

Artículo Original Breve

Obesidad metabólicamente sana en nuestro entorno: influencia de la calidad de vida, dieta mediterránea y carga familiar de obesidad

Metabolically healthy obesity in our environment: influence of quality of life, Mediterranean diet and obesity family history

Paula Avellaneda*, Salvador Ferrando*, María del Mar Melero*, Víctor Fandos*, Yolanda Melero**, Jose Vte. Ferrer***

* Nutricionista-Dietista, **Psicóloga, ***Cirujano Bariátrico Clínica Obésitas, Valencia ✉ dr.ferrer@obesitas.es

Resumen: Los pacientes con obesidad metabólicamente sana (OMS) son aquellos que presentan obesidad grado II o mayor, pero no padecen diabetes mellitus, ni hipertensión y/o hiperlipidemia. Realizamos un estudio observacional retrospectivo en un grupo de pacientes operados de cirugía bariátrica en los últimos 2 años (n=182), independientemente de la técnica utilizada, para determinar la incidencia de OMS en nuestro entorno. Clasificamos a los pacientes en dos subgrupos de edad, IMC y tiempo de evolución de la obesidad similares: subgrupo I (n=25) con obesidad y DM; y subgrupo II (n=25) con OMS, con el objetivo de comprobar si la OMS está influida por el seguimiento de una dieta mediterránea, los antecedentes familiares, la calidad de vida y/o el estado emocional de los pacientes. Como resultado, obtenemos que el 86,26% (n=157) de los pacientes tiene OMS. No encontramos diferencias estadísticamente significativas entre los dos subgrupos en cuanto a la adherencia a la dieta mediterránea, los antecedentes familiares de obesidad, la calidad de vida, ni el estado emocional de los pacientes.

Palabras clave: Obesidad metabólicamente sana, dieta mediterránea, prevalencia, cirugía bariátrica.

Abstract: Metabolically healthy obese (MHO) patients are those with grade II obesity or higher, but do not have diabetes mellitus or hypertension and/or hyperlipidemia. A retrospective observational study in a group of patients who had undergone a bariatric surgery in the last 2 years (n=182), irrespective of the technique used, to determine the incidence of MHO in our environment. Patients were classified into two subgroups of similar age, BMI and time evolution of obesity: subgroup I (n=25) with obesity and DM; and subgroup II (n=25) with MHO, in order to check whether the MHO is influenced by a Mediterranean diet, obesity family history, quality of life and/or patients emotional status. As a result, we obtain that 86.26% (n=157) of patients have MHO. We found no statistically significant differences between the two subgroups in terms of adherence to the Mediterranean diet, obesity family history, quality of life or patients emotional status.

Keywords: Metabolically health obesity, Mediterranean diet, prevalence, bariatric surgery.

Introducción

Se define como obesidad metabólicamente sana (OMS), a aquellos pacientes con obesidad grado II o mayor, que no padecen diabetes mellitus (DM). Otros autores lo definen como aquellos que no padecen DM, ni hipertensión y/o hiperlipidemia.

No se conocen los mecanismos que podrían explicar este perfil metabólicamente favorable de los individuos con OMS. Sin embargo, algunas evidencias (1) sugieren que las diferencias en la acumulación de la grasa visceral, el peso al nacer, el tamaño de las células adiposas y la expresión de marcadores genéticos de la diferenciación de las células adiposas, podrían favorecer el desarrollo del fenotipo de OMS.

Por otro lado, la incidencia de OMS puede depender de factores tan influyentes como los hábitos dietéticos y la calidad de vida del paciente obeso en ese grupo poblacional.

El objetivo de este trabajo es determinar la incidencia de OMS entre los pacientes tratados en nuestra Clínica (levante mediterráneo), y comprobar si el seguimiento de una dieta mediterránea, los antecedentes familiares, la calidad de vida y/o el estado emocional del paciente, influyen en la incidencia de OMS.

Material y métodos

Estudio observacional retrospectivo en el que se estudia un grupo de pacientes operados de obesidad

severa o mórbida en los dos últimos años (n=182), intervenidos en Clínica Obésitas, independientemente de la técnica utilizada. Se les ha realizado una encuesta preoperatoria sobre: calidad de vida y estado emocional (test de Bite y SF-36), adherencia a la dieta mediterránea (test de Kidmed), y carga familiar de obesidad (CFO). La CFO se ha cuantificado según metodología propuesta por nuestro equipo (2). Del total de los pacientes, se han seleccionado y agrupado en dos grupos homogéneos en edad, IMC y distribución de sexo, para su posterior comparación: el subgrupo I, con obesidad + DM (n=25), y el subgrupo II obtenido a partir del grupo con OMS (n=25), de edad, IMC y tiempo de evolución de la obesidad similar al grupo con obesidad + DM.

Resultados

Del total de 182 pacientes estudiados, se ha encontrado DM en 25 casos (13,74%), DM + hiperlipemia en 9 casos (4,95%), y DM + hiperlipemia + HTA en 5 casos (2,75%). Edad media de 44,0±11,2 años e IMC de 43,8±8,2 kg/m² en el subgrupo I; y 38,9±9,4 años y 42,2±7,7 kg/m² en el subgrupo II. La adherencia a la dieta mediterránea según el test Kidmed, es baja en ambos subgrupos y sin diferencias SS entre ambos. Tampoco se han encontrado diferencias SS entre los subgrupos I y II, en los antecedentes familiares de obesidad, ni en la sintomatología bulímica, ni en el “test Vitalidad”. (Tabla I)

	Test KIDMED	Test Bite	Test SF-36	CFO
Subgrupo I (Obesidad + DM)	4,52 +/- 2,40	15,12 +/- 6.73	37,19 +/- 25,49	3,82 +/- 2,17
Subgrupo II (OMS)	4,88 +/- 2,71	16,31 +/- 10,09	37,19 +/- 25,49	4,21 +/- 3,05
t-student	p > 0,01	p > 0,01	p > 0,01	p > 0,01

Tabla 1. Diferencias entre subgrupo I (obesidad + DM) y subgrupo II (OMS). CFO: carga familiar de obesidad; DM: Diabetes Mellitus; OMS: Obesidad metabólicamente sana.

Discusión

En nuestro estudio, hemos encontrado una tasa de OMS del 86,26%, pudiendo considerarla como una aproximación de la incidencia de OMS en la cuenca Mediterránea. Sin embargo, otros autores (3) obtuvieron una tasa de 38,7-40% de OMS en España. Comparamos ambos datos con publicaciones de la población estadounidense (4), y observamos que en ésta se encontró una tasa de 58% de OMS en población blanca y 44% en población negra. (Tabla II).

Sin embargo, y de manera controvertida, un meta-análisis publicado en 2015 (4) encontró que la población americana tenía la mayor prevalencia de personas con OMS, mientras que la población europea mostró una mayor prevalencia de pacientes con normopeso pero metabólicamente enfermos.

En otro estudio (6), en el que utilizaron diferentes criterios para definir la obesidad de los participantes, se encontró que los pacientes con obesidad (IMC >30 kg/m²), presentaron una prevalencia de OMS entre 3.3 y 32.1% en hombres y entre 11.4 y 43.3% en mujeres. Al utilizar el criterio de la obesidad abdominal, la prevalencia de OMS fue entre 5.7 y 36.7% en hombres y entre 12.2 y 57.5% en mujeres. Por último, usando el porcentaje de masa grasa corporal, mostró una prevalencia de OMS entre 6.4 y 43.1% en hombre y entre 12.0 y 55.5% en mujeres.

Por otro lado, hay que destacar que recientes estudios indican que este tipo de paciente obeso metabólicamente sano, no se traduce en un menor riesgo de eventos cardiovasculares. En un metaanálisis de 22 estudios prospectivos (7), concluyeron que los pacientes con OMS se asociaron a un mayor riesgo de eventos cardiovasculares, comparando con individuos metabólicamente sanos con normopeso (RR 1.50). Sin

embargo, los pacientes con OMS no se asociaron con un aumento del riesgo de la mortalidad por todas las causas (RR 1.18).

Por otro lado, también se ha estudiado la posible mejoría de diferentes aspectos metabólicos con la pérdida de peso en pacientes con OMS. En dos estudios realizados (8-9), se observó con la pérdida de peso, una reducción significativa de la circunferencia de cintura, de los niveles de glucosa en ayunas y de los triglicéridos en sangre, así como mejoras en la sensibilidad a la insulina, y un aumento de los niveles de colesterol HDL, tanto en los individuos con OMS como en aquellos metabólicamente enfermos.

En cuanto a nuestro estudio, hemos observado que el test Kidmed de adherencia a la dieta mediterránea, debería hacerse en base a la dieta de varios años anteriores a la operación, y no inmediatamente antes, como se ha realizado en este estudio. Una buena adherencia a la dieta mediterránea es considerada con una puntuación igual o mayor a 7 puntos del test Kidmed, por lo que los dos subgrupos estudiados presentaban una baja puntuación (4,52 +/- 2,40 el subgrupo I vs. 4,88 +/- 2,71 el subgrupo II).

	OMS	OME
Clínica Obésitas (Cuenca Mediterránea)	86,26% (n=157)	13,74% (n=25)
España (2)	38,7-40%	60-61,3%
EEUU (3)	58% pobl. blanca	42% pobl. blanca
	44% pobl. negra	56% pobl. negra

Tabla II: Incidencia de OMS en población de la cuenca mediterránea, España y EEUU.

OME: Obesidad Metabólicamente Enferma;
OMS: Obesidad Metabólicamente Sana.

Conclusiones

Hemos encontrado una tasa de OMS mucho mayor en nuestro entorno (Levante Mediaterráneo), que contando la población general de España que era mayor, y que en EEUU que es mucho mayor.

No hemos encontrado entre nuestros grupos sanos y patológicos ninguna diferencia significativa en adherencia a la dieta mediterránea, la carga familiar de obesidad, ni en los test psicológico de vitalidad y bulimia.

Creemos que sería necesario una encuesta sobre la adherencia a la dieta Medieterránea que tenga en cuenta un periodo de al menos 5 años anteriores a la cirugía bariátrica, así como un estudio poblacional mayor para obtener mejores conclusiones.

Bibliografía

1. Primeau V, Coderre L, Karelis AD, et al. Characterizing the profile of obese patients who are metabolically healthy. *Int J Obesity*. 2010 Oct;35:971-81.
2. Ferrer JV, Sanahuja A, Melero Y, y cols. Posible influencia de los antecedentes familiares de obesidad de los pacientes, en el resultado de la Gastrectomía Vertical Laparoscópica a dos años. *BMI* 2015 5-2-4:720-721.
3. Goday A, Calvo E, Vázquez LA, et al. Prevalence and clinical characteristics of metabolically healthy obese individuals and other obese/non-obese metabolic phenotypes in a working population: results from the Icaria study. *BCM Public Health*. 2016 April;16:248.
4. Phillips CM. Metabolically healthy Obesity: definitions, determinants and clinical implications. *Rev Endocr Metab Disord*. 2013 Sep;14(3):219-27
5. Wang B, Zhuang R, Luo X, et al. Prevalence of Metabolically Healthy Obese and Metabolically Obese but Normal Weight in Adults Worldwide: A Meta-Analysis. *Horm Metab Res*. 2015 Oct;47(11):839-45.
6. Velho S, Paccaud F, Waeber G, et al. Metabolically healthy obesity: different prevalences using different criteria. *Eur J Clin Nutr*. 2010 Oct;64(10):1043-51.

7. Zheng R, Zhou D, Zhu Y. The long-term prognosis of cardiovascular disease and all-cause mortality for metabolically healthy obesity: a systematic review and meta-analysis. *J Epidemiol Community Health*. 2016 April.

8. Sesti G, Folli F, Perego L, et al. Effects of weight loss in metabolically healthy obese subjects after laparoscopic adjustable gastric banding and hypocaloric diet. *PLoS One*. 2011 Mar;6(3):e17737.

9. Janiszewski PM, Ross R. Effects of weight loss among metabolically healthy obese men and women. *Diabetes Care*. 2010 Sep;33(9):1957-9..