

La obesidad como estigma: su abordaje integral. ¿Qué hay de nuevo?



Ministerio de Salud
Argentina

María Alejandra Alcuaz
Dirección Nacional de Abordaje Integral de las
Enfermedades No Transmisibles
Ministerio de Salud de la Nación

La obesidad

Problema de salud metabólico, prevenible, heterogéneo, estigmatizado y crónico, de origen multifactorial, caracterizado por el aumento de la grasa corporal cuya distribución y magnitud puede condicionar la salud de la persona. (fuente: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/149403041>)

ESTRÉS
HIPOTALÁMICAS
INMOVILIZACIÓN
PSICOSOCIALES
ENDÓCRINAS genéticas
ENTORNOS
MEDICAMENTOS
METABÓLICAS
AMBIENTALES ALIMENTACIÓN
SEDENTARISMO

ENTORNOS

URBANIZACIÓN

GLOBALIZACIÓN

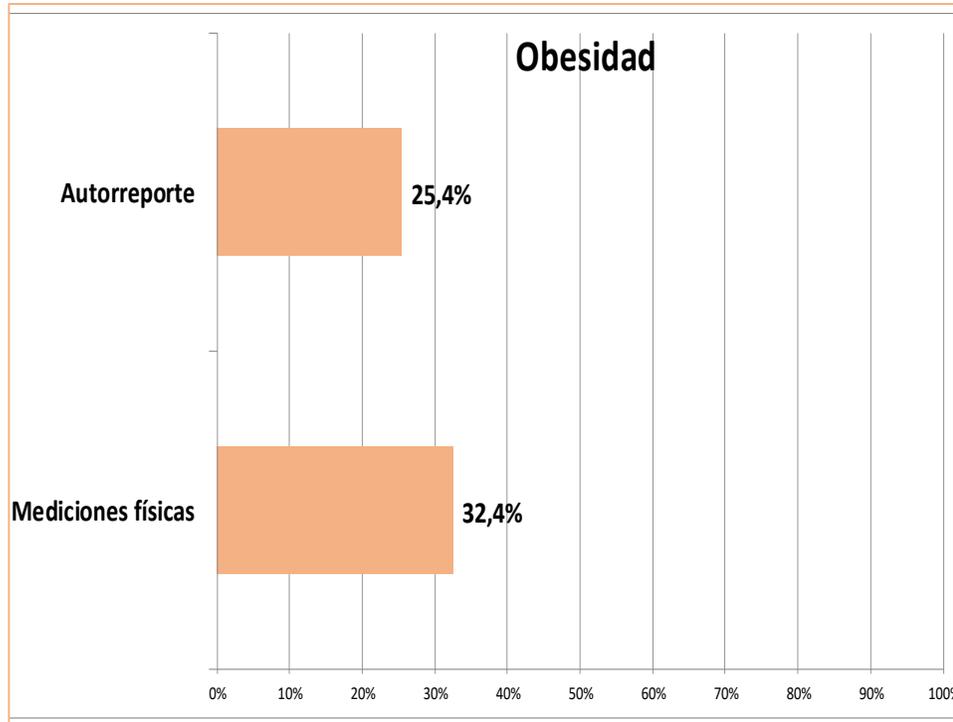


NUEVAS
TECNOLOGÍAS

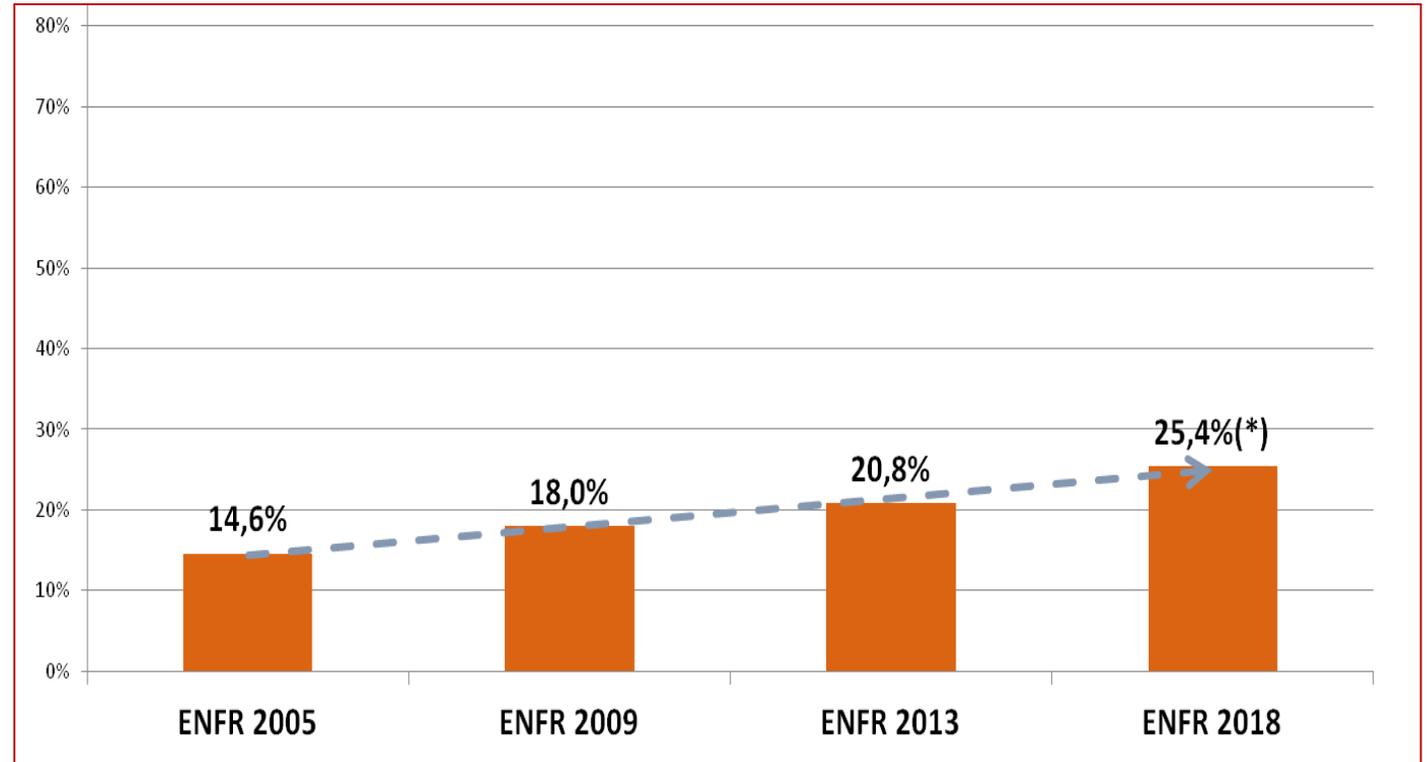


Prevalencia nacional

Prevalencia por mediciones.
ENFR 2018



Prevalencia por autorreporte.
Comparación ENFR 2005 - 2018



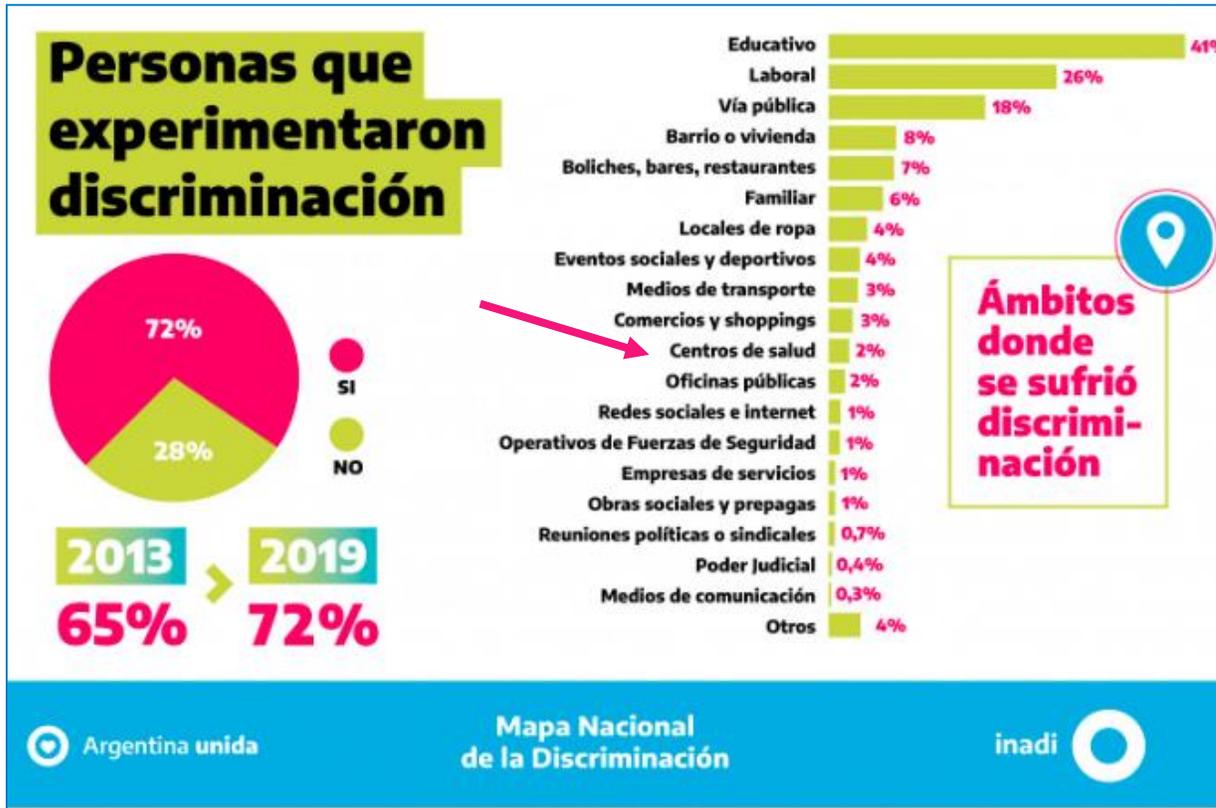
fuelle:4° Encuesta Nacional de Factores de Riesgo. Resultados definitivos. Octubre de 2019.

https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-01/4ta-encuesta-nacional-factores-riesgo_2019_principales-resultados.pdf (accessed April 2, 2023)

ESTIGMA y SESGO DE PESO

El sesgo de peso se define como actitudes negativas y creencias sobre otredades por su peso, pudiendo conducir al estigma de la obesidad.

Estigma: signo social o etiqueta colocada en una persona que es víctima de un prejuicio.



¿Qué tipos de discriminación ocurren en los principales ámbitos?

	EDUCATIVO	VÍA PÚBLICA	LABORAL	BOLICHES/ BARES	MEDIOS DE TRANSPORTE
1º	Cuestiones estéticas	Situación de pobreza	Género	Cuestiones estéticas	Personas con discapacidad
2º	Personas Gordas	Color de piel	Situación de pobreza	Vestimenta	Situación de pobreza
3º	Situación de pobreza	Cuestiones estéticas	Cuestiones estéticas	Color de piel	Personas Gordas

Argentina unida Mapa Nacional de la Discriminación

Fuente: <https://www.argentina.gob.ar/inadi/mapa-nacional-de-la-discriminacion>

Guía de practica clínica nacional

Recomendación 1. Se recomienda que en el abordaje de la obesidad en personas adultas se implementen intervenciones para reducir el sesgo de peso y el estigma.

El estigma puede clasificarse

- Estructural
- Interpersonal
- Internalizado

Para reducir el estigma estructural sugiere:

- a. Mejorar la comunicación y el trato hacia las personas: utilizando un lenguaje respetuoso e imágenes no estigmatizantes
- b. Contar con instalaciones y equipamientos inclusivos

Guía de practica clínica nacional sugiere

Para reducir el estigma interpersonal:

- a. Establecer una comunicación respetuosa y empática
- b. Indagar sobre el motivo de consulta y explorar todas las causas posibles del problema que presenta, evitando suponer que en cualquier caso es el resultado del peso corporal.
- c. Preguntar a la persona si desea hablar de su peso y si desea pesarse o realizar otras mediciones.
- d. Brindar información sobre la multicausalidad que origina la obesidad.
- e. Enfocar la educación de la persona en estilos de vida saludable (en lugar de concentrarse en la pérdida de peso) consensuando metas alcanzables y sostenibles.

Para reducir el estigma internalizado:

Evaluar la angustia psicosocial, como baja autoestima, burlas y acoso y ofrecer una interconsulta con salud mental cuando se requiera para su abordaje contemplando la complejidad de la problemática.

Guía de practica clínica nacional sugiere

Recomendación 5. Realizar una evaluación integral y respetuosa, con previo consentimiento, para confirmar o descartar su presencia, detectar causas y consecuencias en el plano físico, psicológico y social y evaluar el deseo y la posibilidad de la persona para realizar un tratamiento.

Recomendación 6. En el marco de la evaluación integral, se sugiere utilizar el índice de masa corporal (IMC) y la circunferencia de cintura para estimar la adiposidad.

Le invitamos a opinar

Usted considera que el IMC presenta:

- **ALTA sensibilidad y ALTA especificidad**
- **BAJA sensibilidad y BAJA especificidad**
- **BAJA sensibilidad pero ALTA especificidad** (muchas personas con obesidad quedan sin detectar)
- **ALTA sensibilidad pero BAJA especificidad** (muchas personas diagnosticadas con obesidad NO presentan exceso de adiposidad)

Sensibilidad (S) y Especificidad (E) del IMC

En personas de sexo femenino, usando puntos de corte de 25 a 30, el IMC mostró:

- **S: 51,4%** (IC95% 38,5% a 64,2%). *CERTEZA EN LA EVIDENCIA BAJA por inconsistencia e imprecisión (intervalo de confianza amplio).*
- **E: 95,4%** (IC95% 90,7% a 97,8%). *CERTEZA EN LA EVIDENCIA alta.*

En personas de sexo masculino, usando puntos de corte de 25 a 30 el IMC mostró:

- **S: 49,6%** (IC95% 34,8% a 64,5%). *CERTEZA EN LA EVIDENCIA BAJA por inconsistencia e imprecisión (intervalo de confianza amplio).*
- **E: 97,3%** (IC95% 92,1% a 99,1%). *CERTEZA EN LA EVIDENCIA alta*

fuentes: Sommer I, Teufer B, Szelag M, Nussbaumer-Streit B, Titscher V, Klerings I, Gartlehner G.. The performance of anthropometric tools to determine obesity: a systematic review and meta-analysis. Sci Rep; 2020;10:12699.

IMC: riesgos asociados a su incremento

Un IMC igual o mayor a 25, comparado con IMC de 20 a <25, se asocia a un riesgo aumentado de mortalidad total:

- para **sobrepeso** (IMC 25 a <30) el riesgo fue 11% mayor: Hazard Ratio (**HR**) **1,11** (IC95% 1,10 a 1,11; p<0,05),
- **obesidad grado I** (IMC 30 a <35) el riesgo fue 44% mayor: **HR 1,44** (IC95% 1,41 a 1,47; p<0,05),
- **obesidad grado II** (IMC 35 a <40) el riesgo fue 92% mayor: **HR 1,92** (IC95% 1,86 a 1,98; p<0,05),
- **obesidad grado III** (IMC 40 a <60) el riesgo fue 171% mayor: **HR 2,71** (IC95% 2,55 a 2,86 p<0,05).

Tomando como referencia un IMC <25, la presencia de obesidad (IMC ≥30)

- se asocia a un riesgo incrementado de **artrosis de rodilla: OR 3,91** (IC95% 3,32 a 4,56);
- se asocia a un riesgo aumentado de **HTA: RR 1,50** (IC95% 1,40 a 1,59) por cada 5 unidades de incremento del IMC.

En personas SIN factores de riesgo asociados ("metabólicamente sanas"), tener obesidad:

- se asocia a un riesgo aumentado de **mortalidad CV: Riesgo Relativo (RR) 2,22** IC95% (0,96 a 5,11),
- se asocia a un riesgo aumentado de **mortalidad total: RR 1,22** (IC95% 1,02 a 1,46),
- se asocia a un riesgo aumentado de **ECVM: RR 1,58** (IC95% 1,34 a 1,85),

Fuente: Global BMI Mortality Collaboration, Di Angelantonio E, Bhupathiraju ShN, Wormser D, Gao P, Kaptoge S, Berrington de Gonzalez A et al.. Body-mass index and all-cause mortality: individual participant- data meta-analysis of 239 prospective studies in four continents. *The Lancet*; 2016.

Muthuri SG, Hui M, Doherty M, Zhang W. What if we prevent obesity? Risk reduction in knee osteoarthritis estimated through a meta-analysis of observational studies. *Arthritis Care Res (Hoboken)*; 2011.

Zhou W, Shi Y, Li YQ, Ping Z, Wang C, Liu X et al. Body mass index, abdominal fatness, and hypertension incidence: a dose-response meta-analysis of prospective studies. *J Hum Hypertens*; 2018.

Opio J, Croker E, Odongo GS, Attia J, Wynne K and McEvoy M. Metabolically healthy overweight/obesity are associated with increased risk of cardiovascular disease in adults, even in the absence of metabolic risk factors: A systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies. *Obes Rev*; 2020.

Impacto de la obesidad desde la perspectiva de pacientes

En relación a la calidad de vida relacionada con la salud

¿En cual de las siguientes dimensiones piensa que un mayor número de personas con obesidad manifestaron tener problemas?

- **Cuidado personal** (lavarse o vestirse)
- **Actividades cotidianas** (trabajar, estudiar, hacer tareas domesticas, actividades recreativas)
- **Movilidad**
- **Dolor-malestar**
- **Ansiedad-depresión**

Impacto de la obesidad desde la perspectiva de pacientes (ENFR 2018)

En relación a su movilidad, ¿en el día de hoy...

...no tiene problemas para caminar?

...tiene algunos problemas para caminar?

...no puede caminar?

MOVILIDAD.	OR	IC95%
IMC < 25	1	
IMC ≥ 25 y < 30	1,38	1,26 a 1,51
→ IMC ≥ 30 y < 35	2,14	1,93 a 2,36
IMC ≥ 35 y < 40	2,39	2,07 a 2,76
→ IMC ≥ 40	4,15	3,46 a 4,99

Fuente: Latorraca, M.. Informe sobre obesidad y calidad de vida en base al análisis de los datos de la ENFR 2018. Area de cuidados integrales en los servicios de salud. Dirección Nacional de abordaje integral de las enfermedades no transmisibles. Ministerio de Salud. Argentina.

Impacto de la obesidad desde la perspectiva de pacientes

Tener problemas o ser incapaz de lavarse o vestirse solo

Tener problemas o es incapaz realizar sus actividades cotidianas (trabajar, estudiar, tareas domésticas, actividades familiares o actividades recreativas)

CUIDADO PERSONAL:	OR	IC95%
IMC < 25	1	
IMC ≥ 25 y < 30	1,17	0,99 a 1,38
→ IMC ≥ 30 y < 35	1,67	1,39 a 2,01
IMC ≥ 35 y < 40	1,71	1,31 a 2,25
→ IMC ≥ 40	3,12	2,29 a 4,27
ACTIVIDADES COTIDIANAS.		
IMC < 25	1	
IMC ≥ 25 y < 30	1,28	1,15 a 1,43
→ IMC ≥ 30 y < 35	1,79	1,58 a 2,02
IMC ≥ 35 y < 40	2,05	1,72 a 2,44
→ IMC ≥ 40	3,38	2,73 a 4,20

Tener dolor/malestar moderado o mucho dolor/malestar

Sentirse moderadamente o muy ansioso o deprimido

DOLOR – MALESTAR.	OR	IC95%
IMC < 25	1	
IMC > 25 y < 30	1,26	1,18 a 1,34
→ IMC > 30 y < 35	1,77	1,64 a 1,91
IMC > 35 y < 40	1,89	1,68 a 2,12
→ IMC > 40	2,63	2,23 a 3,10
ANSIEDAD – DEPRESIÓN.		
IMC < 25	1	
IMC > 25 y < 30	0,96	0,89 a 1,04
→ IMC > 30 y < 35	1,13	1,03 a 1,23
IMC > 35 y < 40	1,17	1,02 a 1,35
→ IMC > 40	1,65	1,37 a 1,99

Fuente: Latorraca, M. Informe sobre obesidad y calidad de vida en base al análisis de los datos de la ENFR 2018. Área de cuidados integrales en los servicios de salud. Dirección Nacional de abordaje integral de las enfermedades no transmisibles. Ministerio de Salud. Argentina.

Tratamiento

Recomendación 7. En personas con obesidad que deseen iniciar tratamiento, se recomienda ofrecer **intervenciones multicomponente** que incluyan

❖ **terapia nutricional,**

❖ **actividad física e**

❖ **intervenciones comportamentales**

ya que probablemente sean efectivas para **reducir el peso corporal, el riesgo de desarrollar diabetes y la mortalidad**, comparadas con el cuidado habitual.

Idealmente por equipo interdisciplinario que incluya nutricionista y profesional del ejercicio.

Fuente: 1. Singh N, et al. BMJ Open 2019;9:e029966. doi:10.1136/bmjopen-2019-029966

2. LeBlanc ES, Patnode CD, Webber EM, Redmond N, Rushkin M, O'Connor EA. Behavioral and Pharmacotherapy Weight Loss Interventions to Prevent Obesity-Related Morbidity and Mortality in Adults: Updated Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. JAMA. 2018 Sep 18;320(11):1172-1191. doi: 10.1001/jama.2018.7777. PMID: 30326501.

Tratamiento. Recomendaciones 8 a 15

❖ terapia nutricional

Balanceada en macronutrientes
A base de alimentos frescos y alimentos con bajo grado de procesamiento
Frutas, vegetales, frutos secos, pescado, huevo, semillas, cereales integrales
Tener en cuenta gustos, preferencias, cultura y disponibilidad regional

❖ actividad física

150-300 min de AF aeróbica de intensidad moderada
En quienes ya lo realicen, sugerir aumentar tiempo intensidad o frecuencia
Complementar con 2 estímulos semanales de ejercicios de fuerza
Comenzar de a poco. Adecuar el plan al nivel de AF y condiciones de salud
Reducir / interrumpir el comportamiento sedentario

❖ intervenciones comportamentales

Ejemplos: intervención breve, entrevista motivacional.
Cualquier integrante del equipo de salud entrenado
Presencial, virtual o mixto
Individual o grupal
A mayor numero de sesiones, mayores beneficios

❖ sueño

Dormir 7-8hs por día
Probablemente contribuya al descenso de peso
Probablemente reduzca los eventos cardiovasculares mayores y la mortalidad

Tratamiento

❖ terapia nutricional

Balanceada en macronutrientes
A base de alimentos frescos y alimentos con bajo grado de procesamiento
Frutas, vegetales, frutos secos, pescado, huevo, semillas, cereales integrales
Tener en cuenta gustos, preferencias, cultura y disponibilidad regional

❖ actividad física

150-300 min de AF aeróbica de intensidad moderada
En quienes ya lo realicen, sugerir aumentar tiempo intensidad o frecuencia
Complementar con 2 estímulos semanales de ejercicios de fuerza
Comenzar de a poco. Adecuar el plan al nivel de AF y condiciones de salud
Reducir / interrumpir el comportamiento sedentario

❖ intervenciones comportamentales

Ejemplos: intervención breve, entrevista motivacional.
Cualquier integrante del equipo de salud entrenado
Presencial, virtual o mixto
Individual o grupal
A mayor numero de sesiones, mayores beneficios

❖ sueño

Dormir 7-8hs por día
Probablemente contribuya al descenso de peso
Probablemente reduzca los eventos cardiovasculares mayores y la mortalidad

NICE recomienda

- ❖ Considerar el tratamiento farmacológico
 - sólo después de que se hayan iniciado tratamiento con intervenciones multicomponente.
 - para las personas que no han alcanzado su objetivo de pérdida de peso o han llegado a una meseta.
 - después de discutir los posibles beneficios y limitaciones con la persona,
- ❖ Como opciones recomienda liraglutide, orlistat, semaglutide.
 - Liraglutide: IMC ≥ 35 + hiperglucemia no diabética + alto RCV y prescripto por un equipo interdisciplinario especializado.
 - Orlistat: IMC ≥ 30 o ≥ 28 con factores de riesgo. Continuar mas de 3 meses solo si perdió al menos el 5 % del peso corporal.
 - Semaglutide: IMC ≥ 35 o 30 y que cumplen con alguno de los criterios de derivación a servicios especializados (ej: fracaso de tratamiento estándar, problemas o necesidades complejas, IMC > 50 , derivación a bariátrica). Considerar suspender si perdió menos del 5% del peso inicial después de 6 meses. Uso por un máximo de 2 años.
- ❖ Recomienda en contra de naltrexona/bupropión

CANADÁ recomienda

- ❖ Sugiere tratamiento farmacológico en personas con IMC ≥ 30 o ≥ 27 con complicaciones de la obesidad junto con intervención multicomponente.
- ❖ Como opciones recomienda liraglutide, orlistat, semaglutide, naltrexona/bupropión.
- ❖ Para mantener la pérdida de peso y prevenir su recuperación sugiere: liraglutida 3mg; orlistat 120mg 3 veces por día
- ❖ En personas con prediabetes que presentan IMC ≥ 27 , considerar liraglutida u orlistat para retrasar o prevenir la DM2.
- ❖ En personas con DM2 y un IMC ≥ 27 considerar semaglutida, liraglutida, naltrexona/bupropión u orlistat.

Conclusiones

- ❖ La obesidad es un problema de salud prevalente y complejo de origen multifactorial
- ❖ Es necesario profundizar en la implementación de políticas poblacionales para reducir sus factores de riesgo
- ❖ Requiere una abordaje integral y respetuoso, evitando centrarse exclusivamente en el peso
- ❖ El uso de fármacos requiere un análisis crítico de la evidencia para seleccionar la población destinataria y favorecer una toma de decisiones informada
- ❖ Resulta imperioso sensibilizar a los equipos de salud e implementar intervenciones para reducir el estigma del peso y la discriminación que pueden sufrir las personas con obesidad en los servicios de salud

<https://www.argentina.gob.ar/salud/habitos-saludables/guias-de-practica-clinica-y-documentos-de-apoyo#7>



*primero
la gente*



Ministerio de Salud
Argentina