



CAMBIO EN LA PRÁCTICA ABORDAJE DE LA OBESIDAD

MAYO 2022

Colaboradores: Alejandrina Lo Sasso, Juliana Camoirano, Nicole Crimer

Práctica habitual

El abordaje tradicional de la obesidad en el consultorio implica la medicalización de una situación, independientemente si la persona quiere escuchar ese discurso medicalizante sobre su cuerpo. Muchas veces son las/os pacientes quienes traen este tema a la consulta, adaptando su discurso al pensamiento médico hegemónico consultando porque está "gordo/a", aunque realmente no represente un problema para él/ella.

El exceso de ingesta alimentaria suele ser considerada la principal causa de la obesidad. A su vez, la obesidad es considerada como un factor de riesgo cardiovascular independiente.

Por estos motivos el abordaje tradicional de la obesidad ronda en la restricción alimentaria (ya sea a través de dietas hipocalóricas y/o métodos quirúrgicos), con el supuesto fin de reducir el riesgo cardiovascular de las personas.

¿Qué cambió?

- 1) en el último tiempo la **mirada sobre la persona con obesidad se ha modificado**, dando cuenta del proceso medicalizante que ha sufrido esta situación
- 2) hay evidencia de que **ciertos subgrupos** dentro de los pacientes con obesidad **no pertenecen** a la categoría de **"riesgo cardiovascular aumentado"**
- 3) contamos con **nueva evidencia** para indicar **tratamiento** (liraglutida, bupropion+naltrexona, cirugía bariátrica).

Nuevas recomendaciones

1) La obesidad es de causa multifactorial (genética, metabólica, alimentación, sedentarismo, factores emocionales, etc.) por lo que no debe ser abordada con discursos simplistas ("el problema es la educación", "el problema es la pobreza", "el problema es el consumo", "el problema es la industria alimentaria", etcétera) y debemos tener cautela al momento de atribuir causalidad. Detrás del término obesidad hay una **persona** cuyo cuerpo es gordo u obeso y no necesariamente quiere escuchar ese discurso medicalizante sobre su cuerpo.

2) Entre un **20-40%** de las personas con obesidad **no presentan alteraciones metabólicas**, por lo que no constituyen un grupo de riesgo cardiovascular elevado. Si bien no sería una categoría "segura" o estable, podría ser utilizada como objetivo terapéutico.

Dentro de esta categoría se incluyen las personas con:

- IMC $<40\text{kg}/\text{m}^2$
- Tensión arterial sistólica <130 mmHg sin medicación antihipertensiva
- Sin diabetes
- Con un índice cintura/cadera <1.03 (varones) o < 0.95 (mujeres).

Por otro lado, hay evidencia de que una **reducción del 5-10% del peso** es **clínicamente significativa** para:

- Disminuir la progresión a DBT tipo 2 en personas obesas con intolerancia a la glucosa
- Bajar la presión arterial
- Disminuir el riesgo cardiovascular global.



3) Las medicaciones e intervenciones (asociadas a dieta y actividad física) que cuentan con evidencia para tratar la obesidad son:

Liraglutida: es un análogo de los receptores GLP-1. Existe evidencia proveniente de un ensayo clínico controlado y aleatorizado (ECCA), que demostró la eficacia de su uso para el descenso de al menos 5% del peso corporal (63.2% en el grupo de liraglutida en comparación con el 27,1 % en el grupo de placebo, $p < 0,001$), y al menos 10% (33,1% vs el 10,6% respectivamente, $p < 0,001$). Otro ECCA, demostró que el 85% de los pacientes tratados con liraglutida alcanzaron un descenso de peso mayor al 5% al primer año de tratamiento y lo mantuvieron al segundo año.

Naltrexona+Bupropion: son antagonistas de los receptores μ , K y δ y actúan regulando el hipotálamo (apetito) + efecto DUAL IRSN (recompensa). Un metaanálisis demostró que la combinación de estas drogas fue efectiva para reducir el 5 o 10% del peso versus placebo, en el seguimiento a 56 semanas. El 55% de los pacientes correspondientes a rama intervención presentaron una reducción del 5% del peso inicial vs. el 23% en rama placebo (OR 3.96, con IC 95% 3.0-5.11). El 30% de los participantes de rama intervención mostraron un descenso de al menos 10% de peso, vs 8% en rama placebo (OR 4.11, con IC95% 2.8-6.05).

Cirugía bariátrica: demostró ser efectiva para reducir 25% del peso (que suele sostenerse a los 2 años en aquellos pacientes que realizan cambios de hábitos) y resolver o disminuir comorbilidades en caso de que existieran previamente (diabetes, hipertensión arterial, apnea del sueño, dislipemia).

Aspectos particulares de las opciones terapéuticas

	Indicación y eficacia	Administración y costo*	Contra-indicaciones	Efectos Adversos	Seguimiento
Liraglutida (Saxenda®) No Victoza®	<ul style="list-style-type: none"> • IMC >30 • IMC >27 + comorbilidades 63 de 100 pacientes (vs 27 de 100) reducen 5% del peso 33 de 100 pacientes (vs 10 de 100) reducen 10% del peso	Subcutánea <i>(zonas de inyección: abdomen, parte frontal del muslo, parte superior del brazo).</i> Se inicia con 0.6mg/día, aumentándose 0.6mg c/ semana, hasta llegar a 3mg/día <i>1ra sem: 0.6mg; 2da: 1.2mg; 3ra: 1.8mg; 4ta 2.4mg; 5ta en adelante: 3mg.</i> Costo (abril 2022): \$67.000 sin descuento, \$27.000 con 60% de descuento y \$40.000 con 40%. Las agujas se venden por separado (aprox \$8)	Contraindicaciones: embarazo, lactancia, antecedente de pancreatitis, antecedente personal o familiar de cáncer medular de tiroides. No se recomienda en: IR grave, IH grave, <18 años y >75 años.	Náuseas (45%), vómitos (15%), aumento de la frecuencia cardíaca, hipoglucemia (en aquellos que usan hipoglucemiantes), diarrea, posiblemente pancreatitis.	El objetivo es la disminución mayor o igual a 4-5% del peso entre los 3-6 meses, utilizando la dosis objetivo o la máxima tolerada. Si no se alcanza el objetivo, sería razonable suspenderlo.
Naltrexona + Bupropion	<ul style="list-style-type: none"> • IMC >30 • IMC >27 + comorbilidades 55 de 100 pacientes (vs 23 de 100) reducen 5% del peso 30 de 100 pacientes (vs 8 de 100) reducen 10% del peso	Vía oral Sem 1: 1 comp día Sem 2: 1 comp día + 1 comp noche Sem 3: 2 comp día + 1 comp noche Sem 4 en adelante: 2 comp día + 2 comp noche Costo (abril 2022): \$17370 sin descuento, \$6.948 con descuento del 60%, \$10.422 con descuento del 40%.	Contraindicaciones: Hipersensibilidad, hipertensión no controlada, convulsiones, neoplasia SNC, trastorno bipolar, bulimia, anorexia No se recomienda en: iR grave, IH grave, <18 años y >75 años. Es seguro en pacientes con diagnóstico de depresión sin ideas suicidas	Cefalea, síntomas gastrointestinales, trastornos del sueño.	
Cirugía bariátrica	<ul style="list-style-type: none"> • IMC >40 • IMC >35 + comorbilidades Reduce 25% del peso (suele sostenerse a los 2 años en pacientes que realizan cambios de hábitos) Resuelve o disminuye comorbilidades en caso de que existieran previamente	Luego de una evaluación por el cirujano, nutricionista y equipo de salud mental, se indica una serie de estudios clínicos para valorar el estado nutricional del paciente y se le indica un descenso de peso previo del 5 al 10%. Costo: la cirugía está incluida en el PMO. Debe tenerse en cuenta que el paciente requerirá suplementos vitamínicos "de por vida"	<ul style="list-style-type: none"> • Manga gástrica: reflujo gastroesofágico (30 a 40%), por lo que no se realiza en pacientes con antecedentes de reflujo. Fístula de la manga (<2%) • By pass gástrico: estenosis de la anastomosis (7%, son pacientes que vomitan al alta, se soluciona con endoscopias que dilaten la estenosis). Alejadas: herniaciones internas (<10%). Dumping en pacientes que no cumplen la dieta. 		Los pacientes pasan "de una condición a otra": alimentación en porciones pequeñas, controles periódicos con un nutricionista, además de necesitar tomar suplementos vitamínicos de por vida.

Comorbilidades: Diabetes, Hipertensión, Síndrome Apnea-Hipopnea Obstrutiva del Sueño, Dislipemia. IR: Insuficiencia renal. IH: Insuficiencia hepática

*Sugerimos consultar costos actualizados, por ejemplo en este [link](#).



Aplicación práctica

- 1) Deberíamos dejar de mirar a las personas con obesidad como enfermas o con alto riesgo cardiovascular. Es recomendable evitar intervenir a estas personas desde una mirada médica hegemónica, siendo fundamental indagar sobre sus valores y preferencias.
- 2) Resulta razonable definir estrategias con el objetivo de alcanzar un descenso de peso del 5 a 10% en aquellos pacientes que pertenecen al grupo con riesgo cardiovascular elevado. Si bien esta reducción es la deseable para disminuir el riesgo cardiovascular, el objetivo terapéutico debe ser consensuado con cada paciente, alejándose de metas rápidas o extremas y únicamente relacionadas a la variable peso, sino más bien intentando obtener mejoras integrales: bienestar general, movilidad, buenos hábitos alimentarios, etc.
- 3) Para elegir un tratamiento en la obesidad es fundamental aplicar el modelo de toma de decisiones compartidas. Es necesario conocer las indicaciones y comunicar las ventajas y desventajas de cada opción terapéutica (eficacia, modo de aplicación, efectos adversos, etc.) y explorar qué es lo más importante para ese/a paciente, qué es lo que valora más (que puede diferir de lo que valore el profesional de la salud).

Herramientas

- En la página de GAP encontrarán datos sobre el programa hospitalario "Bajando de peso" y más detalles sobre la interconsulta con cirugía de esófago, estómago y duodeno.
- En el siguiente video encontrará las indicaciones de cómo aplicar liraglutida: <https://youtu.be/P5P9Mr7uM20>

Bibliografía:

PI-SUNYER ET AL. A RANDOMIZED, CONTROLLED TRIAL OF 3.0 MG OF LIRAGLUTIDE IN WEIGHT MANAGEMENT. *N ENGL J MED* 2015; 373:11-22 DOI: 10.1056/NEJMOA1411892

ASTRUP, A ET AL. SAFETY, TOLERABILITY AND SUSTAINED WEIGHT LOSS OVER 2 YEARS WITH THE ONCE-DAILY HUMAN GLP-1 ANALOG, LIRAGLUTIDE. *INT J OBES* 36, 843-854 (2012).
[HTTPS://DOI.ORG/10.1038/IJO.2011.158](https://doi.org/10.1038/IJO.2011.158)

[HTTPS://WWW.ARGENTINA.GOB.AR/SITES/DEFAULT/FILES/EFFECTIVIDAD-NALTREXONA-BUPROPION-TRATAMIENTO-OBESIDAD.PDF](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/efectividad-naltrexona-bupropion-tratamiento-obesidad.pdf)