

EVALUACIÓN CLÍNICA DE LA OBESIDAD

MARÍA FLORENCIA ARCONDO, LUCIO CRIADO, ROBERT DÍAZ, ALEJANDRO CÁRDENAS

La obesidad es un trastorno multifactorial complejo, influenciado por factores genéticos y ambientales, cuya prevalencia mundial se observa independientemente del nivel socioeconómico y la etnia de las personas afectadas.

Las investigaciones registradas en el *Genome Wide Association Study* y la secuenciación de próxima generación o *Next Generation Sequencing* (NGS), mostraron la interrelación genética y la evidencia con relación a las causas monogénicas y poligénicas de la obesidad. Por sus características genéticas la obesidad podría clasificarse en obesidad sindrómica y no sindrómica.

Los síndromes Osteodistrofia Hereditaria de Albright (AHO), Prader-Willi, X frágil, Bardet-Biedl y Cohen se asocian con la presencia de obesidad a temprana edad y retraso en el desarrollo en general.

La obesidad no sindrómica puede ser de origen monogénico, poligénico o cromosómico

La obesidad monogénica es ocasionada por alteraciones en un solo gen y en la obesidad poligénica existen modificaciones en varios genes o grupos de genes relacionados.

Los genes relacionados con la obesidad son leptina (LEP), receptor de leptina (LEPR), proopiomelanocortina (POMC), prohormona convertasa 1 (PCSK1), receptor de melanocortina 4 (MC4R), homólogo unilateral 1 (SIM1), factor neurotrófico derivado del cerebro (BDNF) y el gen del receptor neurotrófico de tirosina quinasa tipo 2 (NTRK2)¹⁰.

En la evaluación, el médico clínico debe reconocer a la obesidad como una enfermedad multigénica, crónica, progresiva y recidivante, que requerirá un enfoque multifactorial y a largo plazo.

Es importante conocer la biología que se opone a la pérdida de peso. En nuestro entorno obesogénico, el aumento de peso es común y lograr perder peso de manera sostenida es muy difícil.

La falta de tiempo, capacitación y conocimiento del profesional en las herramientas

efectivas para abordar al paciente con obesidad, son barreras que evitan una evaluación y tratamiento satisfactorios de la enfermedad.

Comprender la complejidad de la obesidad es un requisito indispensable para poder tratar al paciente sin agobiarlo y permite de manera conjunta y personalizada, evaluar su condición clínica.

Percepciones erróneas del médico sobre las causas, los factores que contribuyen a la enfermedad, su falta de control y prevalencia, pueden llevar a culpar y avergonzar a los pacientes dificultando el abordaje, la adherencia y la adecuada relación médico paciente¹.

Un enfoque validado de la intervención médica en obesidad es el propuesto por la Sociedad Canadiense de Obesidad en sus guías de práctica clínica conocidas como las 5A². Los colegas chilenos en su guía de obesidad adaptada traducen esta propuesta de la siguiente manera³:

a. AVERIGUAR o preguntar el nivel de preparación del paciente para hablar del peso. Solicitar el consentimiento para hablar sobre el tema y para tomar medidas antropométricas

b. ANALIZAR los riesgos relacionados con la obesidad y las causas fundamentales de la misma

c. ASESORAR sobre los riesgos para la salud y las opciones de tratamiento

d. ACORDAR los resultados de salud y los objetivos de comportamiento

e. AYUDAR a acceder a los recursos y prestadores de salud apropiados

Es importante recabar la historia del peso a través de los años, determinando cuál fue el peso máximo alcanzado en los últimos 10 años, cuál es el peso mínimo sostenido al menos por 6 meses (peso posible), cuál el peso al que el paciente desea llegar (peso deseado). Identificar momentos de cambio de peso (ej. embarazo) o desencadenantes (ej. depresión), las estrategias que fueron utilizadas y sus resultados. Deter-

minar ciclos de ascenso y descenso conociendo que a menor número más posibilidades de éxito al año⁴.

Una vez establecido el diagnóstico, el objetivo principal de la evaluación clínica de la obesidad debe consistir en identificar las posibles causas que conducen al aumento de peso, determinar en qué medida el peso ha afectado la salud de los pacientes y buscar sistemáticamente qué barreras pueden existir para el descenso de peso⁵

Para ello es útil recordar el marco de las 4M según sus siglas en inglés⁵:

Salud mental (*Mental Health*): Evaluar depresión, ansiedad, adicciones, enfermedades psiquiátricas acompañantes, motivación, percepción del problema, patrones de ingesta y trastorno alimentarios

Mecánica (*Mechanical*): Presencia de osteoartritis (OA) síndrome de apneas obstructivas del sueño (SAOS), enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE), incontinencia urinaria (IU), fascitis plantar (FP), insuficiencia venosa (IV)

Metabólico (*Metabolic*): Diabetes (DBT), dislipidemia (DLP), hipertensión arterial (HTA), esteatosis hepática, síndrome de ovario poliquístico (SOP), hipogonadismo, enfermedad cardiovascular (ECV), litiasis vesicular, trastornos dermatológicos (acantosis, acrocordones, psoriasis, intertrigo, candidiasis)

Medios (*Monetary Health*): No solo económicos sino sociales: Cobertura, acceso a alimentos, educación y ocupación.

Se puede agregar una quinta M a este enfoque:

Medicación: Revisar la medicación que promueva o entorpezca el manejo del peso corporal (hipoglucemiantes, antipsicóticos, anticonvulsivantes, antidepresivos, esteroides, terapia de reemplazo hormonal) y evaluar su cambio o suspensión.

La medición directa de altura, peso y circunferencia de cintura (CC) y el cálculo del índice de masa corporal (IMC) debe incluirse en el examen físico de rutina. La medición de parámetros antropométricos de forma regular ayuda a identificar a los pacientes con riesgo a desarrollar obesidad, en quienes la toma de conciencia de su riesgo y la aplicación de medidas preventivas

pueden tener un efecto positivo y significativo a largo plazo en su salud. Como ya hemos visto en otro capítulo, el IMC tiene sus limitaciones, sin embargo, sigue siendo una herramienta valiosa para fines de detección. Para las personas con un IMC elevado (entre 25 kg/m² y 34.9 kg/m²), la CC debe medirse regularmente e integrarse para identificar individuos con mayor adiposidad visceral y por ende mayor riesgo global⁶.

Más allá del examen físico de rutina, algunas consideraciones a tener en cuenta:

Para medir la presión arterial usar manguito adecuado, que es aquel en el cual la zona de insuflación abarca el 80% de la circunferencia. De no contar con ello, tomar la presión en el antebrazo usando la apófisis estiloides del radio como parámetro para que el borde interior del manguito quede a 6 cm⁷.

El perímetro del cuello es buen predictor de SAOS cuando es mayor a 42 cm en hombre y 40 en mujeres⁸.

La palpación de la tiroides, búsqueda de estigmas de hipercortisolismo y SOP son importantes para dirigir los estudios posteriores.

Es importante hacer una evaluación del aparato locomotor para observar eventuales limitaciones a las pautas de actividad física que recomendamos.

La obesidad aumenta el riesgo de determinados cánceres (endometrio, colon, mama, cuello) por lo que hay que considerarlo en la evaluación, sobre todo teniendo en cuenta qué obstáculos técnicos hacen que estos pacientes no accedan a los rastreos oncológicos indicados por edad⁹.

Seguiremos con pruebas diagnósticas para identificar problemas metabólicos y adaptar el tratamiento. No existe un análisis de sangre o evaluación diagnóstica que esté indicado universalmente para todos los pacientes con obesidad.

Las evaluaciones específicas realizadas deben basarse en los síntomas y signos observados, los factores de riesgo del paciente y el índice de sospecha³.

En próximos capítulos se abordarán los métodos diagnósticos y su uso de acuerdo con las comorbilidades asociadas.

Bibliografía

1. Puhl RM, Heuer CA. The stigma of obesity: a review and update. *Obesity* 2009; 17: 941-64
2. Canadian Obesity Network. 5As. En: <https://obesitycanada.ca/resources/5as/>; consultado junio 2024.
3. Preiss Contreras Y, Ramos Salas X, Ávila Oliver C, et al. Obesidad en adultos: guía de práctica clínica adaptada para Chile. *Medwave* 2022; 22: 2649.
4. McGuire MT, Wing RR, Klem ML, Lang W, Hill JO. What predicts weight regain in a group of successful weight losers? *J Consult Clin Psychol* 1999; 67: 177-85.
5. Sharma AM. M, M, M & M: a mnemonic for assessing obesity. *Obes Rev* 2010; 11: 808-9
6. Pinho CPS, Diniz ADS, Arruda IKG, Leite APDL, Petribu MMV, Rodrigues IG. Waist circumference measurement sites and their association with visceral and subcutaneous fat and cardiometabolic abnormalities. *Arch Endocrinol Metab* 2018; 62: 416-23.
7. Leblanc MÈ, Auclair A, Leclerc J, et al. Blood pressure measurement in severely obese patients: validation of the forearm approach in different arm positions. *Am J Hypertens* 2019; 32: 175-85.
8. Epstein LJ, Kristo D, Strollo PJ Jr, et al. Clinical guideline for the evaluation, management and long-term care of obstructive sleep apnea in adults. *J Clin Sleep Med* 2009; 5: 263-76.
9. Allott EH, Hursting SD. Obesity and cancer: mechanistic insights from transdisciplinary studies. *Endocr Relat Cancer* 2015; 22: R365-86.
10. Mahmoud R, Kimonis V, Butler MG. Genetics of obesity in humans: a clinical review. *Int J Mol Sci* 2022; 23: 11005.