
Empreses saludables: prevenció i abordatge de l'obesitat en l'àmbit laboral

Els missatges d'un clinic dedicat a la obesitat

Albert Goday Arno,

Jefe de Sección Emérito de Endocrinología. Hospital del Mar, Barcelona

Unidad de Atención a la Obesidad Grave, PSMAR

Unidad de Excelencia acreditada European Association Study Diabetes y SEEDO

Profesor Titular de Medicina, Universitat Autònoma de Barcelona

CiberOBN, Instituto de Salud Carlos III



Declaración de conflictos de interés

Colaboro con NovoNordisk en este evento como ponente.

He participado como investigador en dossiers científicos, ensayos clínicos, advisory boards, estudios clínicos, cursos de formación médica continuada, asistencia a congresos, asistencia a cursos, reuniones científicas, consultorías, proyectos de investigación con:

Almirall, Ascensia, Colegio de Farmacéuticos de Barcelona, Esteve, Federació Farmacéutica, Fundació Catalana Síndrome de Down, Fundació Gol i Gorina, Instituto de Salud Carlos III, Jansen, Lilly, Menarini, MSD, Mutuam, NovoNordisk, Pronokal, RedGDPS, Rovi, SanofiAventis.

Alberto Goday Arno

Artículo original

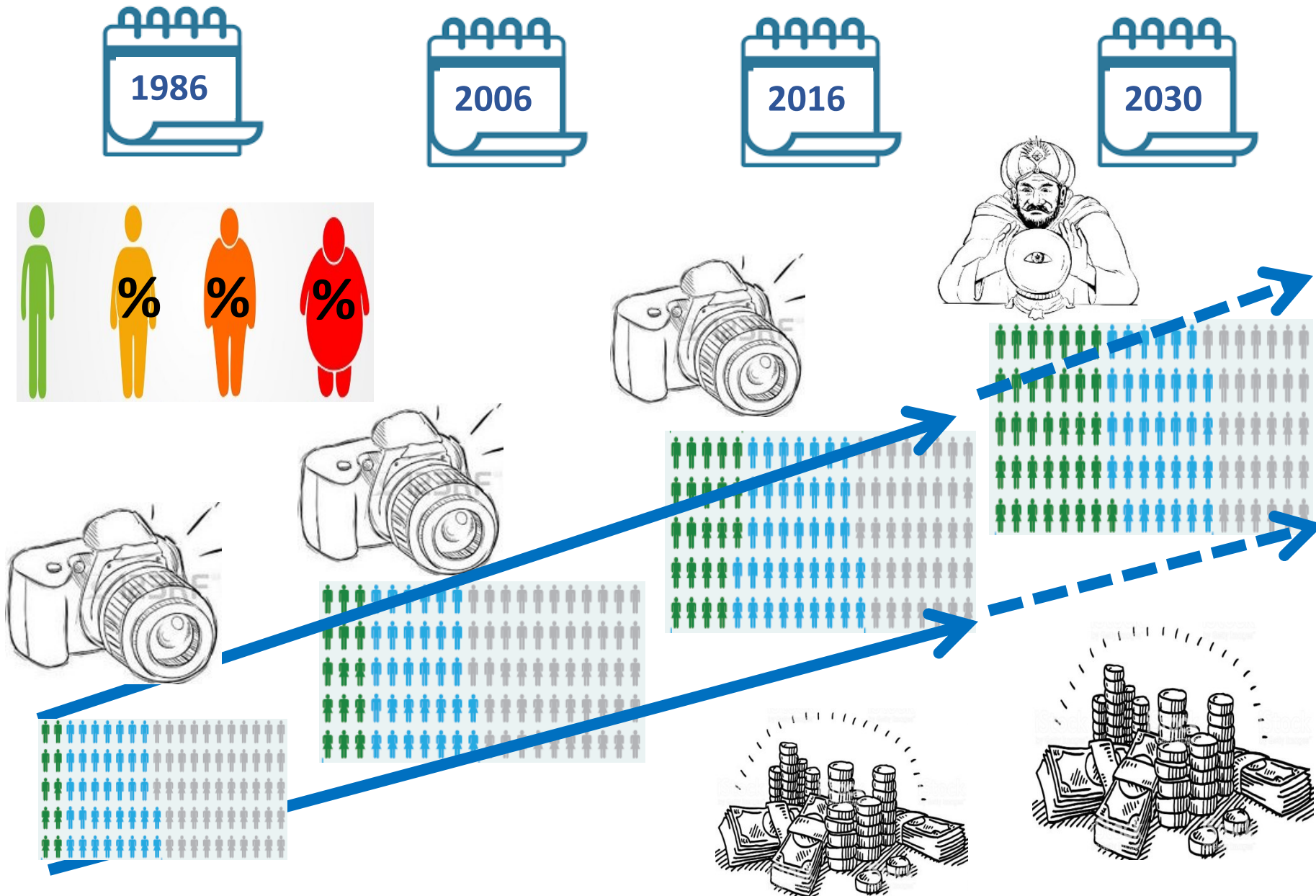
Excess Weight in Spain: Current Situation, Projections for 2030, and Estimated Direct Extra Cost for the Spanish Health System

Álvaro Hernáez^{a,b,c}, M. Dolores Zomeño^{b,d,e}, Irene R. Dégano^{f,g}, Silvia Pérez-Fernández^{g,f}, Alberto Goday^{h,i,d,c}, Joan Vila^{f,j}, Fernando Civeira^{k,g}, Ricardo Moure^{l,c} y Jaume Marrugat^{f,g,*}



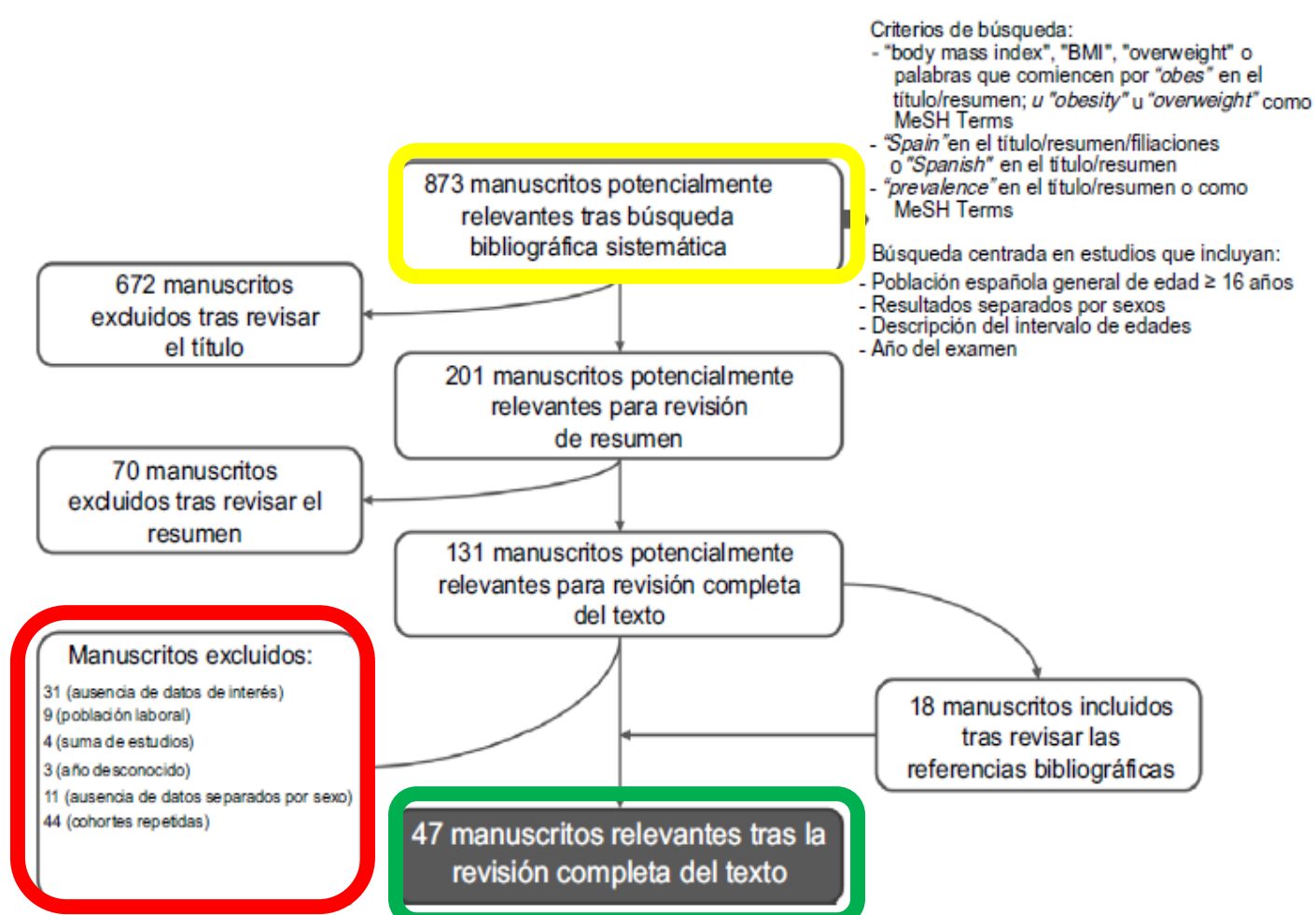
- ¿Do we know the prevalence of Obesity in Spain ?
- ¿What are the more representative studies?
- ¿How is increasing obesity prevalence in las decades?
- ¿What are the projections for the next decade?
- Future economical cost of obesity in Spain



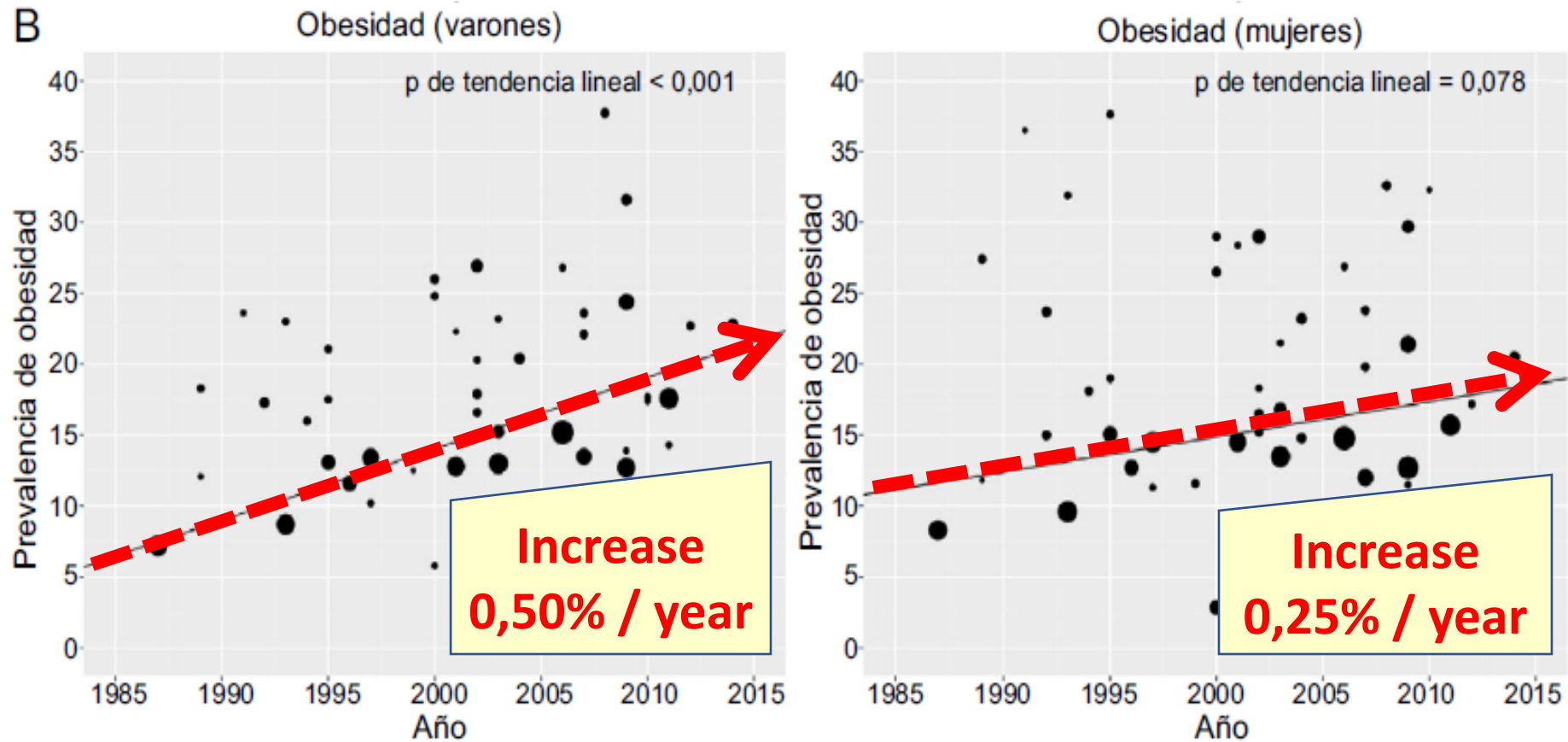


Exceso de peso en España: situación actual, proyecciones para 2030 y sobrecoste directo estimado para el Sistema Nacional de Salud

Nombre de la cohorte	Año	Región de estudio	Edad	n	Sobrepeso	Obesidad	Obesidad mórbida	IMC	Calidad	Peso/estatura facilitados por el paciente
Estudio ENPE ¹⁵	2014	España	25-64	3.966	Sí	Sí	No	Sí	Alta	No
Estudio ANIBES ¹⁶	2012	España	18-65	1.655	Sí	Sí	No	Sí	Media	No
Población general del País Vasco ¹⁷	2011	País Vasco	≥ 18	828	No	No	No	Sí	Baja	No
Estudio LisRisk-ERANET ¹⁸	2011	País Vasco	17-96	1.081	Sí	Sí	No	Sí	Baja	Sí
Encuesta Nacional de Salud 2011 ⁴	2011	España	> 18	21.007	Sí	Sí	Sí	No	Media	Sí
Estudio DOXA ¹⁹	2010	España	≥ 18	964	Sí	Sí	No	No	Baja	Sí
Encuesta de Nutrición de la Comunidad Valenciana ²⁰	2010	Comunidad Valenciana	16-90	828	Sí	Sí	No	No	Baja	No
Estudio Di@bet.es ²¹	2009	España	≥ 18	5.047	Sí	Sí	Sí	No	Media	No
Estudio OBEX ²²	2009	Islas Baleares	18-55	1.081	Sí	Sí	No	No	Alta	No
Estudio ENRICA ²³	2009	España	≥ 18	12.036	Sí	Sí	No	Sí	Media	No
European Health Interview Survey for Spain (EHIS) ²⁴	2009	España	20-82	21.486	Sí	Sí	No	Sí	Baja	Sí
Farmacias, ciudad de Barcelona ²⁵	2009	Cataluña	18-65	650	No	No	No	Sí	Baja	No
Estudio HEREMEX ²⁶	2008	Extremadura	25-79	2.833	Sí	Sí	No	Sí	Media	No
Estudio IMAP ²⁷	2007	Andalucía	18-80	2.270	Sí	Sí	No	Sí	Media	No
Encuesta de Salud de Madrid 2007 ²⁸	2007	Comunidad de Madrid	≥ 15	12.190	Sí	Sí	No	No	Baja	Sí
Estudio PREDIMERC ²⁹	2007	Comunidad de Madrid	30-74	2.268	No	Sí	No	Sí	Media	No
Centros de Atención Primaria, Comunidad de Madrid ³⁰	2006	Comunidad de Madrid	31-70	1.344	No	Sí	No	Sí	Media	No
Encuesta Nacional de Salud 2006 ^{4,31}	2006	España	≥ 16	29.476	Sí	Sí	Sí	No	Media	Sí
Encuesta Nacional de Salud 2006 ^{4,31}	2006	España	≥ 16	29.476	Sí	Sí	Sí	No	Media	Sí
Encuesta de Salud de Cataluña 2006 ³²	2006	Cataluña	≥ 15	15.926	No	No	No	Sí	Baja	Sí
Estudio EROCAP ³³	2004	España	≥ 18	7.202	No	No	No	Sí	Baja	No
Población general de Castilla y León ³⁴	2004	Castilla y León	≥ 15	4.012	No	Sí	Sí	No	Baja	No
Población general de Galicia (selección del SERGAS) ^{35,36}	2004	Galicia	≥ 18	2.884	Sí	Sí	No	Sí	Media	Sí
Estudio CANTHABRIA ³⁷	2003	Cantabria	≥ 18	1.197	Sí	Sí	No	No	Baja	No
Encuesta Nacional de Salud 2003 ^{4,38}	2003	España	≥ 16	21.650	Sí	Sí	Sí	No	Media	Sí
Encuesta de Salud de Andalucía 2003 ³⁹	2003	Andalucía	≥ 16	6.708	Sí	Sí	No	No	Baja	Sí
Encuesta de Salud de Cataluña 2002 ⁴⁰	2002	Cataluña	18-74	1.104	Sí	Sí	No	Sí	Baja	No
Estudio CDC (Cohorte de Canarias) ⁴¹	2002	Canarias	18-75	6.729	No	Sí	No	Sí	Media	No
Población general de Cádiz ⁴²	2002	Andalucía	≥ 15	2.640	Sí	Sí	Sí	No	Media	No
Encuesta Nutricional de Cataluña 2002 ⁴³	2002	Cataluña	18-75	2.060	Sí	Sí	No	No	Media	No
Encuesta Nacional de Salud 2001 ^{38,44}	2001	España	≥ 20	17.593	Sí	Sí	Sí	No	Media	Sí
Población general de Segovia ⁴⁵	2001	Castilla y León	35-74	809	No	Sí	No	Sí	Baja	No
Estudio REGICOR-2000 ^{46,47}	2000	Cataluña	25-74	2.540	Sí	Sí	No	Sí	Media	No
Estudio CORSAIB ⁴⁸	2000	Islas Baleares	35-74	1.685	No	Sí	No	Sí	Media	No



Evolución de la prevalencia de obesidad y análisis de tendencia lineal en los estudios epidemiológicos en España de 1987 a 2014



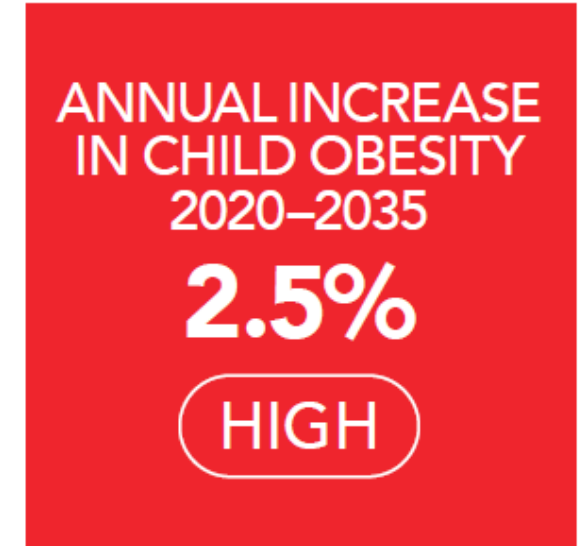
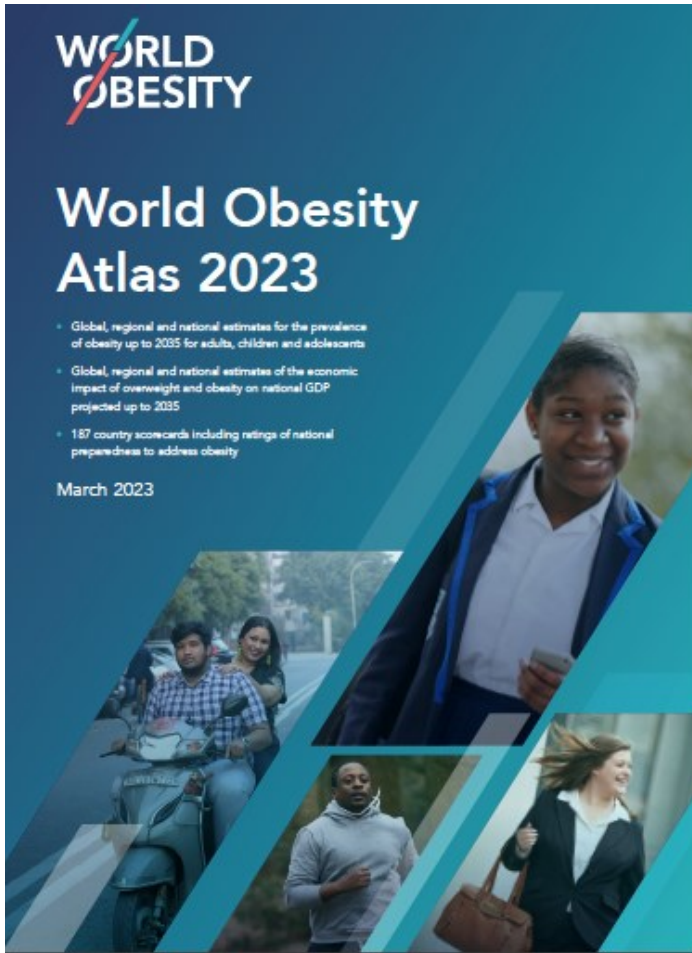


Prevalencia Obesidad Varones	17,4%	22,1%	28,7%
---------------------------------------------	--------------	--------------	--------------

Prevalencia Obesidad Mujeres	15,9%	18,0%	20,8%
---------------------------------------------	--------------	--------------	--------------



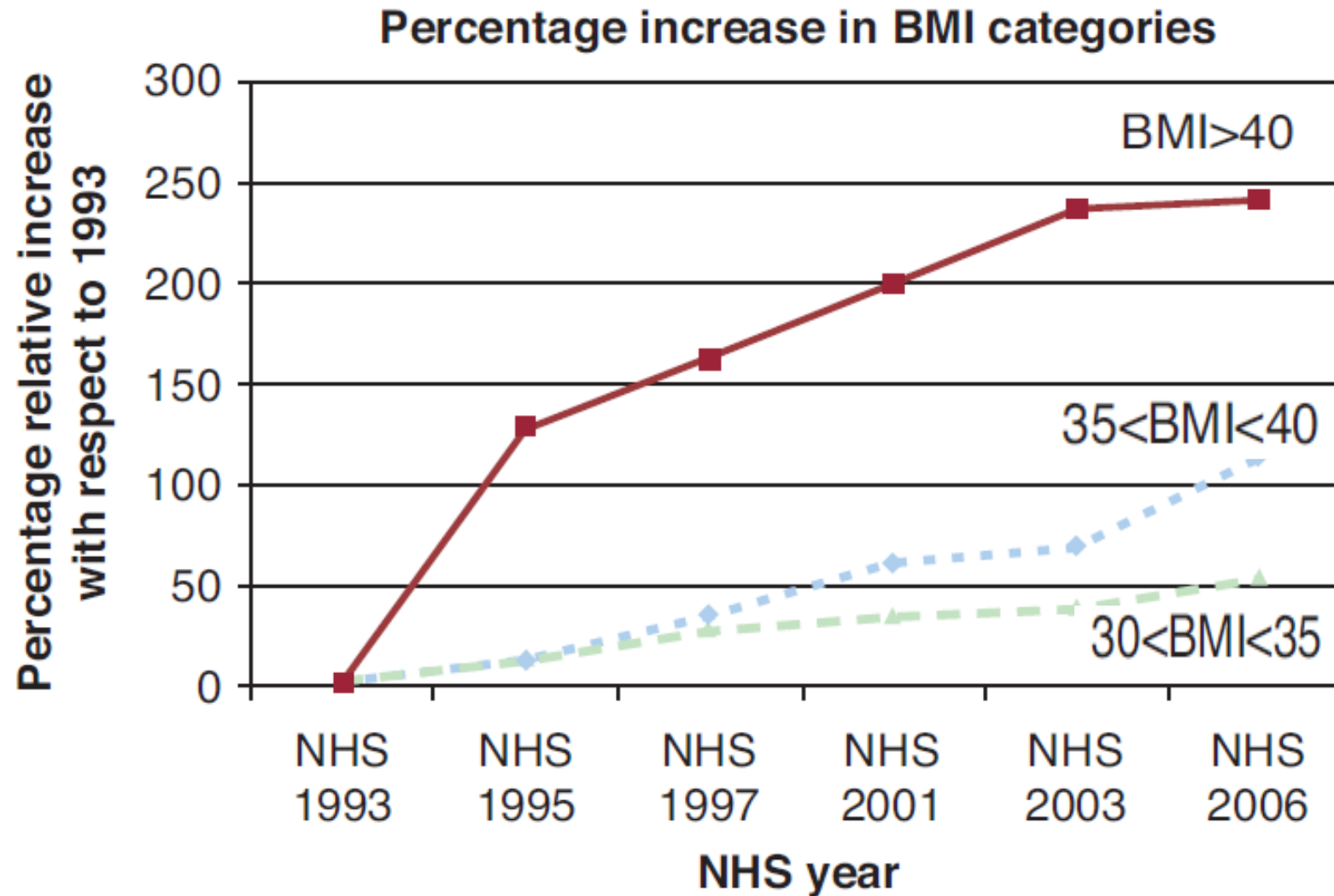
Spain





Varones con Obesidad	3.171.093	4.193.349	5.552.589
Sobrecoste anual euros	336.199.280	511.378.911	893.467.096
Mujeres con Obesidad	3.020.707	3.596.168	4.302.276
Sobrecoste anual euros	397.645.869	544.495.797	859.551.722

Aumento de la prevalencia de obesidad en España entre 1993 y 2006 Especialmente de la obesidad grave (IMC>40)

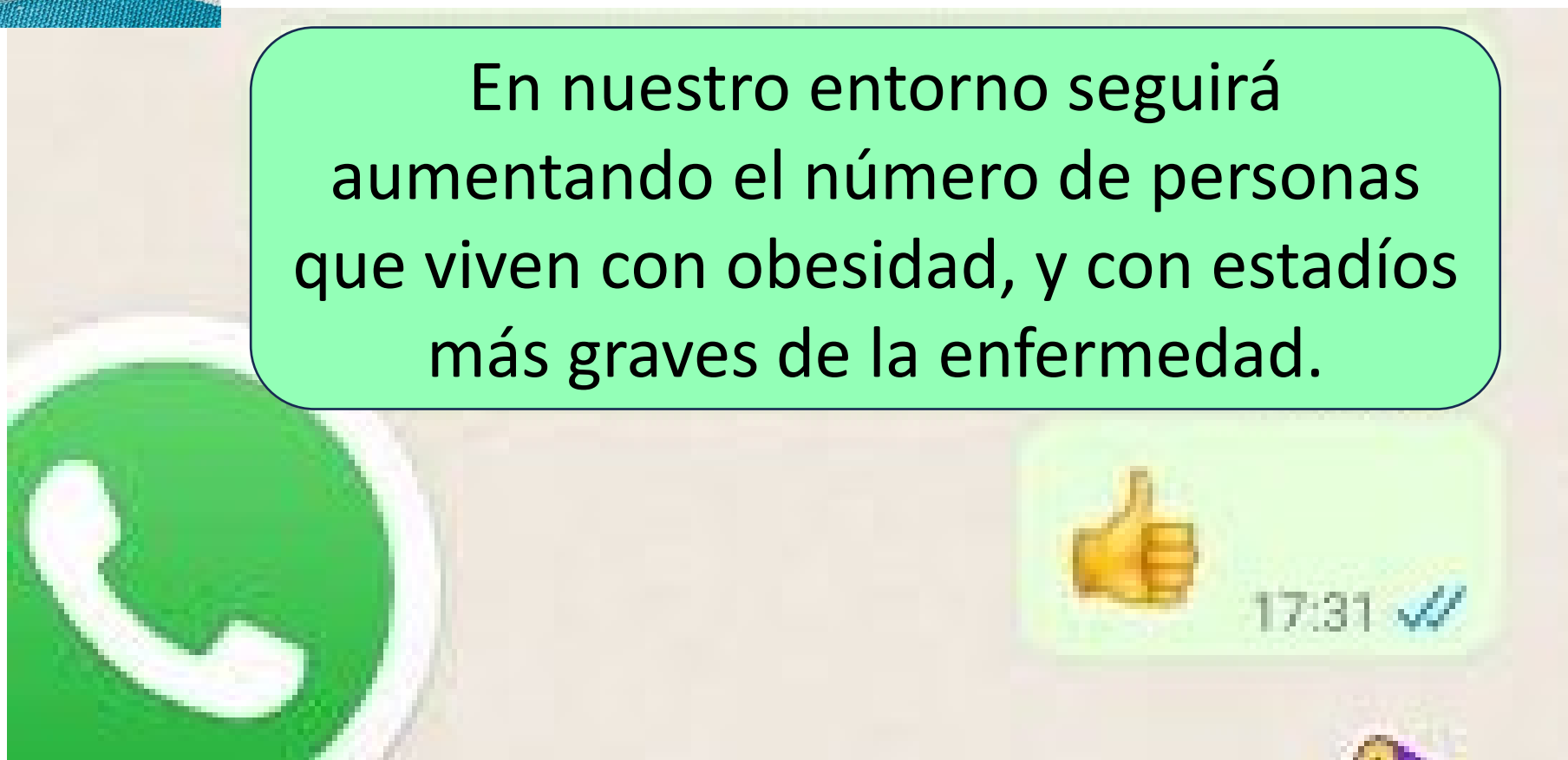




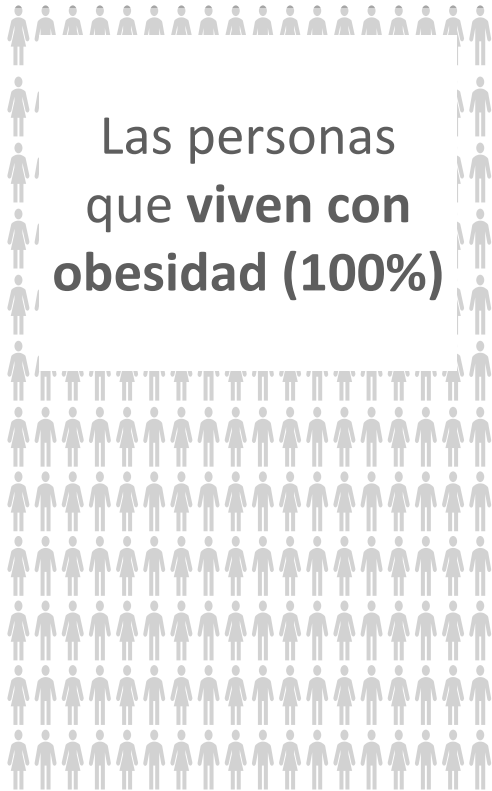
Varones con O.Mórbida	96.535	164.928	259.159
Sobrecoste anual euros	12.947.274	25.441.793	52.749.223
Mujeres con O.Mórbida	186.416	278.323	408.757
Sobrecoste anual euros	29.196.474	50.137.105	97.157.451



En nuestro entorno seguirá aumentando el número de personas que viven con obesidad, y con estadíos más graves de la enfermedad.



La obesidad sigue siendo poco diagnosticada, poco registrada e infra-tratada¹



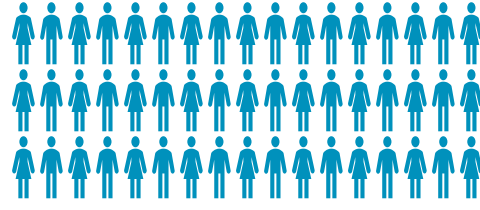
Las personas diagnosticadas de **obesidad (<40%)**



No todas las diagnosticadas **son registradas**



Personas **tratadas de** obesidad EBM (<20%)



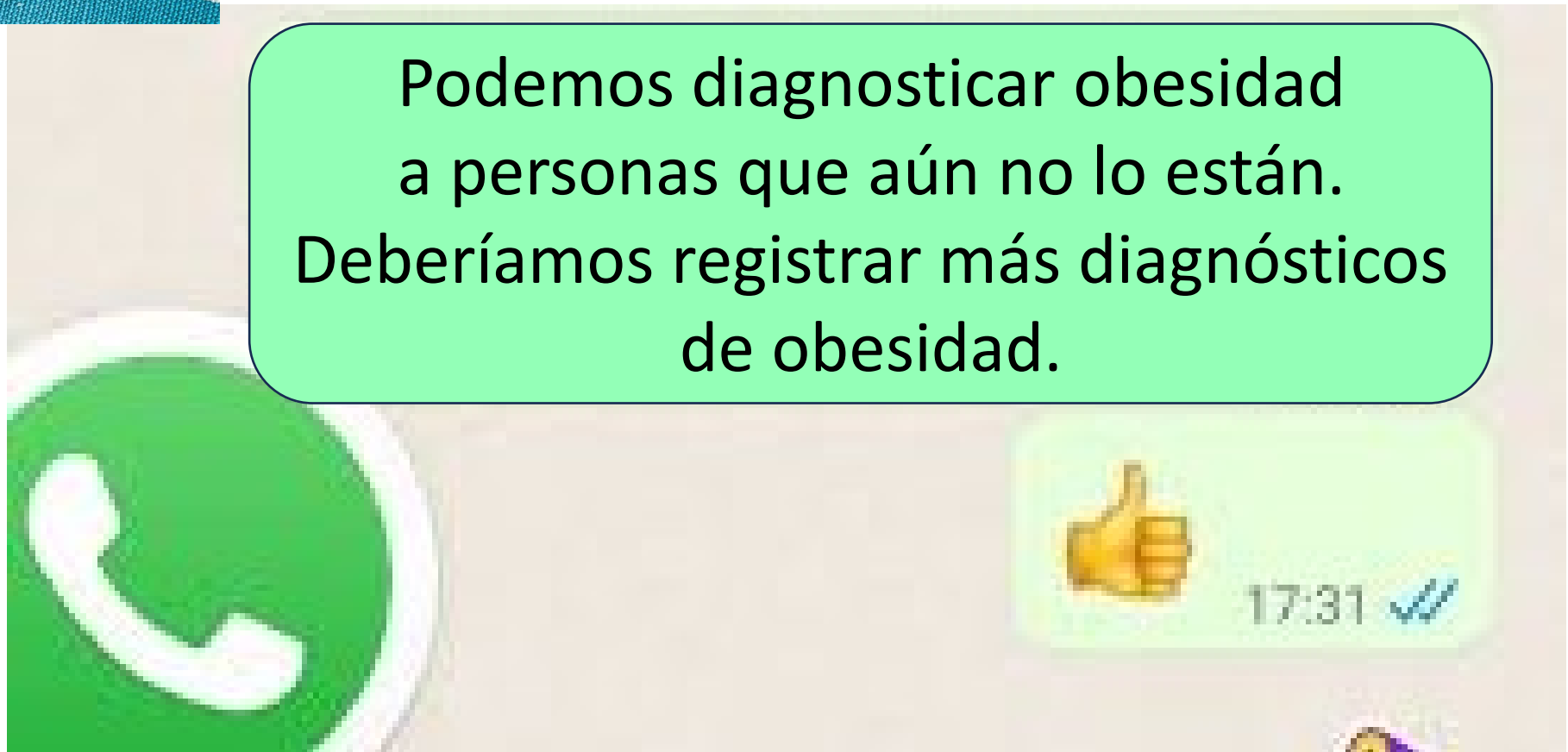
Personas que tiene **prescritos** fármacos contra la obesidad (**1,3%**)



*Incluye asesoramiento sobre estilo de vida y comportamiento, medicamentos contra la obesidad y cirugía bariátrica.
1. Adapted from: Colby and Ortman. 2014. Available from www.census.gov/content/dam/Census/library/publications/2015/demo/p25-1143.pdf. Accessed October 2022; 2. Centers for Disease Control and Prevention. Available from www.cdc.gov/nchs/fastats/obesity-overweight.htm. Accessed on October 2022; 3. Ma et al. Obesity (Silver Spring) 2009;17:1077–85; 4. IMS Xponent Dec-15; 5. Caterson et al. Diabetes Obes Metab 2019; 21:1914–24; 6. Saxon et al. Obesity (Silver Spring, Md.) 2019;27:1975–81.

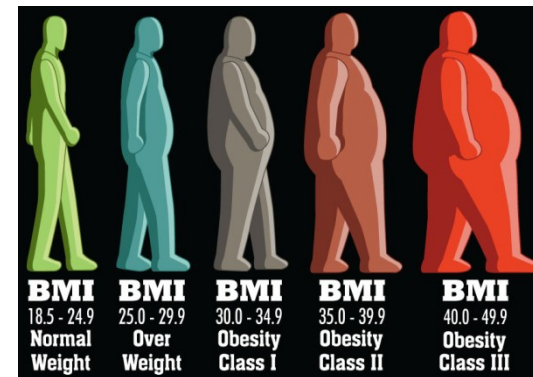


Podemos diagnosticar obesidad a personas que aún no lo están. Deberíamos registrar más diagnósticos de obesidad.

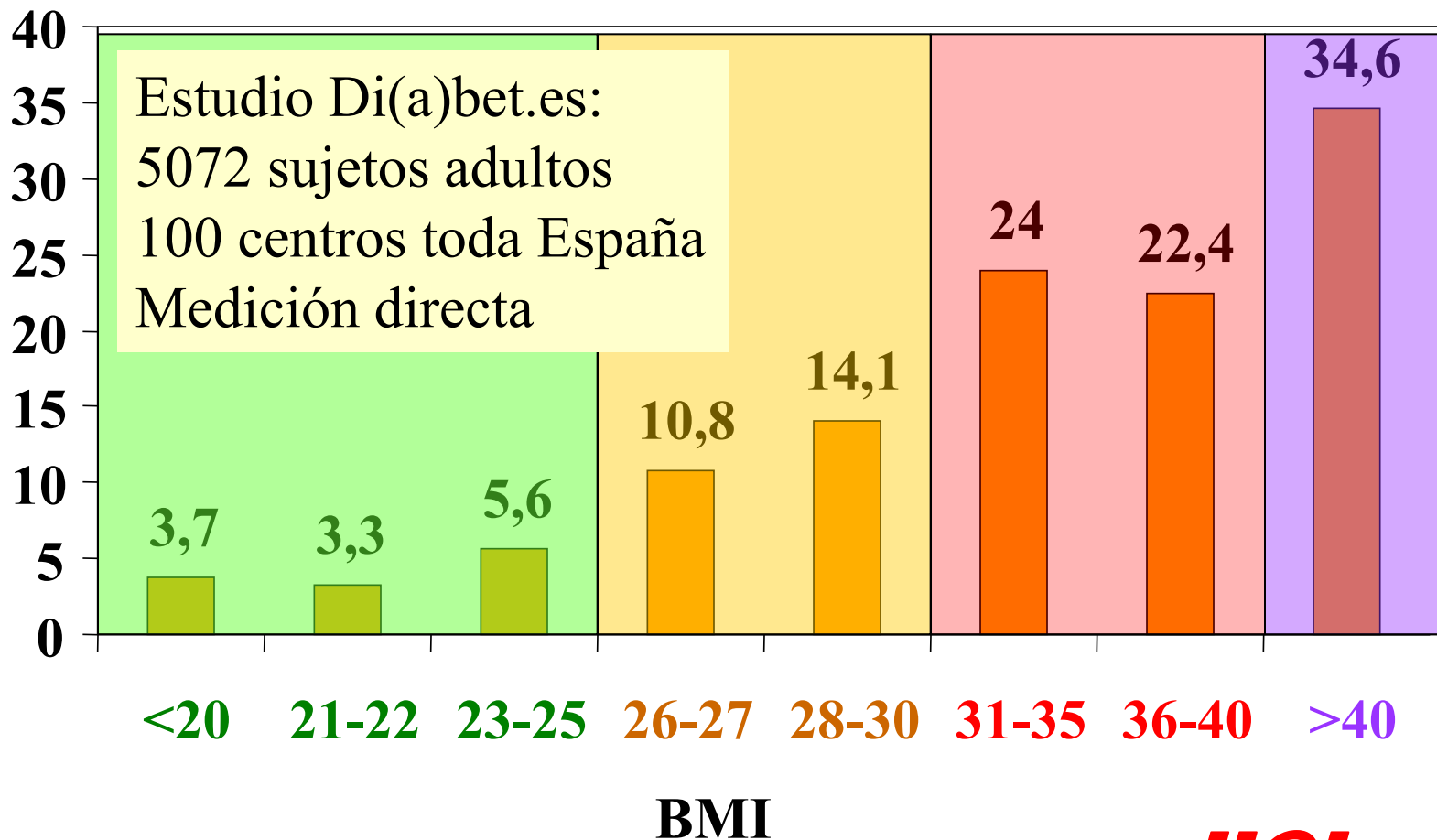


Prevalencia de DM según IMC en España:

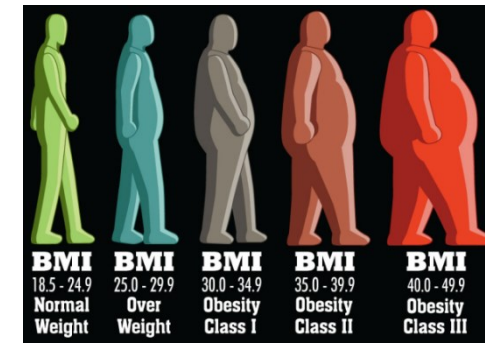
Más IMC -> Más DM



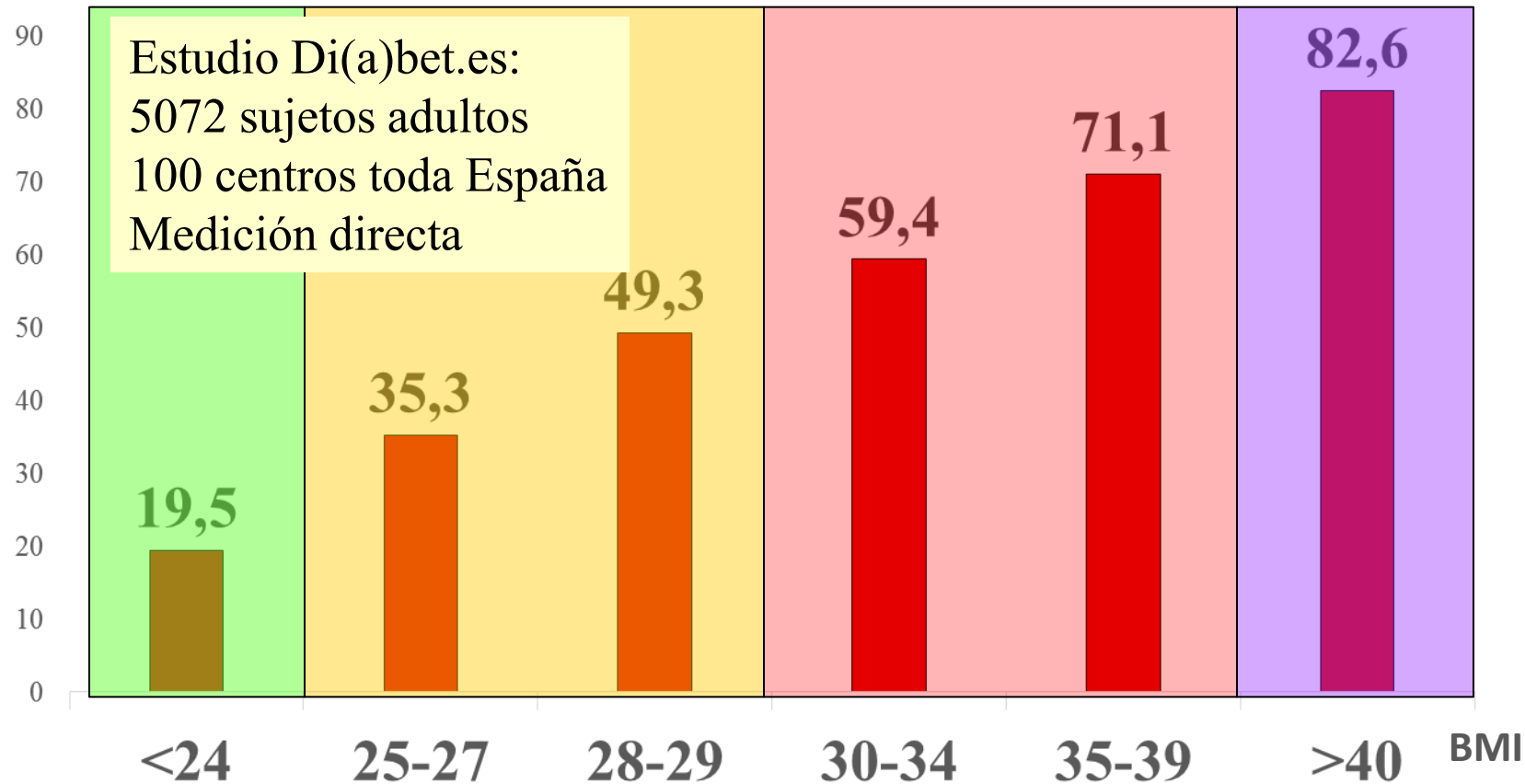
Diabetes prevalence



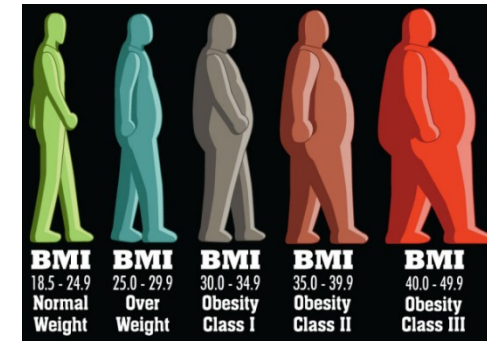
Prevalencia de HTA según IMC en España: Más IMC -> Más HTA



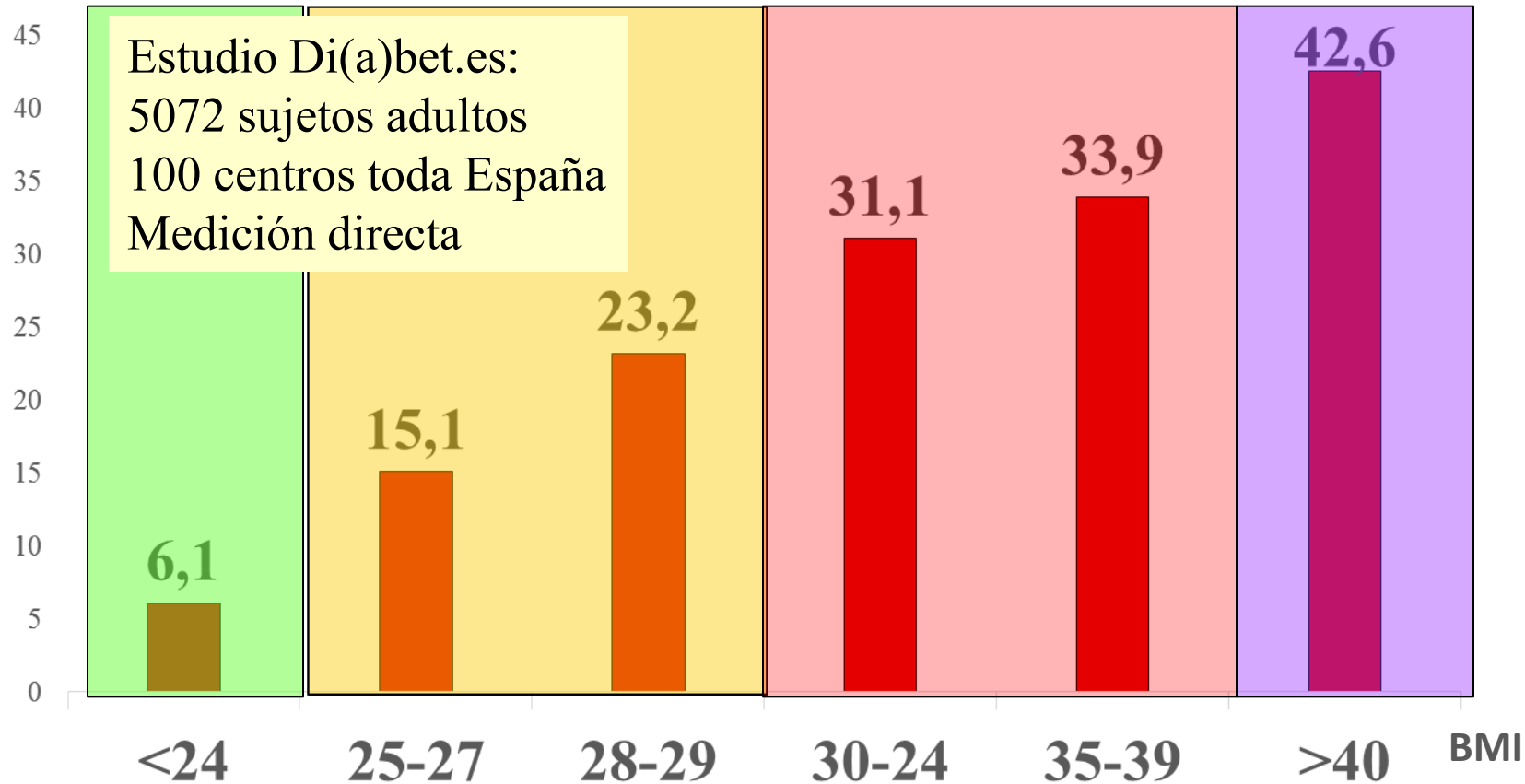
HTA prevalence



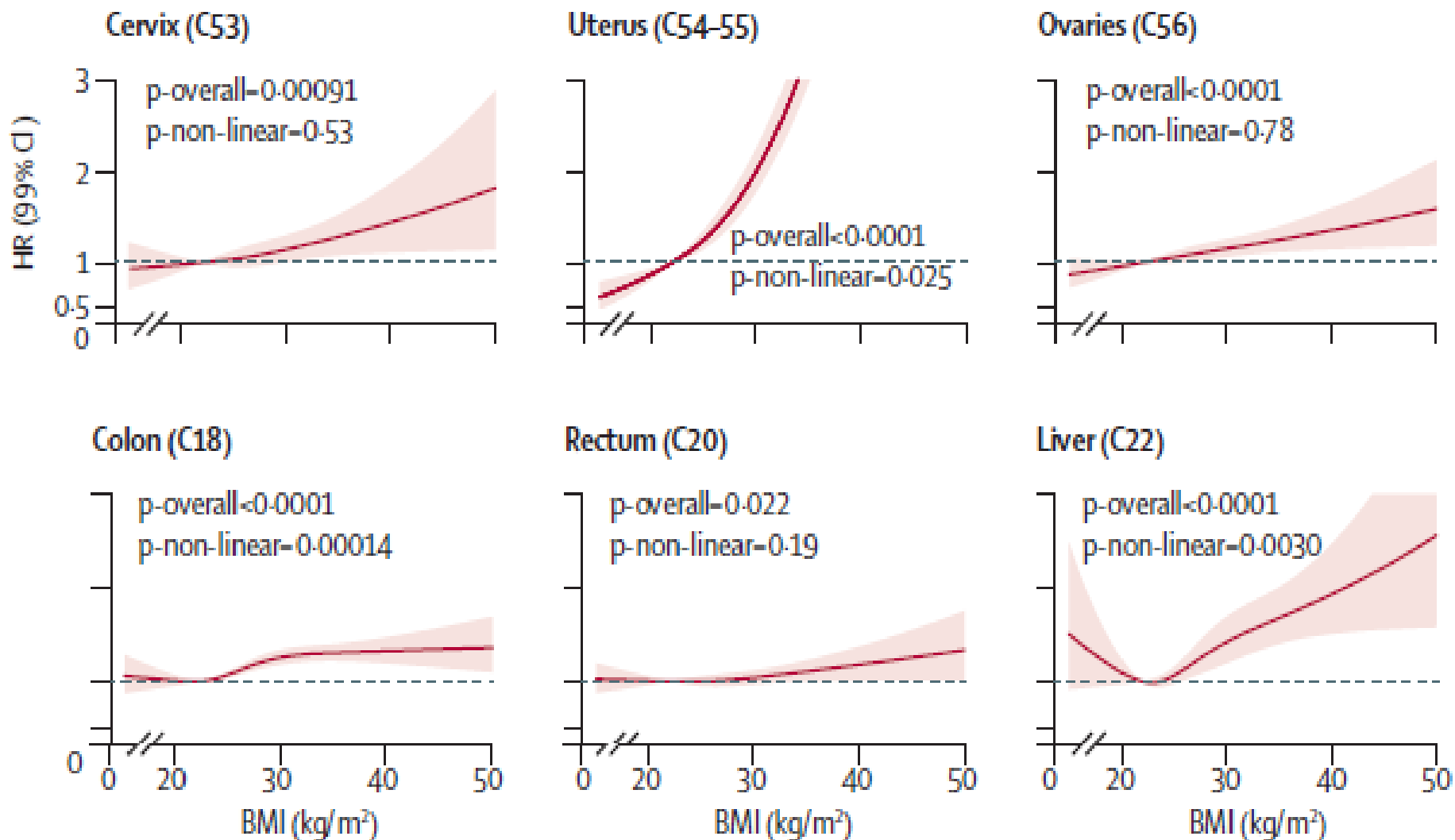
Prevalencia de Hipertrigliceridemia (>150 mg/dl) según IMC en España



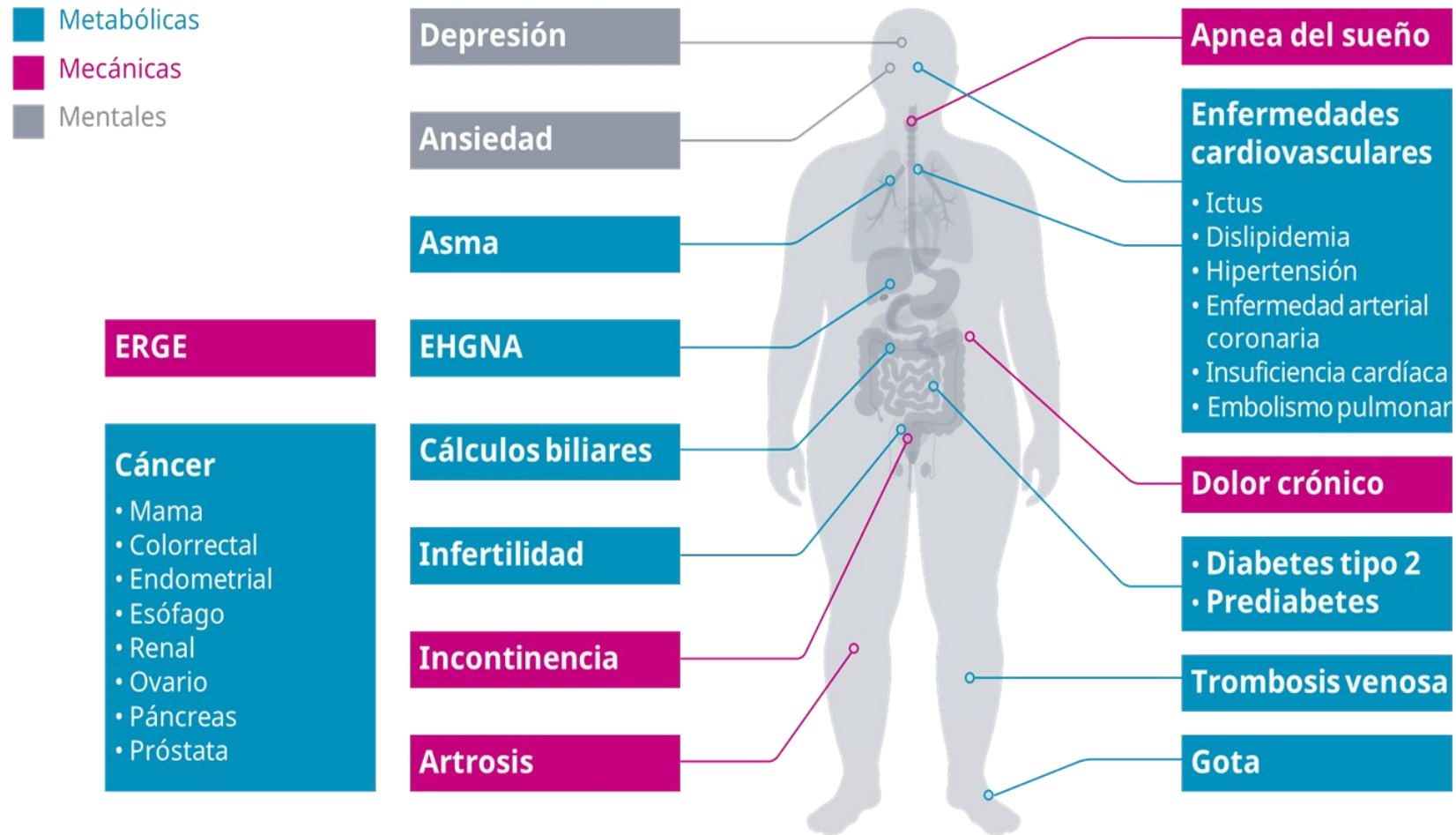
DLP prevalence



Asociación entre diferentes tipos de cáncer e IMC en UK

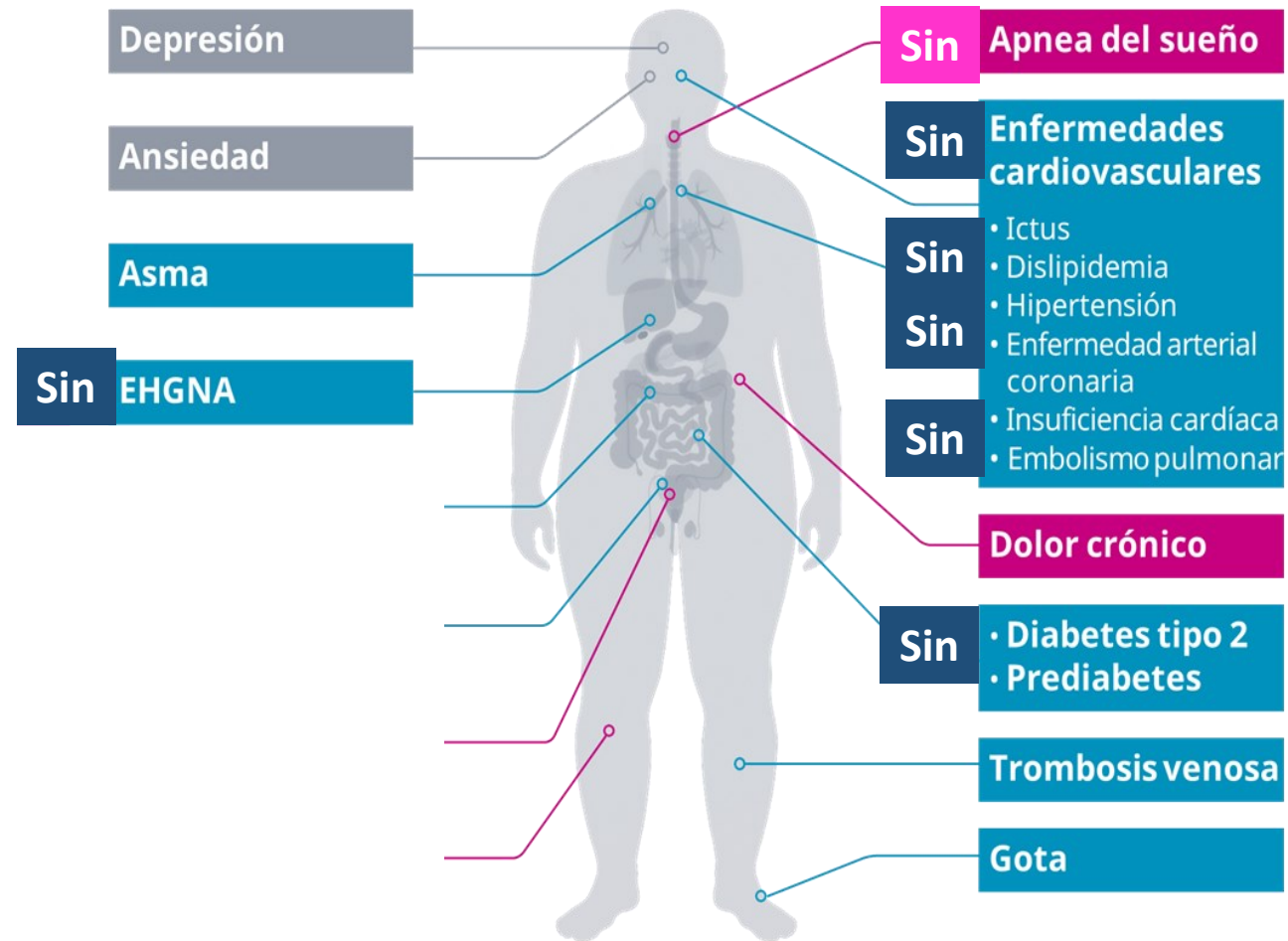


El sobrepeso y la obesidad están asociados con la incidencia de múltiples complicaciones y comorbilidades¹⁻⁸

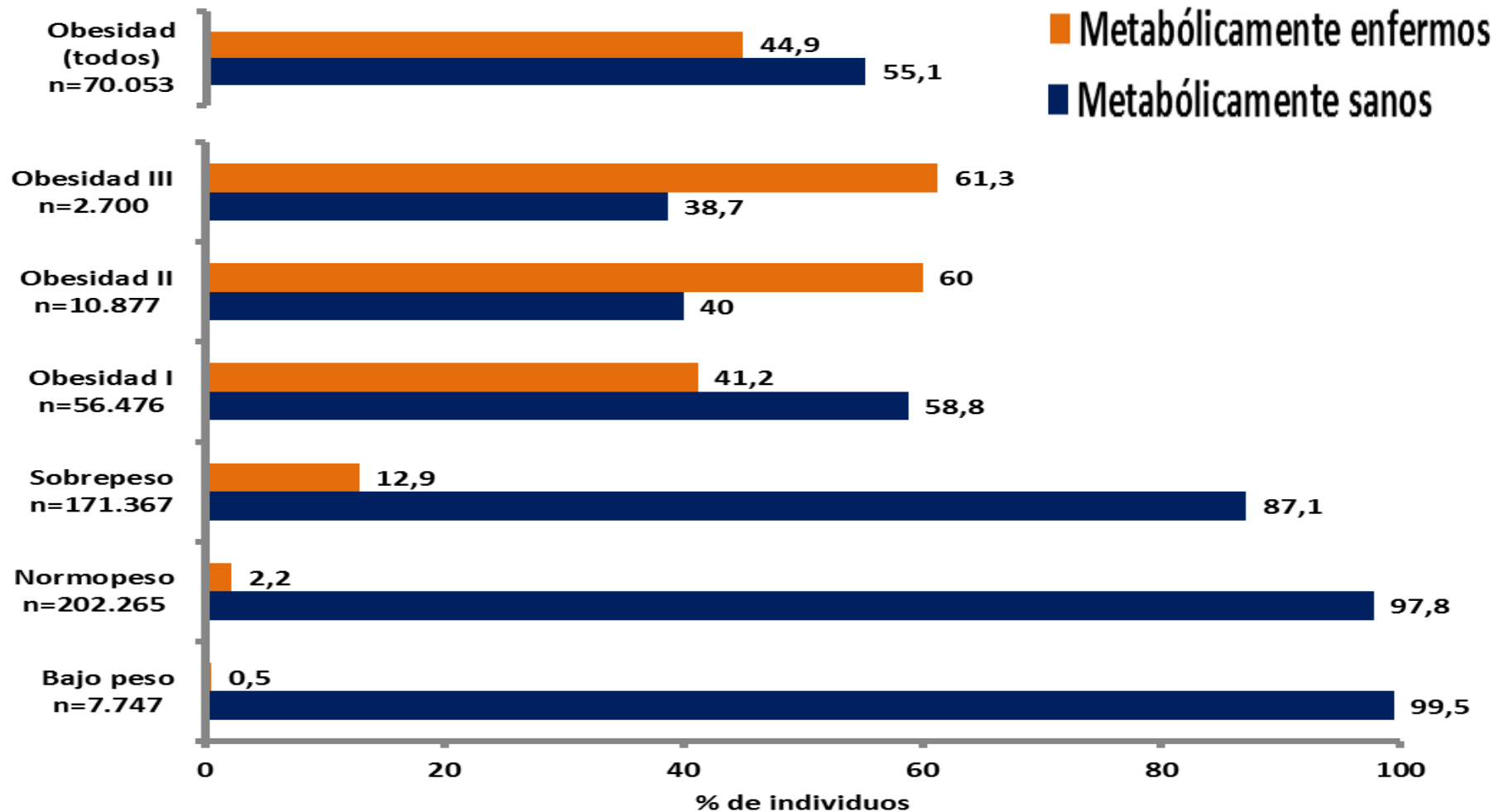


No siempre la obesidad se asocia a enfermedades metabólicas: Fenotipo de Persona con **Obesidad pero metabólicamente sano**

-  Metabólicas
-  Mecánicas
-  Mentales

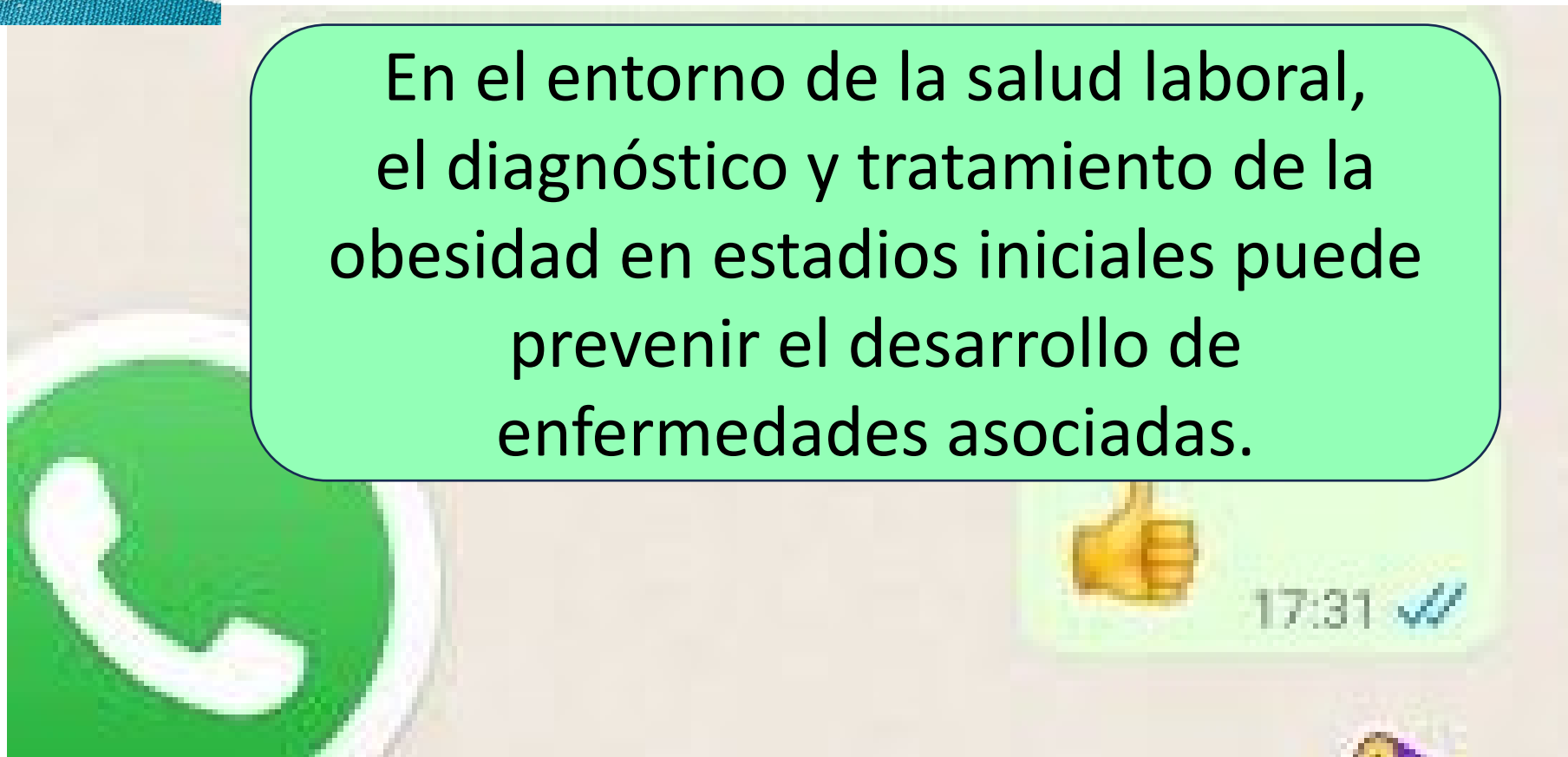


En población laboral, el fenotipo de personas con obesidad, pero Metabólicamente Sanos es el más frecuente: **55.1%**. Estudio ICARIA: Población laboral activa (n=451.432)



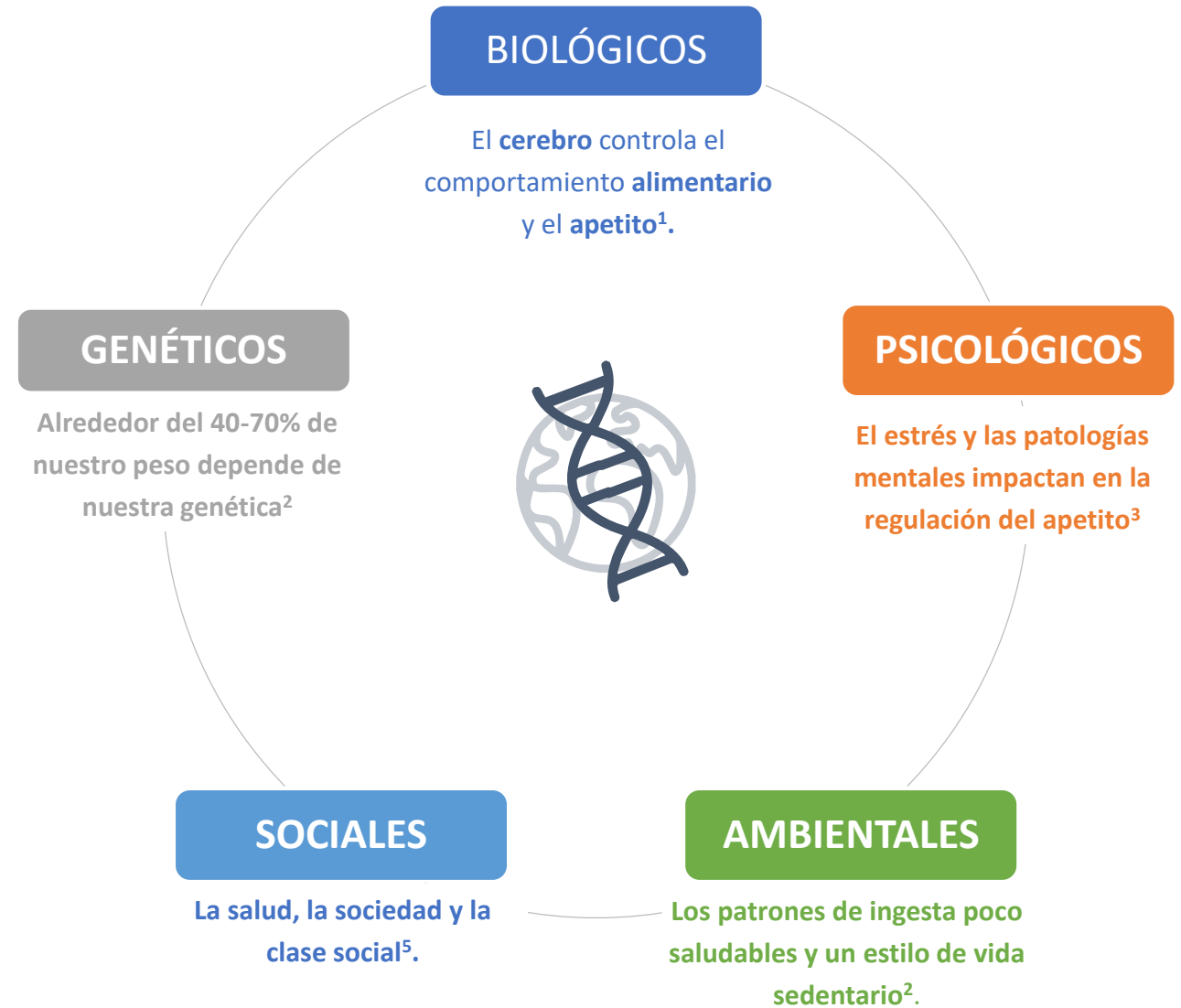


En el entorno de la salud laboral, el diagnóstico y tratamiento de la obesidad en estadios iniciales puede prevenir el desarrollo de enfermedades asociadas.



La **obesidad** está causada por una interrelación de **varios factores**⁷

La obesidad es una enfermedad crónica dónde existe un exceso de adiposidad que incrementa el riesgo de tener complicaciones en el largo plazo y reduce la Calidad de vida¹⁻⁷



1. Hall KD et al. Am J Clin Nutr. 2022;115:1243–54; 2. Herrera BM and Lindgren CM. Curr Diab Rep. 2010;10:498–505; 3. Sominsky L and Spencer SJ. Front Psychol. 2014;5:434; 4. Luppino FS et al. Arch Gen Psychiatry. 2010;67:220–9; 5. Loring & Robertson. 2014. The Regional Office for Europe of the World Health Organization, pp.4; 6. Janssen LK & Juk JL. Canadian Adult Obesity. Available from <https://obesitycanada.ca/guidelines/epidemiology>. Accessed July 2022; 7. Lau D et al. Canadian Adult Obesity Clinical Practice Guidelines: The Science of Obesity. Available from <https://obesitycanada.ca/guidelines/science>. Accessed November 2022.

La narrativa clásica sobre la obesidad, muy arraigada, pero que deberíamos abandonar



ES CULPA TUYA
=
FALTA DE FUERZA DE VOLUNTAD¹



**LA OBESIDAD PERCIBIDA COMO:
FACTOR DE RIESGO²**



**«COME MENOS
Y MUÉVETE MÁS³»**



1. Schutz et al. European Practical and Patient-Centred Guidelines for Adult Obesity Management in Primary Care. *Obes Facts*. 2019;12(1):40-66. doi:10.1159/000496183

2. Kivimäki et al. Body-mass index and risk of obesity-related complex multimorbidity: an observational multicohort study. *Lancet Diabetes Endocrinol*. 2022;10(4):253-263. doi:10.1016/S2213-8587(22)00033-X

3. Ahmad et al. Clinical Management of Obesity in Women: Addressing a Lifecycle of Risk. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2016 Jun;43(2):201-30. doi: 10.1016/j.ogc.2016.01.007.

Es culpa tuya,
simplemente
**deberías comer menos
y moverte más**



El sistema sanitario
no debería gastar
recursos en algo así



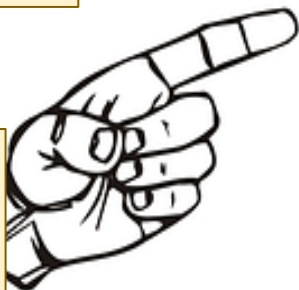
**Hasta que no pierda x
kilos no se solucionará**
su artrosis, su apnea,
su disnea, su...



No debería utilizar
medicamentos ni
plantear la cirugía



Lo único que
tiene usted
es **falta de voluntad**



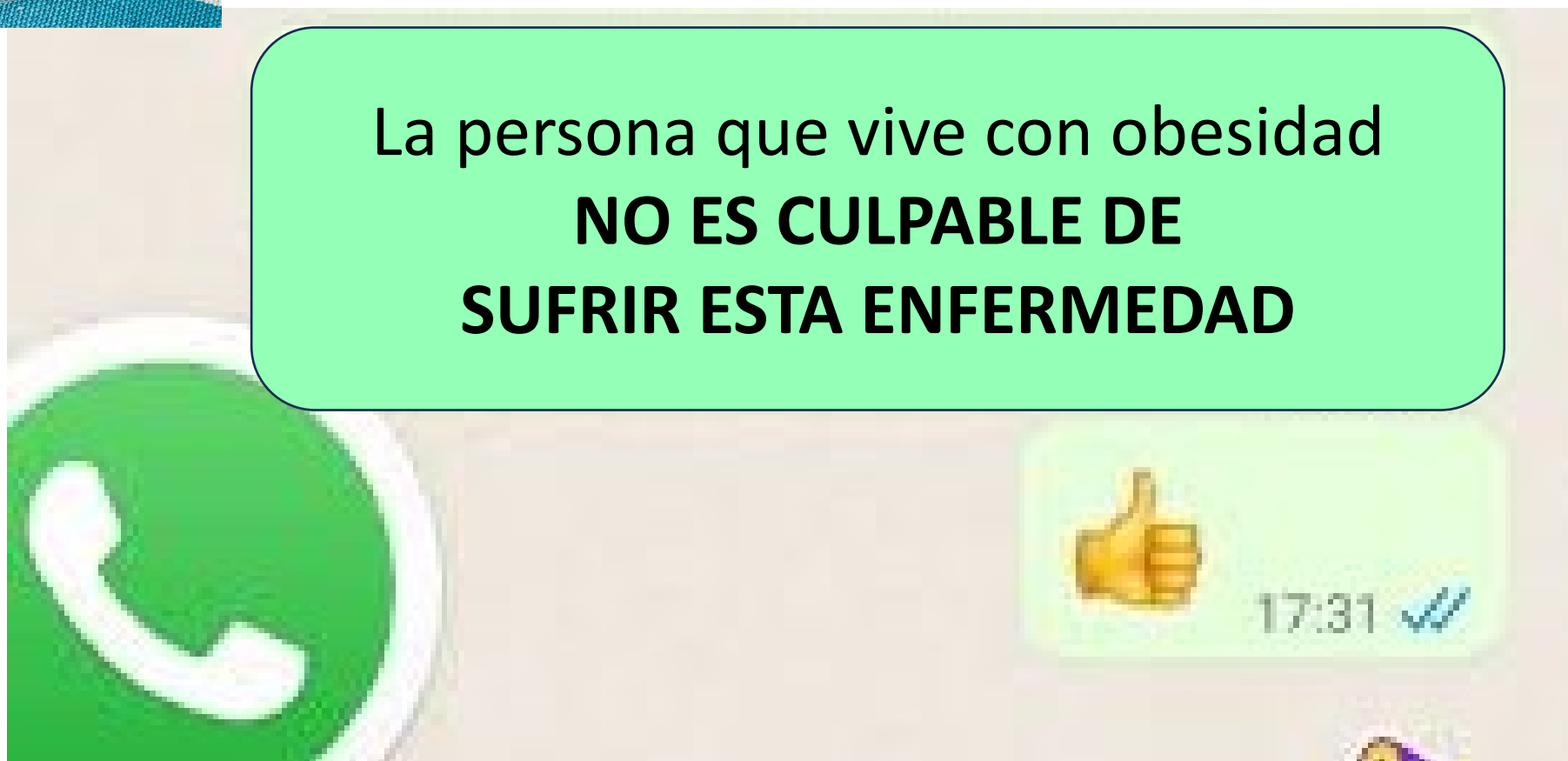
No hace falta ser
médico para
saber que su problema
es muy sencillo



Estigma
de la
obesidad



La persona que vive con obesidad
**NO ES CULPABLE DE
SUFRIR ESTA ENFERMEDAD**





Energy intake



Energy expenditure



Central nervous system networks

- Homeostatic/hypothalamic centers
- Reward centers
- Emotion and memory
- Attention
- Cognitive control



Afferent neurohormonal signals

- Gastrointestinal tract (GI tract hormones, vagal afferents)
- Pancreas (e.g. insulin)
- Adipose tissue (e.g. leptin)
- Skeletal muscle (e.g. myokines)



Resting energy expenditure

- Cardiorespiratory activity
- Maintenance of cellular processes



Physical activity

- Volitional activity/exercise
- Non-exercise activity thermogenesis



Diet-induced thermogenesis

- Energy required for processing and distributing macronutrients



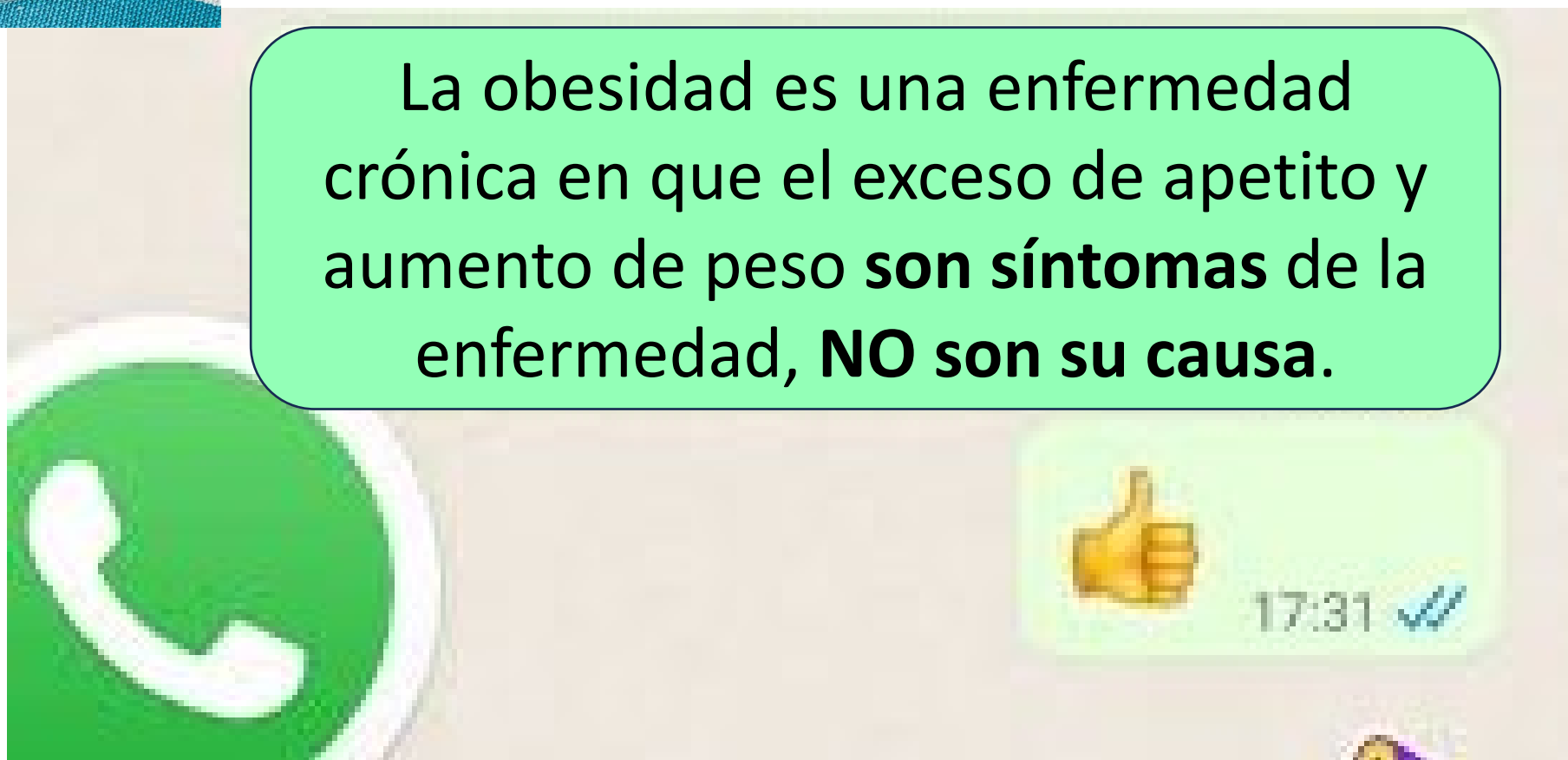
Caloric losses

- Through the GI tract or the kidneys





La obesidad es una enfermedad crónica en que el exceso de apetito y aumento de peso **son síntomas** de la enfermedad, **NO son su causa.**



El tratamiento de la obesidad consiste en mejorar la salud, el bienestar y prolongar la vida.

Va más allá de la pérdida de peso.



International Obesity Collaborative CONSENSUS STATEMENT Obesity Care vs. Weight Loss



Obesity care and weight loss are not the same.

Obesity care delivered by qualified clinicians consists of evidence-based options that address comorbidities of obesity (diabetes, hypertension, hyperlipidemia, etc.) and improve well-being. Obesity care is about health, not weight. Weight loss is just one outcome of obesity care.

Obesity is a serious, relapsing chronic disease that requires long term care, just like any other chronic disease. Safe and effective evidence-based obesity treatments that improve patient health are available.

Evidence-based treatments for obesity and severe obesity may include: nutrition and behavior modification, physical activity, medications, approved devices, and metabolic/bariatric surgery. In decisions shared with patients, clinicians utilize one or more of these modalities to treat obesity.

Globally, medical coverage limits access to effective obesity care, to the detriment of patient health. National statutes and medical insurance coverage have not kept pace with evidence and advances in clinical science. Like other serious chronic diseases, support for obesity care must be incorporated into national public health strategies and include standard benefits and coverage for obesity across the lifespan.

People with obesity deserve care, free from stigma and shame.

**“ Obesity care is about health not weight.
Weight loss is just one outcome of obesity care ”¹**



1. International Obesity Collaborative Consensus Statement. <https://easo.org/new-global-obesity-consensus-statements/>. Accessed April 2024.

¿Cuál es el efecto de la pérdida de peso en las complicaciones asociadas al paciente con obesidad?



Figura creada a partir de referencias 1-5. CV: cardiovascular; ERGE: enfermedad por reflujo gastroesofágico; EHGNA: enfermedad del hígado graso no alcohólico; EHNA: esteatohepatitis no alcohólica; IC-FEc: insuficiencia cardiaca con fracción de expulsión conservada; OA: osteoartritis; SAOS: síndrome de apnea obstructiva del sueño; SOP: síndrome del ovario poliquístico; TG: triglicéridos, 1. Garvey WT et al. Endocr Pract 2016;22(Suppl. 3):1–203. 2. Look AHEAD Research Group. Lancet Diabetes Endocrinol 2016;4:913–21. 3. Lean ME et al. Lancet 2018;391:541–51. 4. Benraoune F and Litwin SE. Curr Opin Cardiol 2011;26:555–61. 5. Sundström J et al. Circulation 2017;135:1577–85

¿Cuál es el efecto de la pérdida de peso en las complicaciones asociadas al paciente con obesidad?

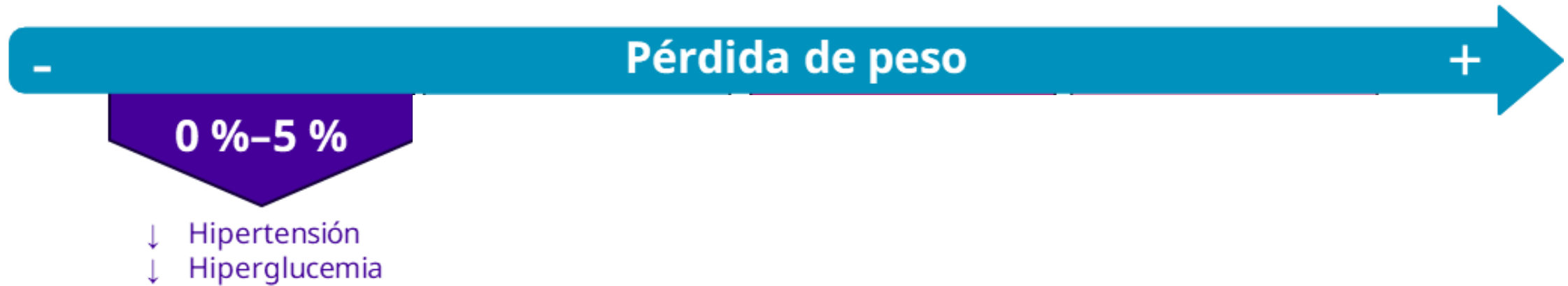


Figura creada a partir de referencias 1-5. CV: cardiovascular; ERGE: enfermedad por reflujo gastroesofágico; EHGNA: enfermedad del hígado graso no alcohólico; EHNA: esteatohepatitis no alcohólica; IC-FEc: insuficiencia cardiaca con fracción de expulsión conservada; OA: osteoartritis; SAOS: síndrome de apnea obstructiva del sueño; SOP: síndrome del ovario poliquístico; TG: triglicéridos, 1. Garvey WT et al. Endocr Pract 2016;22(Suppl. 3):1–203. 2. Look AHEAD Research Group. Lancet Diabetes Endocrinol 2016;4:913–21. 3. Lean ME et al. Lancet 2018;391:541–51. 4. Benraoune F and Litwin SE. Curr Opin Cardiol 2011;26:555–61. 5. Sundström J et al. Circulation 2017;135:1577–85

¿Cuál es el efecto de la pérdida de peso en las complicaciones asociadas al paciente con obesidad?



Figura creada a partir de referencias 1-5. CV: cardiovascular; ERGE: enfermedad por reflujo gastroesofágico; EHNA: enfermedad del hígado graso no alcohólico; EHNA: esteatohepatitis no alcohólica; IC-FEc: insuficiencia cardiaca con fracción de expulsión conservada; OA: osteoartritis; SAOS: síndrome de apnea obstructiva del sueño; SOP: síndrome del ovario poliquístico; TG: triglicéridos, 1. Garvey WT et al. Endocr Pract 2016;22(Suppl. 3):1–203. 2. Look AHEAD Research Group. Lancet Diabetes Endocrinol 2016;4:913–21. 3. Lean ME et al. Lancet 2018;391:541–51. 4. Benraoune F and Litwin SE. Curr Opin Cardiol 2011;26:555–61. 5. Sundström J et al. Circulation 2017;135:1577–85

¿Cuál es el efecto de la pérdida de peso en las complicaciones asociadas al paciente con obesidad?



Figura creada a partir de referencias 1-5. CV: cardiovascular; ERGE: enfermedad por reflujo gastroesofágico; EHGNA: enfermedad del hígado graso no alcohólico; EHNA: esteatohepatitis no alcohólica; IC-FEc: insuficiencia cardíaca con fracción de expulsión conservada; OA: osteoartritis; SAOS: síndrome de apnea obstructiva del sueño; SOP: síndrome del ovario poliquístico; TG: triglicéridos, 1. Garvey WT et al. Endocr Pract 2016;22(Suppl. 3):1-203. 2. Look AHEAD Research Group. Lancet Diabetes Endocrinol 2016;4:913-21. 3. Lean ME et al. Lancet 2018;391:541-51. 4. Benraoune F and Litwin SE. Curr Opin Cardiol 2011;26:555-61. 5. Sundström J et al. Circulation 2017;135:1577-85

¿Cuál es el efecto de la pérdida de peso en las complicaciones asociadas al paciente con obesidad?



Figura creada a partir de referencias 1-5. CV: cardiovascular; ERGE: enfermedad por reflujo gastroesofágico; EHGNA: enfermedad del hígado graso no alcohólico; EHNA: esteatohepatitis no alcohólica; IC-FEc: insuficiencia cardiaca con fracción de expulsión conservada; OA: osteoartritis; SAOS: síndrome de apnea obstructiva del sueño; SOP: síndrome del ovario poliquístico; TG: triglicéridos, 1. Garvey WT et al. Endocr Pract 2016;22(Suppl. 3):1-203. 2. Look AHEAD Research Group. Lancet Diabetes Endocrinol 2016;4:913-21. 3. Lean ME et al. Lancet 2018;391:541-51. 4. Benraoune F and Litwin SE. Curr Opin Cardiol 2011;26:555-61. 5. Sundström J et al. Circulation 2017;135:1577-85

Pequeñas pérdidas de peso consiguen mejoría de comorbidades

Beneficios de reducir el peso en un 5–10%

Reducción en el riesgo de diabetes tipo 2



Reducción en factores de riesgo ²



Mejoría en el perfil lipídico³



Mejoría en la presión arterial⁴



Mejoría en la gravedad de la apnea obstructiva del sueño^{5,6}

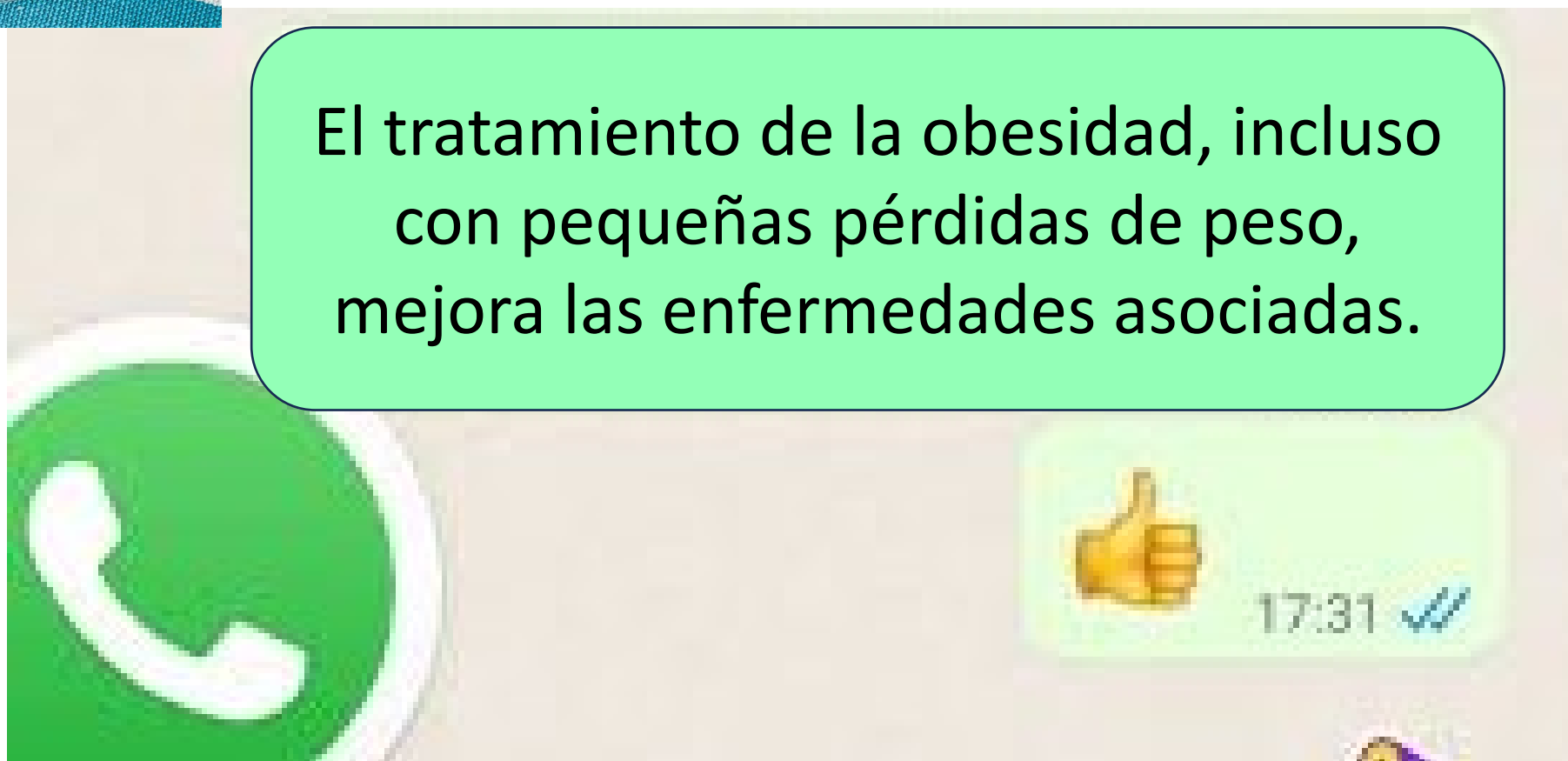


Mejoría en la calidad de vida^{7,8}





El tratamiento de la obesidad, incluso con pequeñas pérdidas de peso, mejora las enfermedades asociadas.



Las 5 A del manejo de la obesidad:

- **A**sk permission
- **A**ssess their history
- **A**dvice on management
- **A**gree on goals
- **A**ssist with drivers and barriers



Las 5 A del manejo de la obesidad:

- **Ask permission**
- Assess their history
- Advise on management
- Agree on goals
- Assist with drivers and barriers

1 Pedir permiso

- Demuestra compasión y empatía
- Genera confianza entre el paciente y el profesional



«¿Le parece bien que hablemos sobre su peso?»

THE PATIENT JOURNEY IN OBESITY MANAGEMENT



1 ASK PERMISSION

“Would it be all right if we discussed your weight?”


Asking permission

- Shows compassion and empathy
- Builds patient-provider trust

Las 5 A del manejo de la obesidad:

- Ask permission
- **Assess their history**
- Advise on management
- Agree on goals
- Assist with drivers and barriers

2 **Evaluar su historial**



- Objetivos que importan al paciente
- Clasificación de la obesidad (IMC y perímetro de cintura)
- Gravedad de la enfermedad (sistema de estadificación de la obesidad de Edmonton)

THE PATIENT JOURNEY IN OBESITY MANAGEMENT

2 **ASSESS THEIR STORY**

- Goals that matter to the patient
- Obesity classification (BMI and waist circumference)
- Disease severity (Edmonton Obesity Staging System)

4M

Treating the root causes of weight gain is the foundation of obesity management

Focus on patient-centred health outcomes versus weight loss alone



Mechanical

Metabolic

Mental

Social milieu

Las 5 A del manejo de la obesidad:

- Ask permission
- Assess their history
- **Advise on management**
- Agree on goals
- Assist with drivers and barriers

3

Asesorar sobre la gestión

Terapia de nutrición médica

- Asesoramiento personalizado por parte de un dietista certificado centrado en la elección de alimentos saludables y terapia de nutrición basada en la evidencia

Ejercicio

- 30-60 minutos de actividad de moderada a intensa la mayoría de los días

THE PATIENT JOURNEY IN OBESITY MANAGEMENT



3

ADVISE ON MANAGEMENT

Medical nutrition therapy

- Personalized counselling by a registered dietitian with a focus on healthy food choices and evidence-based nutrition therapy

Exercise

- 30-60 min of moderate to vigorous activity most days

Las 5 A del manejo de la obesidad:

- Ask permission
- Assess their history
- Advise on management
- **Agree on goals**
- Assist with drivers and barriers

3 Asesorar sobre la gestión

Terapia de nutrición médica

- Asesoramiento personalizado por parte de un dietista certificado centrado en la elección de alimentos saludables y terapia de nutrición basada en la evidencia

Ejercicio

- 30-60 minutos de actividad de moderada a intensa la mayoría de los días

<p>Psicología</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enfoque cognitivo del cambio de comportamiento • Gestión del sueño, el tiempo y el estrés • Psicoterapia si procede 	<p>Fármacos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para perder peso y ayudar a mantener la pérdida de peso 	<p>Cirugía bariátrica</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conversación cirujano-paciente
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

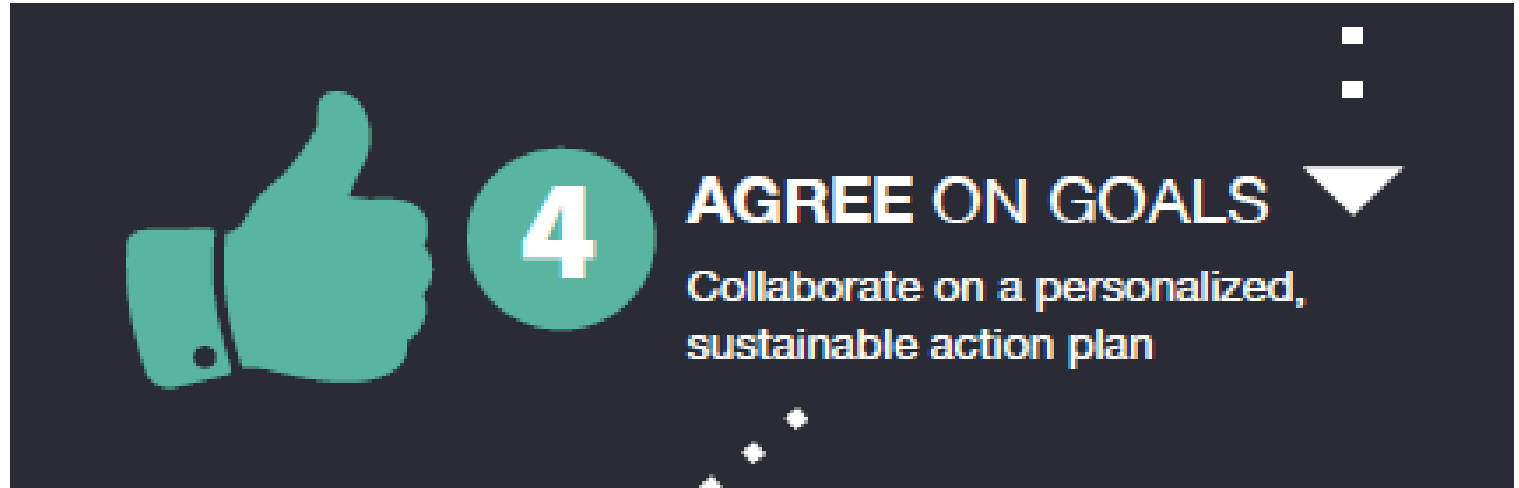
THE PATIENT JOURNEY IN OBESITY MANAGEMENT



Las 5 A del manejo de la obesidad:

- Ask permission
- Assess their history
- Advise on management
- **Agree on goals**
- Assist with drivers and barriers

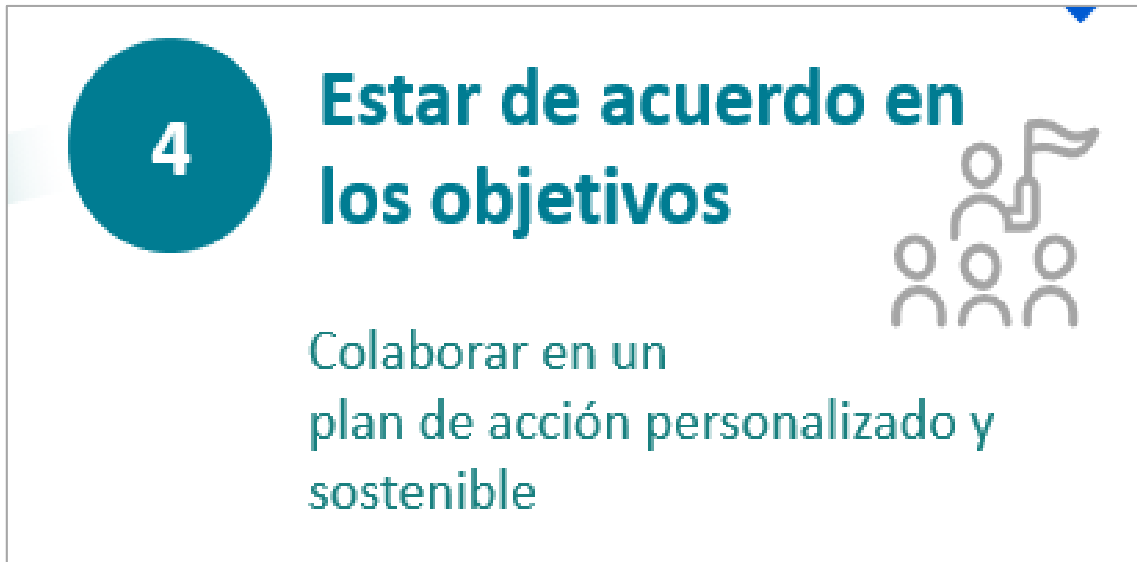
THE PATIENT JOURNEY IN OBESITY MANAGEMENT



The infographic features a teal thumbs-up icon on the left, followed by a teal circle containing the number '4'. To the right, the text 'AGREE ON GOALS' is displayed in white, with a white downward-pointing triangle to its right. Below this, the text 'Collaborate on a personalized, sustainable action plan' is written in white. The background is dark blue with faint white stars.

4 **AGREE ON GOALS**

Collaborate on a personalized, sustainable action plan



The infographic features a teal circle containing the number '4' on the left. To its right, the text 'Estar de acuerdo en los objetivos' is written in teal. Further right is a white icon of three stylized human figures, with the top one holding a flag. Below the main text, the text 'Colaborar en un plan de acción personalizado y sostenible' is written in teal. The background is light blue with a white shadow effect on the left side.

4 **Estar de acuerdo en los objetivos**

Colaborar en un plan de acción personalizado y sostenible

Las 5 A del manejo de la obesidad:

- Ask permission
- Assess their history
- Advise on management
- Agree on goals
- **Assist with drivers and barriers**

THE PATIENT JOURNEY IN OBESITY MANAGEMENT



5

ASSIST WITH DRIVERS AND BARRIERS



5

Ayudar con las motivaciones y los obstáculos

Las 5 A del manejo de la obesidad:

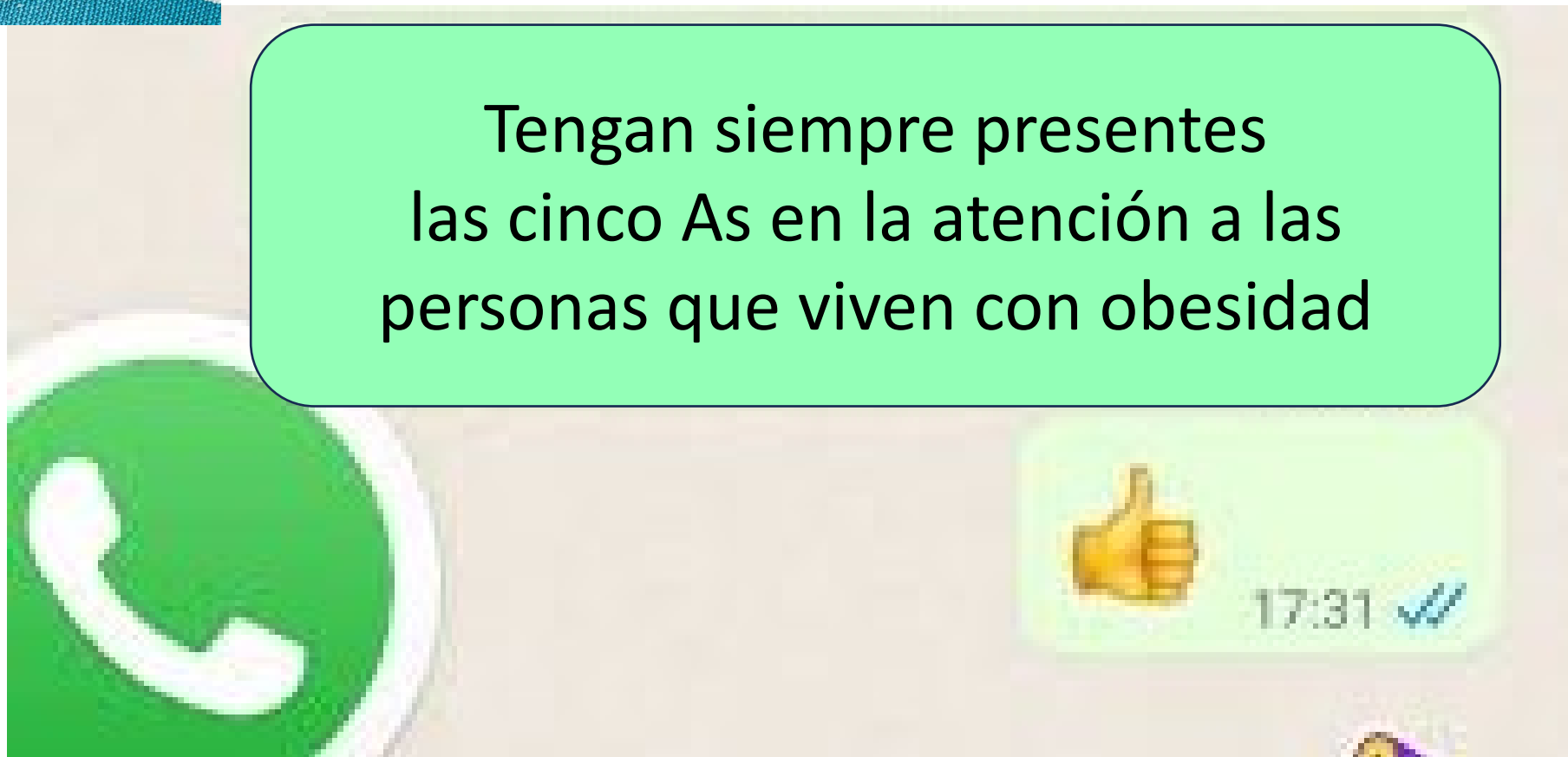
- Ask permission
- Assess their history
- Advise on management
- Agree on goals
- Assist with drivers and barriers

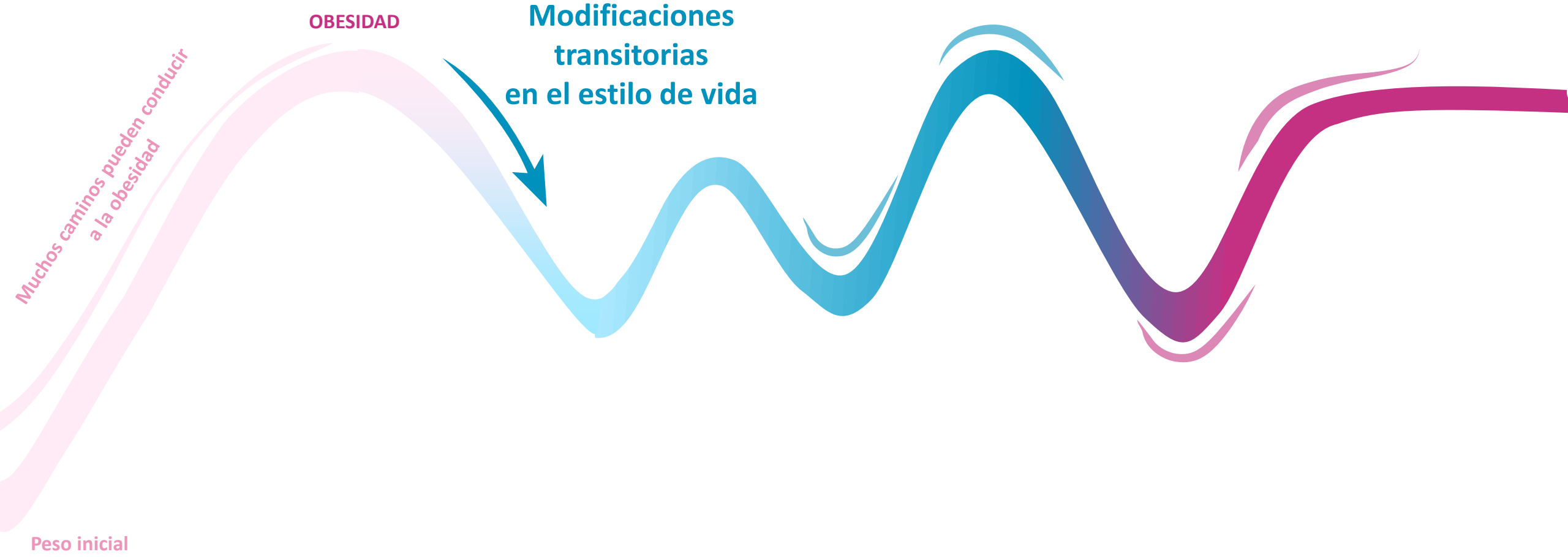
THE PATIENT JOURNEY IN OBESITY MANAGEMENT





Tengan siempre presentes
las cinco As en la atención a las
personas que viven con obesidad





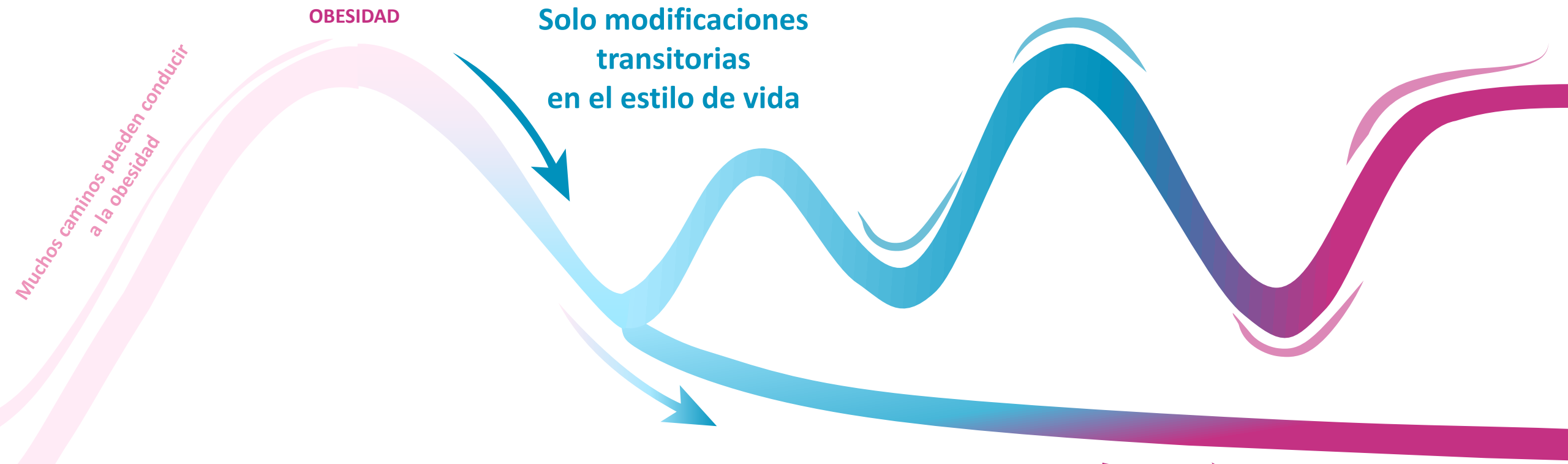
¿Por qué es tan difícil mantener el peso perdido en el largo plazo?

ADAPTACIONES METABÓLICAS

- Una vez que la obesidad se ha establecido, el cuerpo muestra una serie de **adaptaciones metabólicas** contra la pérdida de peso que promueven la **ganancia del peso perdido**¹
- El **manejo crónico del peso requiere de intervenciones** que regulen estas adaptaciones metabólicas que se dan en el paciente que vive con obesidad¹



⁴⁷1. Fothergill et al. Obesity (Silver Spring). 2016;24:1612–19; 2. Sumithran et al. N Engl J Med. 2011;365:1597–604.



OBESIDAD

Solo modificaciones transitorias en el estilo de vida

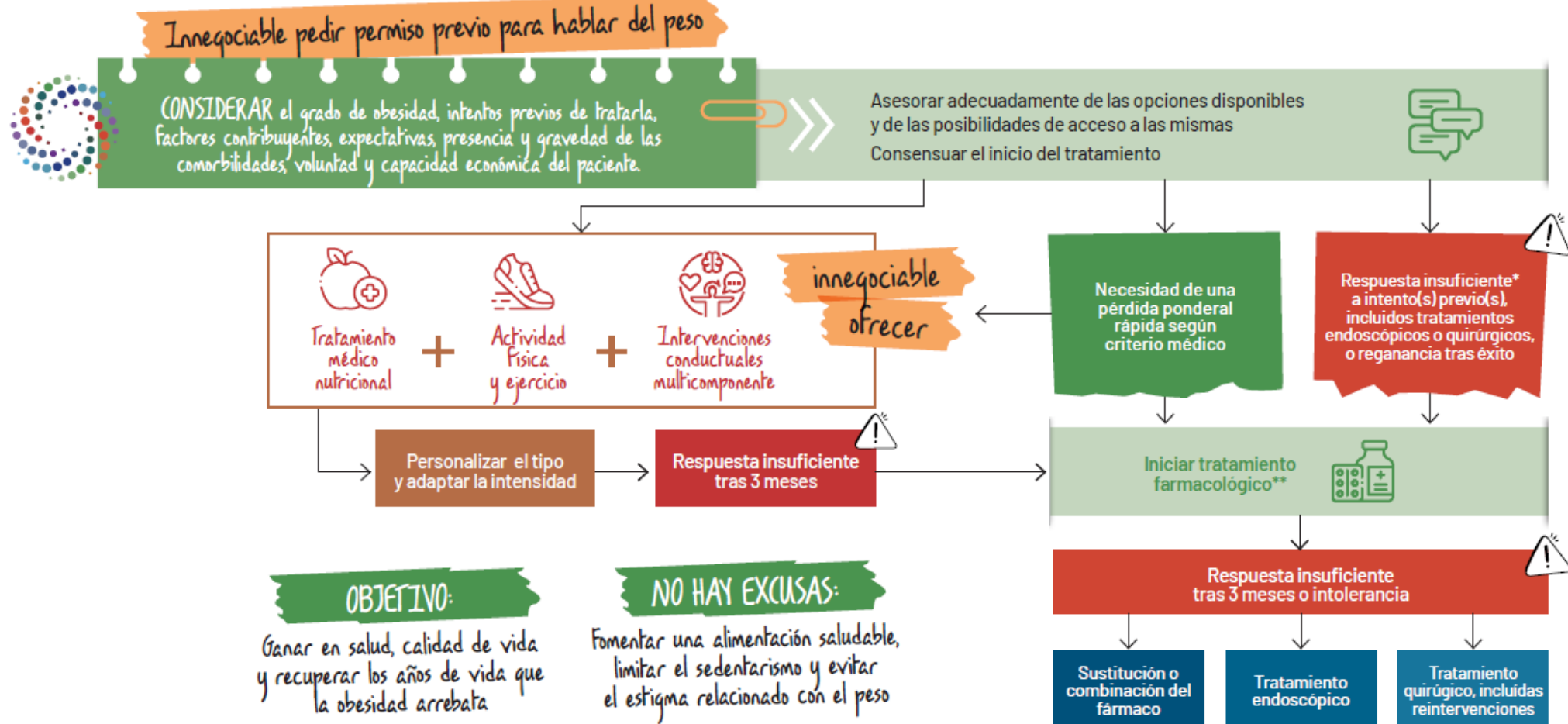
Muchos caminos pueden conducir a la obesidad

Peso inicial

- **Modificaciones mantenidas en el estilo de vida**
- **Ejercicio físico adecuadamente prescrito**
- **Evitar el estigma de las personas con obesidad**
- **Farmacoterapia de reciente y futura comercialización**
- **Cirugía bariátrica y metabólica**
- **Futuras técnicas endoscópicas**

Pérdida de peso sostenida y mejora de la salud

FIGURA 3. Algoritmo de la Guía GIRO de tratamiento de la obesidad.



*De alcanzar la dosis máxima indicada o tolerada. **El tratamiento farmacológico puede iniciarse también en pacientes con un IMC > 27 kg/m² y al menos una comorbilidad asociada con la obesidad.

En el momento de escribir la **guía GIRO**, los fármacos aprobados tanto por la EMA como por la AEMPS para el tratamiento farmacológico contra la obesidad son: liraglutida 3,0 mg, semaglutida 2,4 mg, orlistat 120 mg, tirzepatida y la combinación bupropion/naltrexona de liberación prolongada. Esta última combinación actualmente no se encuentra comercializada en España. Por su parte, tirzepatida aún no ha iniciado su comercialización en el momento de publicar esta guía.

AEMPS: Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios; EMA: Agencia Europea del Medicamento (del inglés *European Medicines Agency*); IMC: índice de masa corporal.

Figura de elaboración propia.



El arsenal terapéutico actual de la obesidad alcanza tasas de pérdida de peso y mejora de patologías asociadas muy esperanzadoras.





Muchas gracias por su atención