerar el uso de medicamentos para la obesidad en adultos de ascendencia europea con un IMC ≥ 25 kg/m² y una relación cintura-estatura $> 0,5$ y la presencia de deficiencias o complicaciones médicas, funcionales o psicológicas (83%).

16. Considerar procedimientos bariátricos y metabólicos en individuos con IMC > 40kg/m² o IMC > 35 kg/m² con complicaciones relacionadas a la obesidad o IMC > 30 kg/m² y diabetes tipo 2 mal controlada a pesar de tratamiento médico óptimo (79%).

17. Proveer seguimiento multidisciplinario a largo plazo en todos los pacientes tratados con cirugía bariátrica (96%).

18. Incluir el manejo de las complicaciones relacionadas con la obesidad como parte del manejo integral de la obesidad. Considere la presencia de obesidad y los efectos que los tratamientos pueden tener sobre el peso corporal, la composición corporal o el estado metabólico en la selección de los medicamentos utilizados para tratar las complicaciones relacionadas con la obesidad o enfermedades no relacionadas con la obesidad que ocurren en una persona con obesidad. Preferiblemente, prescribir medicamentos no asociados con el aumento de peso siempre que sea posible (100%).

Objetivos terapéuticos

19. Considerar que el manejo y el tratamiento de la obesidad tienen objetivos más amplios que la sola pérdida de peso e incluyen la prevención, resolución o mejora de las complicaciones relacionadas con la obesidad, una mejor calidad de vida y bienestar mental, y una mejora del funcionamiento y la condición física y social (100%).

20. Definir objetivos terapéuticos personalizados para el manejo de la obesidad en adultos, teniendo en cuenta: (a) Prevención de un mayor aumento de peso y complicaciones relacionadas con la obesidad. (b) Logro y mantenimiento de una pérdida de peso suficiente para prevenir, resolver o mejorar las complicaciones relacionadas con la obesidad y/o mejorar la calidad de vida y/o el bienestar mental y/o mejorar el funcionamiento y la condición física/social (96%).

21. Establecer objetivos terapéuticos al inicio del tratamiento, según la gravedad y estadio de la obesidad, teniendo en cuenta las opciones terapéuticas disponibles, los posibles efectos secundarios y riesgos, y las preferencias del paciente. Discuta con el paciente los factores que impulsan la obesidad y las posibles barreras al tratamiento (impulsores/barreras psicológicas/mentales, mecánicas/funcionales, metabólicas y relacionadas con el estatus socioeconómico) (96%).

22. Enfatizar en la pérdida de peso sostenida, realista y a largo plazo para lograr una reducción de los riesgos para la salud e incluir la promoción del mantenimiento del peso y la prevención de su recuperación. Debido a que la obesidad es una enfermedad crónica, ayudar a las personas con obesidad a comprender que se requieren esfuerzos durante toda la vida para mantener un peso corporal más saludable (96%).

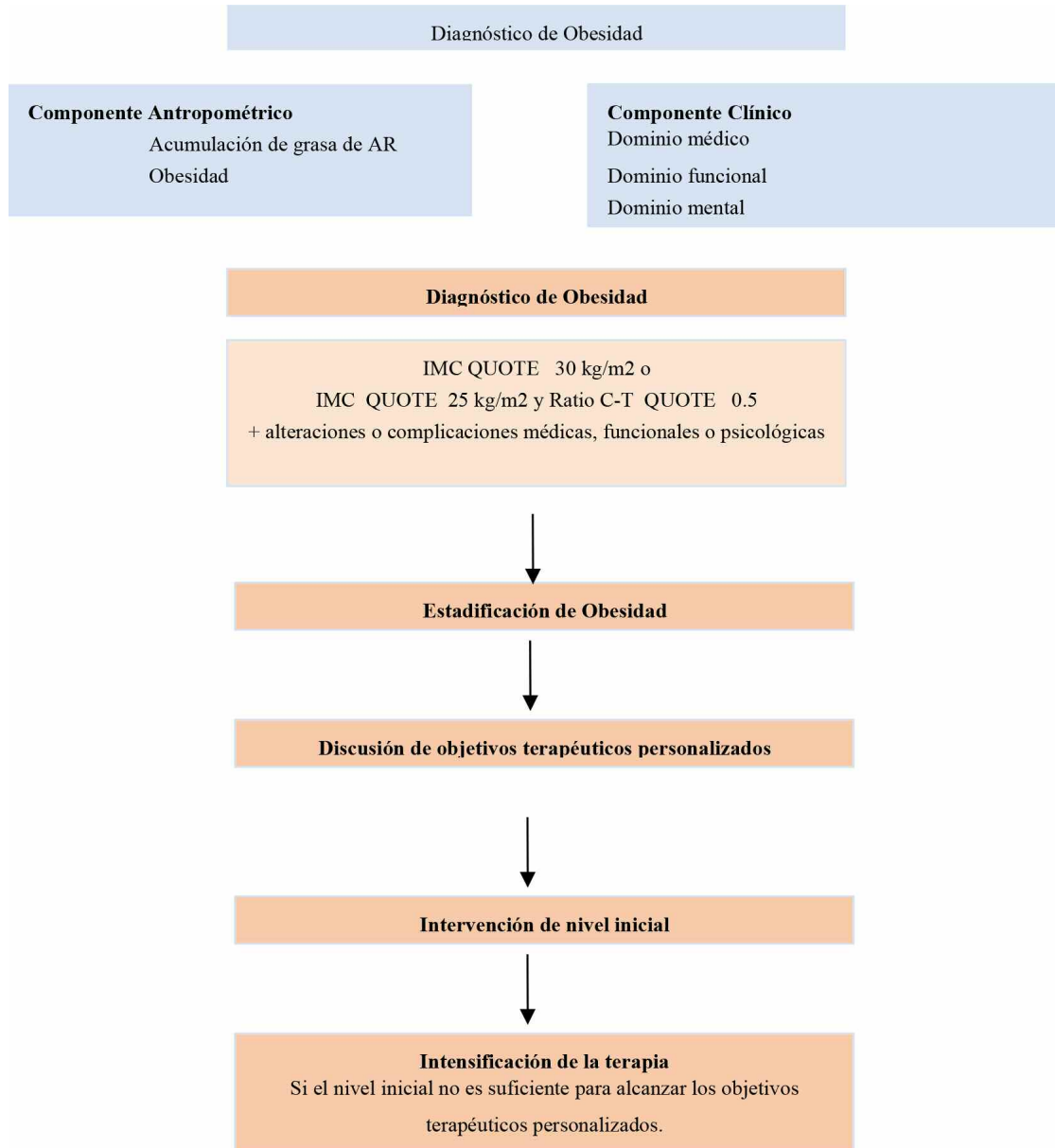
Nivel inicial de intervención

23. Proponer el nivel inicial apropiado de intervención (modificaciones conductuales únicamente, terapia psicológica, medicamentos para la obesidad, procedimientos metabólicos/bariátricos), basado en los objetivos terapéuticos individuales, la gravedad clínica de la obesidad y los tratamientos previos para la obesidad, en lugar de basarse únicamente en parámetros antropométricos (96%).

24. Discutir y acordar con el paciente el nivel inicial apropiado de intervención, teniendo en cuenta los intentos terapéuticos previos y después de una cuidadosa consideración de todas las opciones terapéuticas clínicamente apropiadas (100%).

25. Considerar la intensificación de la terapia o la inclusión de terapias adicionales si el nivel inicial de intervención no es suficiente para lograr los objetivos terapéuticos individuales (96%).

Algoritmo diagnóstico propuesto



En resumen, los puntos clave que dan estructura a este marco son:

1. La obesidad es una enfermedad crónica, compleja, no comunicable basada no solamente en la presencia de una anormal y/o excesiva acumulación de la grasa corporal. El diagnóstico debe incluir un cuidadoso análisis de los efectos presentes y potenciales que esa acumulación excesiva pueda tener en la salud. Los expertos afirman que "la obesidad debe ser considerada como una enfermedad crónica y progresiva que puede transitar con un estadio relativamente asintomático a una fase con deterioro de la salud y en última instancia en una condición potencialmente mortal o incapacitante".
2. Implementación de la relación cintura-talla: Este lineamiento se basa en el componente antropométrico, reconocimiento que IMC no evidencia en forma fidedigna la etiopatogenia. Los valores de corte del IMC no reflejan el rol de la distribución del tejido adiposo ni la severidad de la enfermedad. La acumulación de grasa visceral se asocia a riesgo elevado de enfermedades cardiometabólicas, incluso en personas con IMC > 25-30 kg.m². Los expertos recomiendan "la elección de relación cintura - talla en lugar de la circunferencia de cintura en el proceso diagnóstico debido a su superioridad como marcador de riesgo de enfermedad".
3. Modificación de los puntos de corte terapéuticos del IMC. Considerar ir más allá de los lineamientos actuales terapéuticos establecidos para el índice de masa corporal, proponiendo el uso de fármacos antiobesidad con IMC ≥25 y relación cintura/ talla > 0,5 y deterioro o complicaciones médicas, funcionales o psicológicas.

Estos lineamientos, que se profundizarán en la publicación final de la comisión, prometen una contribución de suma utilidad para el desarrollo de nuevas guías de práctica clínica en obesidad.

Los avances en el conocimiento fisiopatológico de la obesidad considerando como un continuo desde la disfunción del Tejido Adiposo, con el reconocimiento de diferentes fenotipos metabólicos y conductuales que evoluciona hacia la ocurrencia de más de 200 enfermedades, ha puesto en evidencia que resulta incompleto tomar al IMC como único criterio para definir y tratar la enfermedad. Alineado a sociedades científicas Internacionales, la Sociedad Argentina de Nutrición (SAN) en 2021 elaboró un documento de posición considerando a la Obesidad como enfermedad. La SAN buscará consenso para actualizar esta temática a nivel nacional y difundir este nuevo enfoque.

“La presente publicación ha sido realizada en forma independiente por la Sociedad Argentina de Nutrición y ha recibido una contribución económica no condicionada de Novo Nordisk Pharma Argentina S.A.”

Conflictos de interés

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

REFERENCIAS

Busetto, L, Dicker, D, Frühbeck, G. et al. Un nuevo marco para el diagnóstico, estadificación y tratamiento de la obesidad en adultos. Nat Med 30, 2395-2399 (2024). <https://doi.org/10.1038/s41591-024-03095-3>