

PUESTA AL DÍA EN CARDIOLOGÍA

Juan Karlo Urrea Zapata, MD*

“Guía para el manejo farmacológico de la obesidad: una guía de práctica clínica de la sociedad endocrina”

PHARMACOLOGICAL MANAGEMENT OF OBESITY: AN ENDOCRINE SOCIETY CLINICAL PRACTICE GUIDELINE

Caroline M. Apovian, Louis J. Aronne, Daniel H. Bessesen, Marie E. McDonnell, M. Hassan Murad, Uberto Pagotto, Donna H. Ryan, and Christopher D. Still. *J Clin Endocrinol Metab* 100: 0000–0000, 2015

Una revisión muy importante encabezada por el grupo de Boston (Harvard) que nos da una ilustración del creciente problema de la obesidad, las recomendaciones farmacológicas para lograr reducciones de peso y el manejo de las comorbilidades. Aquí algunos puntos para la práctica diaria:

1. En sobrepeso y obesidad se insiste en dieta, ejercicio y modificaciones del estilo de vida para las personas con índice de masa corporal (IMC) $\geq 25\text{kg/m}^2$, además de manejo farmacológico para IMC $\geq 27\text{kg/m}^2$ con comorbilidades ó $\geq 30\text{kg/m}^2$ sin comorbilidades, y la elección de llevar a cirugía bariátrica para IMC $\geq 35\text{kg/m}^2$ con comorbilidades ó $\geq 40\text{kg/m}^2$ sin comorbilidades.
2. Para efecto práctico son consideradas comorbilidades en esta guía la presencia de hipertensión arterial (HTA), diabetes mellitus (DM), dislipidemia y la apnea obstructiva del sueño.
3. Las intervenciones que se realizan al paciente deben tener un seguimiento mensual por los primeros 3 meses y trimestral cuando se requiere de fármacos para evaluar los resultados y seguridad de los medicamentos.
4. Cuando un paciente pierde $\geq 5\%$ de su peso en los 3 meses, esto debe considerarse un éxito terapéutico y se recomienda mantener las medidas instauradas incluyendo las medicaciones.
5. Si no se llega a este 5% de pérdida de peso en los 3 meses, se considera descontinuar la medicación y escalar en otro tipo de tratamiento.
6. En los pacientes con comorbilidades, también debe buscarse que el tratamiento que reciben no tenga un efecto metabólico en el peso y cuando se requieran, debe haber un seguimiento muy cauto para saber el momento de intervenciones adicionales, se citan estos ejemplos:
 - a. Betabloqueadores en HTA
 - b. Insulina y sulfonilureas en DM
 - c. Paroxetina en medicaciones psicotrópicas
 - d. Esteroides en enfermedades autoinmunes

En general se realizan unas aproximaciones a los medicamentos que deben manejarse, teniendo en cuenta que para el internista o cardiólogo, se recomienda la remisión temprana del paciente para el manejo multidisciplinario con endocrinología, nutrición y cuando haya la clínica de obesidad.

Referencia:

<http://press.endocrine.org/doi/pdf/10.1210/jc.2014-3415>

EDITOR

*: Juan Karlo Urrea Zapata, MD, FsASE

Medicina y Cirugía, Universidad Libre, Cali

Medicina Interna, Cardiología, Diagnóstico No Invasivo, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá

Fellow Student, American Society of Echocardiography, Miembro de número Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular.

Profesor adscrito, Universidad Libre, Universidad del Valle, Cali, Colombia.

Master Universitario en proceso, Avances en Cardiología, Sociedad Española de Cardiología, Sociedad Colombiana de Cardiología, Grupo Menarini, Universidad Católica San Antonio.

Subinvestigador TIMI Study Group, Harvard Medical School, Boston, Mass.

Par Académico, Universidad Nacional de Colombia.

Editor Asociado, PLM América Latina.

International Instructor Network, American Heart Association, USA.

Instructor Internacional avalado, Operation Smile, Centro de Entrenamiento Salamandra, AHA en BLS-ACLS, ACLS-EP.

Unidad de Cardiología, DIME Clínica Neurocardiovascular, Cali, Colombia.