

## NOTA DE PRENSA

**REITERAN LA IMPORTANCIA DE “TRATAR EL EXCESO DE ADIPOSIDAD PARA PREVENIR COMORBILIDADES QUE, EN ÚLTIMA INSTANCIA, CONDICIONARÁN EL PRONÓSTICO DEL PACIENTE”**

### **Médicos internistas advierten que la adiposidad por sí sola causa daños en el riñón, el hígado y el corazón y que tratar la obesidad como una enfermedad es clave para prevenirlos**

- La grasa o adiposidad puede producir enfermedad de dos maneras, por depositarse en exceso donde no debe estar y por distintas razones como el gran tamaño de los adipocitos o la inflamación de base que induce
- El 30% de la población tiene obesidad, pero la prevalencia de la Enfermedad Metabólica Asociada a la Adiposidad (EMEA), es mayor porque hay personas con adiposidad sin un IMC mayor de 30, propio de la obesidad
- El diagnóstico y clasificación de la EMEA no solo debe basarse en el IMC, sino también en el cálculo de la cantidad de grasa corporal y su disposición y en su “estadiaje” según las comorbilidades asociadas
- La obesidad debe ser considerada una enfermedad multifactorial, crónica, recidivante y multisistémica para dotarla de recursos para su correcto tratamiento, en el que el papel del médico internista es esencial para realizar un abordaje integral

23 de octubre de 2024. – Los médicos internistas advierten que la obesidad es una enfermedad que, a su vez, conduce a la enfermedad metabólica asociada al exceso de adiposidad (EMEA), que son todas aquellas comorbilidades que aparecen en las personas que viven con obesidad, derivadas del exceso y depósito de grasa. **Esta adiposidad que afecta y daña órganos tan importantes como el riñón, hígado y corazón, pero se ha visto que el tratamiento de la obesidad para bajar de peso corporal, al menos un 10%, reduce el riesgo asociado a estas comorbilidades**, según se ha puesto de manifiesto en el [45º Congreso Nacional de Medicina Interna-19º Congreso de la Sociedad Canaria de Medicina Interna \(SOCAMI\)](#), de la **Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI)**, que tiene lugar en **Maspalomas (Canarias)** del **24 al 26 de octubre**.

La **Dra. Juana Carretero**, **presidenta de la SEMI** y médico internista del Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario de Badajoz, ha co-moderado la **mesa redonda “Enfermedad Metabólica Asociada a Adiposidad y Medicina Interna”** e impartido la

ponencia **“Enfermedad metabólica basada en exceso de adiposidad (EMEA). ¿De qué hablamos realmente?”**. Según ha explicado, **“la grasa o adiposidad puede producir enfermedad de dos maneras: al depositarse en exceso en lugares donde no debe estar, como las articulaciones, las vías respiratorias, el hígado o el corazón. O porque esa grasa es disfuncionante por distintas razones: su tamaño, ya que los adipocitos son grandes (hipertróficos); por el exceso de adipoquinas inflamatorias que llevan a una inflamación basal que puede conducir a enfermedades como la Insuficiencia cardíaca (IC) o la fibrilación auricular (FA); por inducir fibrosis del tejido adiposo que influye en las patologías previas, como la enfermedad metabólica hepática o la enfermedad renal crónica (ERC)”**.

### **Enfermedades asociadas al exceso de adiposidad**

Entre todas las **enfermedades asociadas** al exceso de adiposidad, figuran la IC con fracción de eyección preservada (ICFEp), la enfermedad cardiovascular, **la nefropatía asociada a la obesidad, que será la primera causa de enfermedad renal crónica para el 2030**, los síndromes de hipoventilación asociados a la obesidad, la fibrilación auricular (FA), la diabetes tipo 2 y la enfermedad hepática asociada a la disfunción metabólica. Asimismo, hay **más de 30 tipos de cáncer, el síndrome del ovario poliquístico, la infertilidad en hombres y mujeres o los problemas articulares**, entre otros.

**La prevalencia de la EMEA es mucho mayor de la prevalencia de la obesidad**, estimada en el **30% de la población adulta española para el 2030**. **“Hay personas que, sin llegar al IMC de 30, el estimado para diagnosticar la obesidad, tienen dicho exceso de adiposidad, sobre todo aquellas con elevado perímetro abdominal. Por eso, las guías recomiendan iniciar el tratamiento para la obesidad con IMC > 27 o con perímetros abdominales superiores a 102 en varones o 98 en mujeres”**, ha destacado la **Dra. Carretero**, quien afirma que sería idóneo **“si pudiéramos cuantificar la grasa corporal a todas las personas con obesidad y tuviéramos unos biomarcadores útiles** que nos indiquen las que están en mayor riesgo por tener una grasa con mayor contenido de adipoquinas proinflamatorias”.

Para el **diagnóstico y clasificación de la EMEA**, **“ya no solo debemos basarnos en parámetros antropométricos**, como el índice de masa corporal (IMC), que es quizá el peor parámetro posible, **sino aproximarnos a calcular la cantidad de grasa corporal y su disposición**, por ejemplo, con una bioimpedancia. Además, debemos estadificar esa enfermedad metabólica, según la cantidad de comorbilidades que acompaña y/o el riesgo de que esta aparezcan”, expone la **Dra. Carretero**, en línea con el nuevo marco de diagnóstico, estadiaje y manejo de la obesidad publicado en [Nature Medicine](#) este 2024.

La **Dra. Carretero** subraya que **“la EMEA debe ser considerada una enfermedad crónica, recidivante y, como hemos visto, multisistémica**. Es multifactorial, porque son muchos los mecanismos que llevan a ella, no solo el exceso de ingesta o la falta de ejercicio físico. Además, **todo aquello que no es considerado enfermedad, y en este caso, crónica, no**

*dispone de los recursos necesarios para su abordaje, desde la prevención hasta un proceso asistencial. Con lo que sabemos ahora, **ya no debemos aspirar a prevenir la obesidad (exceso de adiposidad), sino tratar el exceso de adiposidad para prevenir comorbilidades** que, en última instancia, condicionarán el pronóstico del paciente”.*

*“**Nuestros pacientes son personas que viven con varias enfermedades crónicas derivadas del exceso de adiposidad**, como la IC, nuestro principal diagnóstico al alta, la fibrilación auricular (FA), la diabetes mellitus tipo 2 (DM2), ya que el 40% de los pacientes que ingresan en nuestras plantas tienen diabetes, etcétera. Por eso, **el papel del internista en esta patología es esencial en un doble sentido: identificar a esos pacientes que están en riesgo de desarrollar las comorbilidades o ingresan por descompensación de estas** y por el hecho de que identificarlas **permite ofrecerles un tratamiento más personalizado**; si no tratamos ese exceso de adiposidad, no estaremos tratando la raíz de la enfermedad”*, destaca la Dra. Carretero.

Precisamente, un [estudio publicado en Endocrine Practice](#) señala que la consideración de la EMEA como una enfermedad ofrece oportunidades de prevención primaria, secundaria y terciaria, esta última con fármacos anti-obesidad de segunda generación para conseguir un control del peso corporal que permita evitar complicaciones específicas.

*“Hoy en día **todas las guías de tratamiento aconsejan pérdidas de peso superiores al 10% para conseguir controlar todas estas comorbilidades** y cada vez es mayor la evidencia que nos dice que **con los nuevos fármacos para la obesidad obtenemos un beneficio que va mucho más allá del peso perdido**, en relación con la mejoría del perfil metabólico y, sobre todo, la remodelación de la carga inflamatoria de la grasa”*, añade.

Asimismo, para **combatir el estigma asociado a la obesidad** hay que **“considerarla como una enfermedad crónica, dotándola de recursos para su correcto tratamiento; considerar a la persona con obesidad como una persona enferma, con una enfermedad crónica como tantas, en las que esta enfermedad pasa por diferentes fases y en cada una se necesitará una actuación diferente; mejorar la educación sanitaria en torno a la obesidad de la población general y de los mismos profesionales sanitarios; y evitar hablar de gordos y hablar de personas con obesidad**, no normalizando el hecho de que “tener obesidad estar sano”, porque con el tiempo, aparecerán las comorbilidades asociadas esta”, dice.

### **Impacto en el riñón, hígado y corazón**

El **Dr. José Pablo Miramontes González**, profesor de Medicina de la Universidad de Valladolid y del Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario Río Hortega, de Valladolid, ha departido sobre **EMEA y riñón**. **“La obesidad, y el aumento de la adiposidad, afecta de una forma directa la salud renal contribuyendo al desarrollo y progresión de la ERC. La relación entre la obesidad y la enfermedad renal es compleja y responde a un**

*mecanismo multifactorial que involucra vías metabólicas, hemodinámicas e inflamatorias". Actualmente, los estudios epidemiológicos han demostrado cómo el aumento del IMC a lo largo del seguimiento se asocia a un aumento del riesgo de desarrollo de enfermedad renal, de modo que los pacientes con obesidad clase I, II y III tuvieron un riesgo de desarrollo de enfermedad renal de 3,6, 6,2 y 7,1 veces mayor que las personas con un peso adecuado. Además, **"la estrecha relación de la obesidad con otros factores de riesgo de enfermedad renal como la diabetes y la hipertensión hace del riñón uno de los órganos que más se ve afectado por el aumento de la adiposidad de forma directa e indirecta"**.*

La **Dra. Maribel Pérez Soto**, del Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario del Vinalopó, de Elche (Alicante), ha hablado sobre **EMEA y corazón**. **"Uno de los efectos más importantes, tanto por su prevalencia como por su repercusión clínica con elevada morbimortalidad, es la relación entre la enfermedad metabólica asociada a la adiposidad y el corazón"**, ha dicho. Estudios clásicos como el de Framingham ya demostraron que **los pacientes con obesidad tienen el doble de riesgo de desarrollar IC en comparación con aquellos con IMC normal**. Estudios posteriores confirman que **por cada aumento de 1 kg/m<sup>2</sup> del IMC, aumenta un 7% en mujeres y un 5% en hombres este riesgo de IC**. Estudios fisiopatológicos más recientes han encontrado que el exceso de adiposidad supone un factor de riesgo independiente para desarrollar ICfEp. Además, presenta características clínicas y hemodinámicas más desfavorables con peores síntomas, capacidad funcional y calidad de vida que individuos con ICfEp sin obesidad, ha informado la Dra. Soto.

**"Uno de los principales retos a la hora de abordar la IC en personas con obesidad es su retraso en el diagnóstico al solaparse los síntomas, lo que puede empeorar el pronóstico. Debemos hacer especial hincapié en que el tratamiento de la obesidad tiene un efecto beneficioso, ya que ha conseguido prevenir su aparición e incluso disminuir la enfermedad y mortalidad cardiovascular asociadas"**, según la Dra. Pérez Soto.

El **Dr. Pablo Pérez Martínez**, del Hospital Reina Sofía de Córdoba, catedrático de Medicina de la Universidad de Córdoba, coordinador SEMI de Investigación y comoderador de la mesa redonda, ha departido sobre **EMEA e hígado**. En su ponencia, ha remarcado que **"están claramente identificados los mecanismos a través de los cuales el exceso de adiposidad contribuye a la Enfermedad por Hígado Graso asociado a Disfunción Metabólica (MASLD), que genera comorbilidades multisistémicas con gran impacto sobre la salud. En estos pacientes, la pérdida de peso que permita reducir el tejido adiposo disfuncionante, es el factor más importante relacionado con la mejoría de las características histológicas y la evolución de los pacientes con MASLD"** y ha añadido **"nos emplazamos a nueva y apasionante era para el tratamiento de la enfermedad metabólica asociada a adiposidad con el desarrollo de nuevos fármacos que, en sus estadios iniciales, parecen ser eficaces y seguros"**.

Precisamente, en su ponencia sobre **fármacos**, el **Dr. Juan José González Soler**, del Servicio de Medicina Interna del Complejo Hospitalario Universitario de Ourense y coordinador de la Unidad de Obesidad y Sobrepeso del Hospital Vithas Vigo (Pontevedra), ha insistido en que **“la obesidad se caracteriza por un exceso de tejido adiposo corporal, pero es la alteración funcional del tejido adiposo y no solo su acumulación la que juega un papel relevante en esta patología”**. También ha informado sobre las dianas terapéuticas y los mecanismos de actuación de los nuevos fármacos antiobesidad, sus beneficios clínicos, la evidencia científica de los ya comercializados, y de los perfiles de seguridad. En sus conclusiones, ha aportado una revisión sobre las nuevas opciones terapéuticas de los próximos años.

El grupo de trabajo de Diabetes, Obesidad y Nutrición de la SEMI ha elaborado una infografía sobre la obesidad y sus comorbilidades, en la que se incide en la importancia de una atención integral ((<https://www.fesemi.org/sites/default/files/documentos/1045.pdf>) incluyendo el enlace).

**Programa científico:** <https://congresosemi.com/semi2024>

**SEMI Sostenible:** <https://congresosemi.com/semi2024/recursos-semi/semi-sostenible> y <https://congresosemi.com/semi2024/recursos-semi/novedades-congreso>

**Solicitud de acreditación de prensa:**  
<https://forms.gle/dkYGm8uQoKWdUqi89>

**Web oficial del Congreso:** <https://congresosemi.com/semi2024>

**Sobre el 45º Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI)-19º Congreso de la Sociedad Canaria de Medicina Interna (SOCAMI)**

Más de 2.400 médicos internistas participarán en este **congreso** en el Palacio Expomeloneras de Maspalomas (Canarias). Es el **evento médico-científico de referencia de la Medicina Interna española**. Entre los principales ejes temáticos del Congreso, figuran: novedades diagnósticas y terapéuticas en el manejo de la insuficiencia cardíaca y el riesgo vascular; en enfermedades infecciosas; en diabetes, obesidad y nutrición; en EPOC; en enfermedades autoinmunes y minoritarias; en enfermedad tromboembólica venosa; en alcoholismo; en cronicidad, pluripatología y abordaje del paciente de edad avanzada; en osteoporosis; en hospitalización a domicilio, asistencia compartida, cuidados paliativos, sedación paliativa y atención al final de la vida; en ecografía clínica; en inteligencia artificial y *big data* médico, telemedicina y eHealth, entre otros temas de relevancia; así como sobre el papel del médico internista, como especialista en el abordaje integral del paciente crónico, complejo y/o pluripatológico que ingresa en el hospital.

**Sobre la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI):**

La **Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI)** integra a más de **8.000 médicos internistas** de toda España. Entre sus objetivos prioritarios, se encuentran el de potenciar la investigación en este campo, así como aunar los esfuerzos de los distintos grupos de trabajo que conforman parte de la Sociedad. En la actualidad, son un total de **21 los grupos o subgrupos monográficos de patologías prevalentes** o áreas de interés dentro de la Medicina Interna,

especialidad médica que se define por la visión global del paciente y desempeña un papel central en la atención a los pacientes crónicos complejos. Para más información, visita [www.fesemi.org](http://www.fesemi.org) y sigue su actualidad en [Twitter](#), [Facebook](#), [LinkedIn](#) e [Instagram](#).

**Más información y gestión de entrevistas:**

Montse Llamas / Sonia Joaniquet

Ala Oeste Comunicación

[montse@alaoeste.com](mailto:montse@alaoeste.com) / 636 82 02 01

[sonia@alaoeste.com](mailto:sonia@alaoeste.com) / 663 84 89 16

Óscar Veloso

Responsable de comunicación de SEMI

[oscar.veloso@fesemi.org](mailto:oscar.veloso@fesemi.org) / 648 16 36 67