

Posición SAN:

La Obesidad es una Enfermedad Crónica

Septiembre, 2020

“La Obesidad es una enfermedad crónica, de altísima y creciente prevalencia, que posee una etiopatogenia compleja y causa múltiples comorbilidades de elevada mortalidad prematura, por lo tanto, representa una demanda sanitaria urgente.”

En Argentina la prevalencia de exceso de peso por auto reporte (sobrepeso + obesidad) en la 4° Edición de la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR) fue de 61,6%, comparativamente superior a la 3° Edición de la ENFR (57,9%). La tendencia se mantuvo en ascenso en relación con las anteriores. En el análisis antropométrico usando peso y talla medidas en el domicilio se obtuvo una prevalencia de exceso de peso (sobrepeso + obesidad) de 66,1%.¹

El reconocimiento de la obesidad como enfermedad fue establecido desde su nacimiento en 1948 por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Esto queda evidenciado con su inclusión en el ICD 6. En 1975, el ICD 9 incluía ‘Obesidad y otras hiperfagias’ registradas en las categorías E65–67. La obesidad mórbida fue agregada recién en 1995, previo al ICD 10.

A pesar de que a lo largo de más de medio siglo la OMS ha reconocido a la obesidad como una enfermedad, llamativamente este hecho ha sido ignorado. El mundo médico y la ciencia han contribuido con este fenómeno al plantear que las personas con obesidad deberían ser disciplinadas con ejercicio físico y restricción calórica, mediante su voluntad.²

En 1995, la obesidad en el mundo occidental se había convertido en un grave problema sanitario. Sin embargo, muchos gobiernos se negaban a otorgarle un rol importante en la agenda sanitaria. Ese año, el Reino Unido publica un informe sobre la prevención de la obesidad y el Royal College of Physicians elabora nuevas pautas de abordaje. Es por ello por lo que se establece un grupo de trabajo internacional sobre obesidad (International Obesity Task Force - IOTF).³

4

Sin embargo, la OMS no consideraba a la obesidad como un fenómeno global sino como un problema exclusivo del mundo en desarrollo, aunque la misma entidad supranacional elaboró documentos que mostraron que el sobrepeso y la obesidad eran mucho más frecuentes que el bajo peso en adultos de América Latina y África del Norte.^{5 6}

Recién en 1997 la OMS publica su 'Consulta técnica de Expertos sobre Obesidad', en la cual la reconoce como epidemia global: "La obesidad puede verse como uno de los grupos definidos de enfermedades no transmisibles (ENT) que se observan tanto en países desarrollados como en desarrollo"

En su informe del año 2000 se refiere a los riesgos sanitarios del sobrepeso y la obesidad. Además, publicó la definición consensuada de los diferentes grados de sobrepeso y obesidad en adultos, basada en el índice de masa corporal (IMC). Simultáneamente se comienza a evaluar la carga de enfermedad relacionada con la obesidad. La OMS informa que el exceso de IMC en adultos está entre los 10 principales factores de riesgo para carga de enfermedad y consideró a los países de ingresos altos y medios.⁷

Por su parte la Organización Panamericana de la Salud (OPS) no consideró a la obesidad como problema sanitario hasta que Peña y Bacallao reúnen datos de varios países en América Central y del Sur y corroboran que la obesidad es una característica vinculada a la pobreza y a menudo asociada con desnutrición.⁸ Mientras que la prevalencia global de sobrepeso es de 36,6%, en la Región de las Américas un 59% de la población adulta presenta un IMC ≥ 25 kg/m². A su vez, las tasas de obesidad (IMC ≥ 30 kg/m²) están por encima del doble del promedio mundial: 24,6% frente a 11,5%.⁹ Para agravar la situación, los datos disponibles indican que las pérdidas económicas para los países de ingresos bajos y medios ocasionados por las enfermedades crónicas no transmisibles serán de más de US\$ 7.000 millones para el periodo 2011-2025.

¿Cómo se define una enfermedad?

Según el Diccionario Webster "Una condición del cuerpo o de una de sus partes, que deteriora el funcionamiento normal y se manifiesta típicamente por signos y síntomas distintivos"

Según la OMS "Alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, por causas en general conocidas, manifestada por síntomas y signos característicos, y cuya evolución es más o menos previsible".¹⁰

¿Cómo se define a la obesidad?

Existen diversas definiciones de esta patología. Según algunos autores "La obesidad es la acumulación de tejido adiposo en exceso y en un grado que perjudica la salud y el bienestar tanto físico como psicosocial."¹¹ Otras definiciones propuestas por autores argentinos la definen como una "Enfermedad crónica multicausal que afecta el equilibrio neuro-inmuno-metabólico y psicosocial. Su condición inflamatoria, a partir del aumento de tejido adiposo disfuncional, explica el nexo con sus comorbilidades".¹²

Por su lado la Sociedad Norteamericana de Obesidad la define como una "Enfermedad crónica de etiología múltiple reconocida a lo largo de la vida, que resulta del balance energético positivo, genera desarrollo de un exceso de adiposidad que con el tiempo conduce a anomalías estructurales, trastornos fisiológicos y discapacidades funcionales. La obesidad aumenta el riesgo de desarrollar otras enfermedades crónicas y está asociada con la mortalidad

prematura. Al igual que con otras enfermedades crónicas, posee múltiples fenotipos, presentaciones clínicas y respuestas al tratamiento.” ^{13 14 15}

La obesidad altera estructuras y funciones del organismo

La obesidad se caracteriza por una acumulación excesiva de tejido adiposo que genera aumento en el peso corporal. El órgano adiposo almacena energía y a su vez libera ácidos grasos libres y múltiples adipocitoquinas, entre otras, el TNF- α y diferentes interleuquinas (IL-1, IL-6, IL-11).

Un balance energético positivo crónico conduce a una acumulación de grasa en los adipocitos. El exceso de triacilglicerol intraadipocitario dispara una desregulación inmunológica del órgano adiposo asociada a una inflamación crónica de bajo grado. Este fenómeno se caracteriza por la infiltración y activación de células inmunes innatas y adaptativas. Además de los macrófagos, otras células inmunes como las células dendríticas, los mastocitos, los neutrófilos, los linfocitos B y T desempeñan un papel clave en el fenómeno inflamatorio y en el desarrollo de comorbilidades. La expansión constante del tejido adiposo genera acúmulo de grasa ectópica en múltiples localizaciones, apoptosis, hipoxia, fibrosis asociada a estrés mecánico, todos mecanismos que intervienen y agravan la respuesta inflamatoria. ¹⁶

Si bien son innumerables las comorbilidades relacionadas con la obesidad entre los trastornos metabólicos asociados más prevalentes se incluyen la resistencia a la insulina, la diabetes tipo 2, la hipertensión arterial, la dislipidemia aterogénica, y un estado proinflamatorio con aumento del riesgo de trombosis y cáncer. ^{17 18}

La obesidad posee una etiopatogenia compleja y multifactorial

La obesidad es una enfermedad compleja en la que intervienen factores genéticos y ambientales. Los dos factores más comúnmente citados son el consumo excesivo de energía y un estilo de vida sedentario. Estos han sido llamados “the big two”. Existen numerosos factores adicionales descriptos en los últimos años. Entre ellos, la deuda de sueño, la climatización constante de los ambientes, los disruptores hormonales, los cambios en el microbiota intestinal, el uso de fármacos que incrementan peso corporal, la cesación tabáquica sin campañas simultáneas anti obesidad además de factores psicosociales como el estrés y la depresión. ¹⁹

El entorno construido posee un rol central en la pandemia. Las prácticas de comercialización de alimentos, las barreras a la actividad física, los variados determinantes sociales de la salud como la pobreza, los bajos niveles de educación y el estigma de la obesidad, son todos mediadores de la pandemia pues impactan en la prevalencia, la atención y el tratamiento de las personas con obesidad. ²⁰

La obesidad posee signos y síntomas específicos

Signos: exceso de adiposidad corporal o aumento de la circunferencia de cintura, a los que se suman aquellos correspondientes a sus comorbilidades

como la hipertensión, la dislipidemia (xantomias) y la insulino resistencia (acantosis nigricans)

Síntomas: hiperfagia, baja saciedad, descontrol de impulso, dolor articular, alteración en la regulación de la temperatura corporal, infecciones en pliegues cutáneos, fatiga, disnea, trastornos cognitivos y del estado de ánimo, además de los asociados a comorbilidades.

Anomalías estructurales: hipertrofia ventricular izquierda, linfedema, estasis venosa, trastornos musculoesqueléticos, esteatosis / fibrosis hepática, infiltración grasa del páncreas, riñón, astrogliosis cerebral, epicardio, pericardio y miocardio.

Anormalidades funcionales: reflujo gastroesofágico, incontinencia urinaria, discapacidad / inmovilidad, resistencia a la insulina, inflamación crónica, dislipidemia, hipertensión arterial; infertilidad y múltiples resultados adversos fetales y neonatales. ²¹

La evolución de la obesidad es previsible

Existe evidencia de que los neonatos de bajo peso tienden a experimentar un aumento de adiposidad temprana y en la edad adulta mayor prevalencia de obesidad, diabetes tipo 2 y enfermedad cardiovascular. ^{22 23}

El riesgo de padecer enfermedades no transmisibles aumenta incluso cuando una persona tiene un sobrepeso leve a medida que aumenta el IMC. La obesidad es uno de los principales factores de riesgo para enfermedades crónicas como la enfermedad cardiovascular, la diabetes tipo 2 y sus comorbilidades como retinopatía, neuropatía, amputaciones de extremidades, nefropatía que requiere diálisis, trastornos musculoesqueléticos, algunos tipos de cáncer como endometrio, mama, ovario, próstata, hígado, vesícula biliar, riñón y colon.

La llamada “obesidad saludable”, en referencia a las personas con obesidad sin enfermedad cardio-metabólica, es un concepto controvertido. De hecho, un alto porcentaje de estos individuos evolucionan a “obesidad no saludable”, como lo muestra el estudio de cohorte Whitehall II. ²⁴

En 2010, se estimó que el sobrepeso y la obesidad causaron 3.4 millones de muertes, 3.9% de años de vida perdidos y 3.8% de años de discapacidad - DALYs (Disability Adjusted Life Years) a nivel mundial. ^{25 26}

Según la OMS, la ECV es la principal causa de mortalidad en todo el mundo, con una tasa de 17,7 millones de muertes por año y la obesidad es un factor de riesgo independiente para ECV y mortalidad por todas las causas. Los mismos resultados se evidencian a partir del estudio “Global Burden of Disease” en el que la tasa de mortalidad cardiovascular global muestra un aumento del 41% entre 1990 y 2013. ^{27 28 29}

Dada la carga de enfermedad asociada a la obesidad, es una urgente necesidad la vigilancia continua del IMC y la identificación e implementación de intervenciones basadas en la evidencia para abordar esta enfermedad. ³⁰

La Obesidad es una Enfermedad crónica

1-La obesidad ha sido definida como una enfermedad crónica por numerosas instituciones es a nivel global, incluida la OMS.

2-Está caracterizada por un exceso de adiposidad y un fenómeno inflamatorio que es perjudicial para la salud.

3-Debido a su elevada prevalencia y los riesgos sanitarios establecidos, la obesidad se ha convertido en un importante desafío para la salud pública.

4-Genera modificaciones específicas en la fisiología y la estructura del organismo.

5-Se manifiesta por síntomas y signos característicos.

6-Su evolución es previsible y explica directa o indirectamente la reducción en la expectativa de vida y el deterioro en la calidad de vida.

7-Impone costos económicos y sociales.

Por todo lo anteriormente mencionado La Sociedad Argentina de Nutrición establece su:

Posición SAN sobre la Obesidad:

“La Obesidad es una enfermedad crónica de altísima y creciente prevalencia, que posee una etiopatogenia compleja y causa múltiples comorbilidades de elevada mortalidad prematura, por lo tanto, representa una demanda sanitaria urgente.”

Propuestas de la Sociedad Argentina de Nutrición

1-Contribuir a cambiar la percepción de que la obesidad depende únicamente de la responsabilidad individual.

2- Reducir el estigma y la discriminación dirigida hacia personas con obesidad.

3-Optimizar la regulación y el control de productos y servicios destinados al abordaje de la obesidad, jerarquizando aquellos basados en la mejor evidencia disponible.

4- Establecer políticas públicas sobre el entorno construido.

5-Alentar a instituciones académicas y sistema de salud a considerar y abordar la obesidad como una enfermedad crónica compleja.

6-Jerarquizar la formación de capital humano capacitado en obesidad.

7- Disponer la cobertura universal de la obesidad de las estrategias no farmacológicas y farmacológicas disponibles.

8- Establecer un monitoreo continuo de las acciones y generar recursos adecuados para su prevención.

Referencias Bibliográficas

¹ https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/publicaciones/enfr_2018_resultados_definitivos.pdf

² WPT James. REVIEW: WHO recognition of the global obesity epidemic. International Journal of Obesity (2008) 32, S120–S126

³ Department of Health, London. Obesity. Reversing the increasing problem of obesity in England. A report from the Nutrition and Physical Activity Task Forces. Department of Health: London, 1995

⁴ Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Obesity in Scotland. Integrating Prevention and Weight Management. SIGN: Edinburgh, 1996.

⁵ Caballero B. The Global Epidemic of Obesity: An Overview Epidemiologic Reviews, Volume 29, Issue 1, 2007, Pages 1–5,

⁶ WHO European Charter for counteracting obesity 2006 Nov 16th. <http://www.euro.who.int>.

⁷ https://www.who.int/health-topics/obesity#tab=tab_2

⁸ Peña M, Bacallao J (eds). Obesity and Poverty: A New Public Health Challenge. Pan American Health Organisation: Washington, DC, 2000. Scientific Pub. 576

⁹ Economic Dimensions of Non-communicable Diseases in Latin America and the Caribbean © 2017 Pan American Health Organization and the University of Washington

¹⁰ Scully JL. 2004. What is a disease? EMBO Rep; 5: 650- 53.

¹¹ Philip T. James, Rachel Leach, Eleni Kalamara, and Maryam Shayeghi. 2001. The Worldwide Obesity Epidemic. Obesity research 9 Suppl 4(S11):228S-233S

¹² Cappelletti, Katz y colaboradores. Obesidad. Encrucijadas y abordajes. Editorial Akadia, Buenos Aires, Argentina, 2017.

¹³ Allison DB, Downey M, Atkinson RL, et al. Obesity as a disease: a white paper on evidence and arguments commissioned by the Council of the Obesity Society. Obesity (Silver Spring) 2008; 16: 1161-77.

- 14 Position Statement. Obesity as a Disease: The Obesity Society 2018 Position Statement Ania M. Jastreboff, Catherine M. Kotz, Scott Kahan, Aaron S. Kelly, and Steven B. Heymsfield 2019; 27: 7-9.
- 15 Bray GA, Kim KK, Wilding JPH; World Obesity Federation. Obesity: a chronic relapsing progressive disease process. A position statement of the World Obesity Federation. *Obes Rev* 2017; 18: 715- 23.
- 16 Shannon M. Reilly & Alan R. Saltiel Adapting to obesity with adipose tissue inflammation. *Nature Reviews Endocrinology* 2017; 13: 633-43.
- 17 Wormser D, Kaptoge S, et al. Separate and combined associations of body-mass index and abdominal adiposity with cardiovascular disease: collaborative analysis of 58 prospective studies. *Lancet* 2011; 377(9771):1085-95
- 18 Lauby-Secretan B, Scoccianti C, Loomis D, Grosse Y, Bianchini F, Straif K. Body Fatness and Cancer — Viewpoint of the IARC Working Group. *New England Journal of Medicine* 2016; 375(8):794-8.
- 19 Rachel A.H. Davis Eric P. Plaisance David B. Allison. 2018. Complementary Hypotheses on Contributors to the Obesity Epidemic. *Obesity*. Volume26, Issue1 Pages 17-21.
- 20 Swinburn BA, Sacks G, Hall KD, et al. The global obesity pandemic: shaped by global drivers and local environments. *The Lancet* 2011; 378(9793):804-14.
- 21 Blundell J, Dulloo AG, Salvador J, Frühbeck G EASO SAB Working Group on BMI. Beyond BMI—phenotyping the obesities. *Obes Facts* 2014; 7: 322-8.
- 22 Ong K. K., Ahmed M. L., Emmett P. M., Preece M. A., Dunger D. B. (2000). Association between postnatal catch-up growth and obesity in childhood: prospective cohort study. *BMJ* 320, 967-71.
- 23 Yu Z. B., Han S. P., Zhu G. Z., Zhu C., Wang X. J., Cao X. G., Guo X. R. (2011). Birth weight and subsequent risk of obesity: a systematic review and meta-analysis. *Obes. Rev.* 12, 525-42.
- 24 Yeh TL, Chen HH, Tsai SY, Lin CY, Liu SJ, Chien KL. The Relationship between Metabolically Healthy Obesity and the Risk of Cardiovascular Disease: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Clin Med.* 2019; 8(8): 1228.
- 25 Global BMI Mortality Collaboration. Body-mass index and all-cause mortality: individual participant-data meta-analysis of 239 prospective studies in four continents. *The Lancet* 2016; 388(10046):776-86.
- 26 Flegal KM, Kit BK, Orpana H, Graubard BI. Association of all-cause mortality with overweight and obesity using standard body mass index categories: A systematic review and meta-analysis. *JAMA* 2013; 309(1):71-82.
- 27 Colin D. Mathers, E. Theo Vos, Christopher E. Stevenson, & Stephen J. Begg. The burden of disease and injury in Australia. *Bulletin of the World Health Organization*, 2001, 79: 1076-1084. World Health Organization. *Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic*. World Health Organ Tech Rep Ser 894. World Health Organization: Geneva, 2000
- 28 Ashkan Afshin and GBD 2015 Obesity Collaborators. Health Effects of Overweight and Obesity in 195 Countries over 25 Years *N Engl J Med* 2017; 377:13-27.
- 29 Lopez AD, Mathers CD, Ezzati M, Jamison DT, Murray CJL (eds). *Global Burden of Disease and Risk Factors*. Oxford University Press: New York, 2006.
- 30 Ezzati M, Lopez A, Rodgers A, Murray CJL (eds). *Comparative Quantification of Health Risks. Global and Regional Burden of Disease Attributable to Selected Major Risk Factors*. World Health Organization: Geneva, 2004.