

Obesidad

Enfermedad crónica, multifactorial y neuroconductual, donde se presenta incremento en la grasa corporal provocando la disfunción del tejido adiposo y alteración en las fuerzas físicas de la grasa corporal. México ocupa el 2º lugar a nivel mundial.

FISIOPATOLOGÍA

Desequilibrio energético (mayor ingesta y menor gasto) > provocando un estado de inflamación crónica (hiperplasia e hipertrofia de adipocitos)

EPIDEMIOLOGÍA

- Principal factor de riesgo modificable (Cardiopatías, DM, y cáncer)
- 90% de los casos de DM se pueden atribuir a la obesidad
- Prevalencia en mujeres 75%, hombres 69%

Fármacos asociados a ganancia de peso

- Glucocorticoides (prednisona)
- Antipsicóticos de segunda generación
- Antidepresivos
- Agentes hormonal
- beta bloqueadores

CIRCUNFERENCIA DE CINTURA

- Aumenta el riesgo de obesidad H > 90 cm, M > 80 cm
- Circunferencia H > 102 cm, M > 88 cm, se asocia a desarrollo de enfermedades independientes al IMC

TX NO FARMACOLOGICO

- Dieta 1200 kcal (DASH, MEDITERRÁNEA)
- Ejercicio 30 min 5-7 veces a la semana
- Terapia conductual

Falla del tx no farmacológico (dieta + ejercicio + cambios del estilo de vida) >> ***no hay pérdida del 5% de peso inicial en 3 a 6 meses***

TX FARMACOLÓGICO

Indicaciones

Falla al tx no farmacológico

IMC > 30 o > 27 con comorbilidades

- **Orlistat 120 mg 3 veces al día (genera diarrea y dolor abdominal)**
- Liraglutide 0.6 mg A 3 mg día (se une al receptor GLP1)
- Fentermina / Topiramato 3.75 por 12 semanas (puede generar abuso y enf coronarias)
- Lorcaserina 10 mg c/12 hs

R

Se sugiere utilizar liraglutide vía subcutánea en el abdomen, muslo o brazo, en pacientes adultos con obesidad y DM2, a una sola dosis diaria de 0.6 mg durante una semana. Se puede incrementar la dosis en intervalos semanales de 1.2, 1.8 o 2.4 mg hasta llegar a la dosis recomendada de 3 mg.

CIRUGÍA BARIÁTRICA

Cuadro 4. Criterios de selección de los pacientes para cirugía bariátrica

A. IMC mayor o igual a 40
B. IMC mayor o igual a 35, más cualquiera de las siguientes condiciones:
<ul style="list-style-type: none">• Enfermedad cardiaca (enfermedad coronaria, hipertensión pulmonar, falla cardiaca congestiva y cardiomiopatía)• Diabetes Mellitus tipo 2• Apnea obstructiva del sueño y otras enfermedades respiratorias (asma crónica, síndrome de obesidad hipoventilación, síndrome de Pickwick)• Pseudotumor cerebri• Enfermedad por reflujo gastroesofágico• Hipertensión• Dislipidemia• Enfermedad articular o discopatía que interfiera con las actividades de la vida diaria

Se sugiere cirugía bariátrica en px entre **18-65 años** con **obesidad** de larga evolución (**3-5 años**) y con **fracaso** al tx **médico** por un especialista durante 6 meses

- Hemoglobina glucosilada < 8
- Valoración por cardio
- Pérdida de peso 6-10 % en 6 a 12 meses
- Dieta 600 KCAL 4 semanas antes
- Evaluación: nutrición, endocrino, psicólogo y psiquiatra

Cuadro 5. Criterios de exclusión de la cirugía bariátrica

IMC < 35 Kg/m ²
Edad < 18 o > 65 años
Una condición médica que hace que la cirugía sea de alto riesgo
Salud mental inestable
Estilo de vida no tratado u optimizado o tratamientos médicos
Un historial de incumplimiento con el estilo de vida, médico o intervenciones en la salud mental
Embarazo, lactancia o plan de embarazo en 2 años y de potencial manejo quirúrgico
Falta de acceso seguro a la cavidad abdominal o tracto gastrointestinal
Fumadores (todos los fumadores sin importar su estado de peso debe dejar de fumar, por lo menos 8 semanas antes de la cirugía como un objetivo del manejo del factor de riesgo; todos los pacientes deben ser alentados a seguir siendo no fumadores y participar en programas del cese de tabaquismo)

EFFECTOS EN COMORBILIDADES (remisión > 2 años)

- DM2
- Hipertensión
- Hipertrigliceridemia y colesterol HDL bajo
- Apnea del sueño

- Sx de obesidad-hipoventilación

3 PROCEDIMIENTOS de cx bariatrica

Restrictivos

- Banda gástrica ajustable (pérdida de peso 47.5%)
- Mang gástrica (pérdida de peso 55%)
- Complicaciones: sangrado y fístula

Malabsortivas

- Derivación biliopancreática con cruce duodenal (pérdida de peso 70%)
- Complicaciones: úlcera marginal, diarrea y esteatorrea, estenosis malnutrición

Combinado MÁS RECOMENDADO

- **Derivación gastro-yejunal en Y de Roux** (bypass gástrico) (pérdida de peso 63%)
- Complicaciones: sangrado, fístula, estenosis

SEGUIMIENTO CON

- Especialista en nutrición
- Cita con endocrinólogo
- Proteína 60 gr/día en las primeras 2 semanas posterio 1.5 gr/kg/día
- Evitar dulces en Y de Roux por sx de dumping (vaciamiento gástrico rápido)
- Suplementar con hierro, B12, B1 y Calcio
- Ejercicio aeróbico 150-300 min a la semana