

XIV Reunión Anual de la Asociación Ibérica de Patología del Sueño

PONENCIAS

SÍNDROME METABÓLICO Y SAHS

F. Moreno Barón

Unidad de Nutrición Clínica.
Complejo Hospitalario Torrecárdenas. Almería. España.

La nueva definición de la Federación Internacional de Diabetes (IDF), marca un nuevo consenso, clínicamente más accesible, para definir el síndrome metabólico.

La distribución anormal de la grasa y la resistencia a la insulina son dos causas potenciales interrelacionadas, siendo la obesidad central la protagonista, junto con al menos dos, de los conocidos factores de riesgo (aumento de triglicéridos, disminución de HDL colesterol, hipertensión arterial o aumento de la glucemia en ayunas) de un Síndrome cada vez más prevalente, existiendo datos recientes que muestran que los criterios o factores que constituyen el síndrome interactúan de tal manera que juntos empeoran el pronóstico de enfermedad cardiovascular, más allá de lo esperado por la simple suma de criterios, provocando una morbilidad y mortalidad por encima del VIH/SIDA.

El síndrome de apneas obstructivas del sueño (SAOS) a través de la resistencia insulínica y de su mayoritaria asociación a la obesidad central y al conjunto de factores que conforman el síndrome metabólico conlleva al desarrollo de enfermedad cardiovascular con una tasa de mortalidad muy elevada, es por ello que la pérdida moderada de peso de sólo un 10% del peso inicial, se convierte en lo más prioritario en el tratamiento del síndrome metabólico y del SAOS, hasta el extremo que cuando la apnea es debida a la obesidad una reducción entre un 5-10% de peso puede curarla en su totalidad.

El gran reto en el tratamiento de la obesidad sigue siendo el mantenimiento de la reducción de peso a largo plazo.

El primer paso será la valoración del grado de obesidad con la determinación indirecta de la grasa corporal total a través del índice de masa corporal (IMC) y la medición rutinaria del perímetro de la cintura, delimitando el riesgo de enfermedad cardiovascular.

El planteamiento para la pérdida y manejo del peso deberá de tener un objetivo mínimo, que será reducir el peso corporal un 10%, mantener la reducción de peso a largo plazo y prevenir toda ganancia de peso posterior, de esta forma se consiguen importantes beneficios para la salud es realista y relativamente fácil de mantener a largo plazo. El ritmo de

pérdida de peso debe ser programado en un plazo razonable de no menos de seis meses, con un déficit energético de 500-1.000 Kcal/día y con un ritmo de 0,1 kg/semana, pues la mayoría de los pacientes estabiliza su peso a los seis meses.

Se considerará un éxito en el tratamiento de la obesidad la no recuperación de más de 3 kg a los dos años, considerando que el tratamiento debe continuar indefinidamente.

Las técnicas de tratamiento abarcarán el tratamiento dietético, la actividad física, la modificación de conducta, la farmacoterapia y en casos necesarios la cirugía, siendo la herramienta principal el pacto y la confianza medico-paciente.

Debemos intentar seducir al paciente con información sobre la obesidad como enfermedad crónica, estableciendo objetivos reales y comunicando los beneficios de la pérdida moderada de peso, pues sabemos hoy en día, que se reduce la mortalidad, mejora el síndrome metabólico y cura o mejora la apnea de sueño, aportando importantes beneficios personales en cuanto a calidad de vida y autoestima.