

La fórmula efectiva para perder peso

Una fórmula efectiva y segura para perder peso y mantenerlo, incluyendo beneficios de salud sustentados en un programa bajo y muy bajo en calorías.

Un resumen de investigaciones recientes usando Cambridge Weight Plan.

Por Anthony R. Leeds



Qué es Cambridge Weight Plan

Una serie de flexibles pasos dietéticos basados en el uso de comida nutricionalmente completa. El programa era conocido originalmente como la Dieta Cambridge. Por su rango y flexibilidad, Cambridge Weight Plan sigue siendo sinónimo en la mente de los nutriólogos con sus efectivas dietas muy bajas en calorías (VLCD).

Fue desarrollado por el Dr. Alan Howard como una fórmula VLCD, misma que sigue siendo una de las grandes características con las que CWP cuenta. Sin embargo, hace diez años evolucionó en una dieta más flexible en sus niveles de consumo energético (1500, 1200, 1000, 810, 615, 440kcal/d) permitiendo el constante diagnóstico de acuerdo a la respuesta obtenida en el paciente a través del tiempo.

Lo anterior tiene relevancia histórica, ya que a finales del siglo XIX la valoración gradual positiva de energía dietética era ofrecida a gente con diabetes, siguiendo un ayuno para limpiar la orina de los azúcares

reducidos. Ahora, este notable proceso de valoración (preciso porque incluye comida en productos de fórmula para proveer la cantidad precisa de nutrientes en lugar de comida no formulada nada más) puede ser aplicado con una reducción gradual o un incremento del consumo energético según las necesidades.

Las dietas muy bajas en calorías (VLCDs) ofrecen las pérdidas de peso más efectivas, pero, a veces, también con una dieta mixta (comida convencional y fórmulas) se puede conseguir una notable pérdida de masa. El apego dietético drástico tiende a ser menor en el consumo calórico más alto y genera pacientes más hambrientos, sin

embargo, un consumo mayor a 800kcal/d puede dar buenos resultados.

El cúmulo gradual en la literatura científica enfocada a la eficacia de las VLCDs indica que es más probable que las potenciales aplicaciones de VLCDs y de las dietas mixtas bajas en calorías (LCDs por encima de las 800kcal/d), y los remplazos totales de dietas (TDR fórmulas dietéticas de 800kcal/d) serán más ampliamente aceptadas conforme avancen los años.

Contenidos

La fórmula para la efectiva pérdida de peso	3
Osteoartritis en personas obesas	4
Apnea obstructiva durante el sueño en gente obesa	6
Mantenimiento de peso después de una pérdida de peso con VLCD o fórmula LCD	8
Transición a atención primaria	9
Psoriasis	10
Factores de riesgo cardiovascular en la psoriasis	11
Investigaciones en progreso	12

Osteoartritis en personas obesas (p4)

'La pérdida de peso con programas de nutrición basados en dietas de fórmulas o suplementos... ha sido probada para ofrecer un paquete de beneficios de salud, en lugar de sólo una pérdida y mantenimiento de peso.'

Introducción: La fórmula para la efectiva pérdida de peso

Los requisitos para perder y mantener peso necesitan ser definidos en términos de grados de obesidad, en términos de grasa corporal total y de grasa localizada en órganos, edad, características demográficas y de salud del grupo sujeto, cantidad de cambios probados necesarios para obtener los beneficios de salud y cosméticos, tipo y lugar de la intervención, así como un análisis de los costos y beneficios.

Los programas de nutrición basados en dietas de fórmulas o suplementos han sido poco investigados, infrautilizados y subestimados desde que fueron descartados bajo bases dudosas, sin la evidencia adecuada por varios científicos, especialmente en el Reino Unido en los 1980s. En otras partes, especialmente en Escandinavia, las dietas de fórmulas han sido usadas en mayor grado.

La creciente prevalencia de la obesidad, las enfermedades relacionadas con la obesidad y el reconocimiento de que los pacientes con obesidad mórbida (IMC>40) y extrema (IMC>50) están aumentando numerosos, lo que ha provocado que se necesiten más que los consejos convencionales dietéticos y de estilo de vida para corregir sus problemas, ha suscitado cirugías innovadoras e investigaciones renovadas sobre el uso potencial de dietas de fórmulas en este grupo.

Como fabricantes de una de las marcas más exitosas de comida formulada, Cambridge Weight Plan ha emprendido un programa de investigación médica significativo.

El programa de investigación médica de Cambridge Weight Plan está basado en necesidades y objetivos bien definidos. Ha sido construido para proporcionar evidencia para:

- La reducción de peso efectiva en grupos específicos (definidos por estado de enfermedad, sexo, edad) y en lugares específicos (clínica de investigación de cuidados secundarios, cuidados primarios, programas comunitarios, etc.).
- Mantenimiento de peso efectivo en grupos y lugares específicos.
- Beneficios de salud por parámetros aceptados de enfermedades.
- Beneficios de salud prolongados con el mantenimiento de peso.
- Cambio de estado nutricional con evidencia de mantenimiento de peso.
- Cambio de factores de riesgo

cardiovasculares con pérdida de peso y mantenimiento.

- Cambios en la composición corporal con pérdida de peso y mantenimiento, especialmente en pérdida de masa grasa.
- Tasas de retención (tasas de deserción).
- Costo de intervención en asuntos definidos.

La investigación aquí descrita no ha sido comisionada como tal, pero ha sido seguida por negociaciones y facilidades, y ha sido emprendida con un completo entendimiento de que la propiedad de los datos que pertenecen al equipo de investigación, debe haber transparencia completa (todos los eventos adversos deben ser publicados) y el financiamiento (declarar todos los conflictos de intereses), y los resultados deben ser publicados oportunamente para informar la siguiente etapa de investigación.

¿Cuál es el mecanismo de acción distintivo de los programas de dietas formuladas?

- Los programas de dietas formuladas pueden proveer un rango de consumo energético desde 400kcal/d hasta 1500kcal/d.
- El uso de productos formulados en el grado menor de consumo de energía es la única manera de asegurar un consumo adecuado de micronutrientes a diario.
- Consumos energéticos menores resultan en un mayor déficit entre los requerimientos de energía y el consumo energético dietético, resultando en una mayor tasa de pérdida de peso.
- Las tasas de pérdida de peso mayores a un kilogramo y medio por semana resultan en una mejora rápida en los síntomas como la reducción de dolor, menor disnea, movilidad mejorada y a menudo, una reducción del uso de medicamento, que después de un programa dietético convencional.
- La pérdida de peso rápida, así como la

mejora de síntomas es muy motivante, y es probable que mejore el cumplimiento

- La cetosis fisiológica desarrollada en los niveles bajos de consumo energético puede facilitar el cumplimiento por medio de la falta de apetito y mejora de ánimo.

Resumen de efectos

Los índices de pérdida de peso de 1 a 2 kilogramos por semana se pueden lograr. Esto puede alcanzar una pérdida de 15 kilogramos, la cual es asociada con una respuesta sintomática en la osteoartritis, apnea del sueño, psoriasis y diabetes, en un periodo de 8 a 12 semanas.

La pérdida de peso puede ser mantenida en individuos comprometidos, y el mantenimiento de más de 10 kilogramos o más del 10% del peso corporal inicial es posible, siguiendo una VLCD o una dieta líquida baja en calorías, usando la sustitución parcial de comida convencional con comida en fórmula, siguiendo una dieta alta en proteínas o terapias medicinales.

Los beneficios de salud seguidos por la pérdida de peso en pacientes con osteoartritis, apnea del sueño y psoriasis han sido demostrados, y el mantenimiento de esos beneficios ha sido demostrado en algunos casos.

Los factores de riesgo cardiovasculares mejoran y algunos aspectos pueden ser mantenidos con control de peso.

Se ha demostrado que la pérdida de masa magra asociada con la pérdida de peso es menor que lo esperado en personas obesas con osteoartritis.

Hay evidencias de mejora en el estado de la vitamina D, la salud ósea, en los pacientes obesos de edad avanzada con osteoartritis.

La tasa de deserción en pruebas clínicas ha sido menor a la esperada.

Osteoartritis en personas obesas

La obesidad y la osteoartritis, ambas reducen la movilidad. La obesidad es un factor de riesgo para osteoartritis. La osteoartritis hace que la gente que tiene sobrepeso u obesidad se ejercite menos y posiblemente coma más de lo apropiado para sus niveles bajos de actividad.

Las mujeres con osteoartritis tienen la masa magra ligeramente reducida en relación con su peso corporal. Por lo tanto perder y mantener el peso es difícil para las personas con osteoartritis. Muchos individuos pueden tener factores de complicación para una enfermedad cardiovascular, lo cual podría decir que una cirugía bariátrica no podría ser una opción incluso si son elegidos de otra manera. Por lo tanto una nueva solución para los problemas de peso en osteoartritis es necesaria.

La evidencia relacionada con la obesidad y la osteoartritis es revisada en: Bliddad H, Leeds AR, Christensen, R Osteoartritis y perdida de peso. Hechos difíciles, hipótesis y horizontes: Una revisión detallada: Revisión de Obesidad 2014; 15 (7):578-86. Doi: 10.1111/abr.12173. Epub 2014 Apr 22.

Perdida de peso con formulas de dietas muy bajas en calorías y bajas en calorías para personas obesas con osteoartritis en rodilla

Christensen P, Bliddal H, Riecke B F, Leeds A R, Astrup A, Christensen R. Comparación dietas bajas en calorías y dietas muy bajas en calorías en individuos sedentarios y obesos, un pragmático ensayo controlado aleatorio sobre obesidad clínica, artículo publicado por primera vez en línea: 21 MAR 2011 | DOI: 10.1111/j.1758- 8111.2011.00006.x.

Riecke BF, Christensen R, Christensen P, Leeds AR, Boesen M, Lohmander LS, Astrup A, Bliddal H. Comparando dos dietas bajas en calorías para el tratamiento de síntomas en pacientes obesos con osteoartritis en rodilla un ensayo clínico aleatorizado de Osteoartritis y cartilago 2010; 10/1016/j.joca.

Ciento noventa y dos pacientes fueron tratados con dietas muy bajas en calorías (415 a 540kcal/d) o bajas en calorías (810kcal/d) dietas liquidas por ocho semanas, después una dieta de 1200 kcal/d (la cual incluía dos porciones

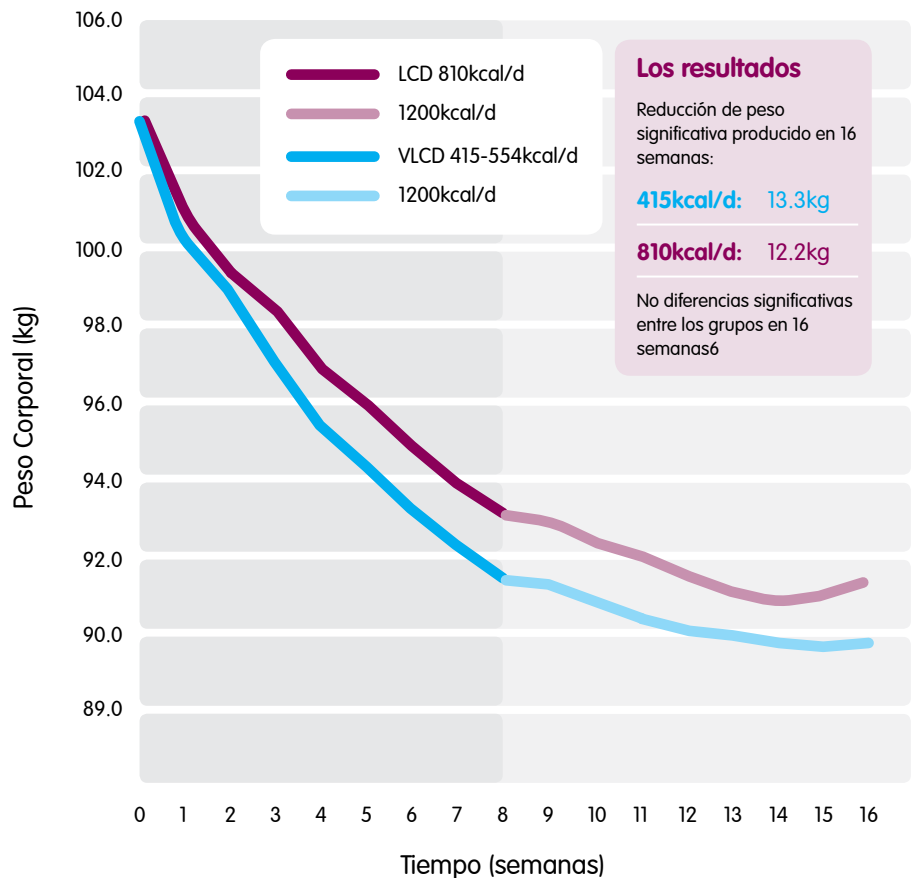


Figura 1. Caída en el peso corporal respecto al valor basal medio. Las líneas Azul/pálido y azul: dieta muy baja en calorías durante ocho semanas, seguido a las ocho semanas dieta de 1200kcal/d. Líneas rojas Oscuras/pálidas: dieta baja en calorías durante ocho semanas seguidas a las ocho semanas de una dieta de 1200kcal/d.

de dietas de formula) por 8 semanas , combinado con educación semanal en grupo, dando un total de 17 sesiones.

Más del 12% del peso corporal inicial fue perdido en ambos grupos con el 60% teniendo buena respuesta de síntomas en ambos grupos.

Ocho de cada 96 abandonaron el grupo

de dietas muy bajas en calorías, 6 de cada 96 abandonaron el grupo de dietas bajas en calorías.

Así, para este grupo de individuos no parece haber ninguna ventaja en términos de pérdida de peso para el uso de una dieta de muy bajas calorías sobre una dieta de bajas calorías.

Figura 1. Redibujado de: Christensen P, Bliddal H, Riecke BF, Leeds AR, Astrup A, Christensen R. Comparación de una dieta baja en energía y una dieta muy baja en energía en individuos obesos sedentarios: Estudio aleatorio controlado, la obesidad Clínica artículo publicado por primera vez en línea: 21 de marzo 2011 | DOI: 10.1111 / j.1758-8111.2011.00006.x

Mantenimiento de peso con dieta formulada para personas con obesidad con osteoartritis en rodilla

Christensen P et al Comparación de tres programas de mantenimiento de peso diferentes sobre el riesgo cardiovascular, óseo y vitaminas en los adultos mayores sedentarios. 2013 La obesidad publicado en línea 20 de marzo 2013 'Artículo aceptado' doi: 10.1002 / oby. 20413.

Este trabajo presenta los puntos finales "secundarios" de la fase de mantenimiento de un año de la prueba de Copenhague de la pérdida de peso en personas mayores obesas con osteoartritis de rodilla. Los pacientes fueron asignados al azar en uno de tres grupos para una fase de mantenimiento de 52 semanas. Los tres grupos fueron:

- Mantenimiento de la dieta (en el que un producto de dietas formuladas se utilizó en lugar de una comida convencional cada día y los datos dietéticos fueron reforzados en una reunión mensual con un dietista).
- Ejercicios de rodilla (en el que los pacientes fueron entrenados para hacer ejercicios de rodilla por un fisioterapeuta bajo supervisión directa en el hospital y también en casa).
- Un grupo de control (en el que los sujetos recibieron más contacto, asesoramiento o intervención hasta que se llegó a 68 semanas).

Tanto en la fase de preparación (pérdida de peso) y durante el mantenimiento, los factores finales fueron los síntomas y el peso corporal. Variables relacionadas de la composición corporal (masa grasa, masa magra), el riesgo cardiovascular (presión arterial, lípidos en sangre, glucosa en sangre) y el estado nutricional (vitamina D, densidad ósea, mineral ósea, vitamina B12 y ferritina en sangre), fueron clasificados como variables secundarias.

El propósito principal de todo el ensayo fue determinar si es o no la dieta de mantenimiento superior a una intervención con ejercicios de rodilla un beneficio para los síntomas después de la pérdida de peso.

El artículo publicado en 'La obesidad' muestra que hubo algunas diferencias muy significativas que demostraron las ventajas de seguir el programa de mantenimiento de la dieta.

El mantenimiento de la dieta condujo a mayores cambios que el programa de ejercicios de rodilla, en las siguientes variables (en 68 semanas, es decir, después de un año de mantenimiento):

- El peso corporal (pérdida de peso 11kg después de la dieta, la pérdida de 6,3

kg de peso después de los ejercicios de la rodilla) $p = 0,0023$ significativo.

- Circunferencia de la cintura (hasta 8,4 cm después de la dieta, baja 4.6cm después de los ejercicios de la rodilla) $p = 0,0073$ significativo.
- Masa Grasa (abajo 5.1kg después de la dieta, hasta 2,4 kg después de los ejercicios de la rodilla) $p = 0,001$ significativo.
- La vitamina D3 (hasta 28,5 nmol / L después de la dieta, hasta 18,7 nmol / L después de los ejercicios de la rodilla) $p = 0,035$ significativo.
- Proporción de participantes que eran deficientes en vitamina D3 (hasta 8% después de la dieta, hasta el 24% después de los ejercicios de la rodilla) $p = 0,054$ significativo.
- Hormona PTH paratiroidea (hasta 1,02 pmol / L después de la dieta, por debajo de 0,03 pmol / L después de los ejercicios de la rodilla) $p = 0,0006$ significativo.
- Proporción de participantes con alta PTH (hasta el 12,5% después de la dieta y baja a 28% después de los ejercicios), pero no significativo $p = 0,09$ (por lo tanto hubo una tendencia hacia la reducción de la dieta de mantenimiento reduciendo el hiperparatiroidismo secundario más que los ejercicios de rodilla).

El efecto de la pérdida de peso seguido por el mantenimiento del peso en todos los grupos se asoció con:

- Una reducción y el mantenimiento de la reducción de la presión arterial sistólica y diastólica rebajado en un grado, esto apreciablemente reduce el riesgo cardiovascular.
- Una mejora en los niveles sanguíneos de vitamina B12 (tendencia hacia una mayor alza en el grupo tratado con la dieta).
- Una reducción de la pérdida mineral ósea a niveles mucho menores de lo esperado de acuerdo con el peso corporal (y relativos a la pérdida de masa grasa).
- Las pérdidas de masa magra bajas de entre el 9% y el 13% del peso corporal perdido (sin diferencia significativa entre los grupos).

Cuatro años (1 + 3 años) el mantenimiento del peso

Christensen P, Bliddal H, Bartels EM et al. (2014) Intervención a largo plazo con la pérdida de peso en pacientes con obesidad concomitante y la osteoartritis de rodilla: el estudio de la luz - un ensayo clínico aleatorizado. T5: S25.54 Obesidad Opiniones 15 (S2): 152 (2014) doi / 10.1111 / obr.12151 /

- 153 de 175 sujetos que habían completado el mantenimiento

de peso un año en un ensayo controlado aleatorio fueron luego re-aleatorizados para una sustitución normal de un producto fórmula cada día o para uso intermitente de 5 semanas de dieta líquida baja en calorías (LELD) (800kcal / d) tres veces al año durante tres años. La pérdida de peso promedio (de la línea de base original de peso de 102.5kg) de esos 153 sujetos en el inicio de la fase de mantenimiento de peso tres años fue 11.3kg.

- 108 completaron el estudio de mantenimiento de tres años. Los que utilizan un producto por día 1.78kg recuperado (habían mantenido la pérdida de peso 9.5kg , un 68% de su pérdida de peso 14kg original), los que usaron LELD intermitente recuperaron 0,71 kg en promedio (habían mantenido la pérdida de peso 10.6kg siendo 76% de su pérdida de peso original de 14kg. No hubo diferencia estadísticamente significativa entre los cambios de peso en los dos grupos.
- El peso inicial era 102.5kg, por lo que el mantenimiento de la pérdida de peso a los cuatro años era de aproximadamente 9 - 10% del peso original (9,5 / 102,5 = 9,3%, y 10,6 / 102,5 = 10,3%).
- El peso perdido inicialmente (14 kg) entre el 68% y el 76% de la pérdida de peso se mantuvo en los que completaron el programa.

Implicación de los resultados

Un buen método de pérdida de peso y mantenimiento para las personas obesas con osteoartritis es la pérdida de peso suficiente para reducir los síntomas, sobre todo el dolor y mejorar la movilidad, y mantener o mejorar la composición corporal (pérdida de grasa, retención de tejido magro), la mejora de riesgo cardiovascular y mejorara o mantenimiento de el estado de la vitamina D y el estado de salud de los huesos (durante y después de la remodelación de pérdida de peso, que por lo general resulta en la pérdida del mineral)..

Así, el enfoque de la pérdida de peso con los programas de dieta fórmula descrita en este documento se ha probado para entregar un paquete de beneficios para la salud en lugar de simplemente la pérdida de peso y el mantenimiento del mismo.

Apnea Obstructiva del sueño en personas obesas

La apnea del sueño puede originarse debido a problemas en una parte del cerebro que controla la respiración. La apnea obstructiva del sueño (OSA) es causada por un bloqueo en el flujo de aire, esto a causa del exceso de grasa en el tejido cercano a donde el aire pasa normalmente y, además, a una falla en los músculos próximos.

Se dice que la apnea obstructiva del sueño se presenta cuando el flujo de aire a través de la boca y la nariz se detiene por más de 10 segundos al menos 30 veces en 7 horas de sueño. Algunas encuestas indican que una de cada cuatro personas con diabetes mellitus puede tener OSA, otras que cuatro de cinco personas obesas con diabetes la padecen. No existen datos precisos acerca de la tasa de OSA para la población general; Quizá uno de cada 25 o más. La apnea obstructiva del sueño puede ser un factor para elevar la presión sanguínea. Aquellos que han sufrido, pero sobrevivido un infarto, normalmente revelan que padecían apnea del sueño antes del suceso. La apnea del sueño es, por lo tanto, un padecimiento que es mejor evitar.

¿En verdad importa la apnea obstructiva?

El padecimiento OSA provoca sueños interrumpidos por pausas en la respiración durante el sueño. Pero también puede causar un descanso poco efectivo y que el que lo padece se quede dormido en el trabajo. La calidad de vida se puede ver seriamente reflejada por una fatiga cotidiana, poca concentración, irritabilidad, olvidos, dolores de cabeza matutinos y disfunción sexual.

¿Qué causa la apnea del sueño?

Los factores vinculados al OSA incluyen variaciones en el tamaño y forma de la parte superior de la vía respiratoria, sobrepeso, así como historial genético con este padecimiento. Los estudios científicos indican que las vías respiratorias en personas con obesidad son más gruesas, lo cual obstruye el flujo de aire.

Pérdida de peso en apnea obstructiva del sueño moderada.

Un reciente estudio reportó una prueba médica aleatoria en Finlandia por Tuomilehto et al (2009) de una dieta muy baja en energía (VLCD). Otros probaron con un cambio supervisado en la rutina de 72 pacientes con sobrepeso y con OSA moderada.

Al final de un año, el grupo tratado inicialmente con una VLCD (35 pacientes) perdió, en promedio, 10.7kg de peso corporal. El otro grupo (37 pacientes), el cual modificó su rutina, sólo bajó 2.4kg. El número de episodios de apnea fue reducido en 4 unidades en el grupo de VLCD, comparado a un ligero aumento en los que cambiaron su rutina. Además, otros factores fueron mejorados en el grupo que se sometió a la VLCD.

Un estudio reciente en Estados Unidos demostró que los individuos diabéticos y con sobrepeso que pierden 10 kilos con una dieta formulada en base a suplementos y capaces de mantener ese peso por un año, deberían observar también una mejoría en la apnea del sueño (Foster et al 2009). Lo anterior, hasta diciembre del 2009, era lo que faltaba: una investigación de calidad acerca de los individuos con dicho padecimiento en un programa de pérdida de peso.

El estudio Sueco de apnea obstructiva del sueño moderada y severa.

Johansson K, Neovius M, Lagerro YT, Harlid R, Rossner S, Granath F, Hemmingsson E. Efecto de una dieta muy baja en energía en personas obesas con apnea obstructiva del sueño severa y moderada: una prueba aleatoria controlada. *BMJ*2009; 339: b4609 doi 10.1136/bmj.

Junto con unos colegas en el Instituto Karolinska de Estocolmo, Johansson reportó que 63 hombres obesos de Suecia con OSA severa y moderada fueron distribuidos en 2 grupos. Treinta siguieron siete semanas del programa VLCD (554 kcal/d) de Cambridge Weight Plan, seguido de dos semanas de una dieta progresiva de consumo energético como preparación para un año de un programa de mantenimiento. Los otros 33 no recibieron tratamiento y siguieron sus dietas usuales (grupo control).

Resultados del grupo tratado con una VLCD de Cambridge Weight Plan:

- La pérdida de peso promedio fue de 18.7kg (la media del peso inicial era de 113.4kg).
- Hubo una reducción de 3.8cm en la circunferencia del cuello (la medida inicial promedio era de 45.1cm).
- En 9 semanas se redujo un cuarto de la masa corporal, (habiendo iniciado en un promedio de 30.1).
- 22 individuos de 30 dejaron de ser obesos (IMC por debajo de 30) después de 9 semanas.
- 5 individuos mejoraron lo suficiente como para ser declarados como recuperados de OSA.
- 26 de 30 mostraron una mejoría considerable en su OSA.

- Ningún sujeto abandonó el grupo VLCD, mientras que dos abandonaron el grupo que no modificó su dieta.

Resultados en el grupo controlado:

- Hubo un pequeño aumento de peso de 1.1kg (promedio) y un incremento mínimo en la circunferencia del cuello y en la masa corpora.
- 4 sujetos vieron mejorado su OSA, 5 deterioraron su estado y 24 de 33 se quedaron igual.
- Las diferencias con el grupo VLCD fueron altamente significativas.

Este artículo es importante porque:

- Es el primer análisis aleatorio y controlado utilizando VLCD en la apnea del sueño severa y moderada.
- Provee evidencias de alta calidad acerca del resultado de las dietas VLCD en la pérdida de peso y, por consiguiente, mejorando los síntomas de OSA en pacientes masculinos.

Después de 9 semanas, aquellos que se encontraban en el grupo control pasaron a seguir la dieta de 9 semanas. Se les ofreció a todos los pacientes un programa de mantenimiento con apoyo continuo, así como la opción de usar un producto formulado para mantener el peso por 1 año.

Tras 1 año, los índices de apnea-hipopnea han mejorado en 17 unidades, mientras que el peso corporal era 12kg menos que al inicio. 30 sujetos de 63 ya no requieren CPAP y 6 de 63 tuvieron una remisión total. Aquellos que perdieron más peso o tenían el mayor índice de apnea del sueño fueron los más beneficiados.

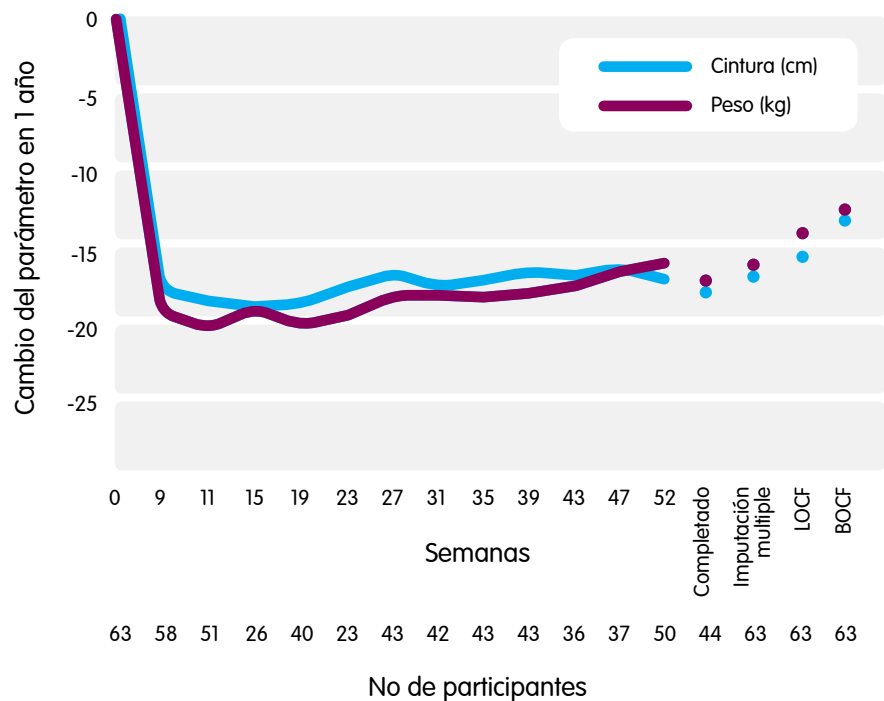


Figura 2. Cambios promedio del parámetro inicial en peso, circunstancias de la cintura durante y después del tratamiento con VLCD para pacientes que completaron el programa de mantenimiento de peso (n=44) y los análisis de sensibilidad para la información faltante con imputación múltiple (n=63), la última observación mostró (LOCF; n=63), o la observación del parámetro inicial (BOCF; n=63). La asistencia fue baja en las semanas 15 y 23 por las vacaciones de verano..

References:
 Johansson K, et al Longer term effects of very low energy diet on obstructive sleep apnoea in cohort derived from randomised controlled trial prospective observational follow-up study. *BMJ* 2011; 342:d3017 doi: 10.1136/bmj.d3017.

Foster DG, Borradaile KE, Sanders MH, et al., Randomised study on the effect of Weight loss in obstructive sleep apnea among obese patients with type 2 diabetes. *Arch Int Med* 2009; 169 (17): 1619-1626.

Tuomilehto HPI, Seppä JM, Partinen MM et al Lifestyle intervention with weight reduction: first line treatment in mild obstructive sleep apnoea. *Am J Respir Crit Care Med* 2009; 179: 320-327.

Figura 2. Reproducida de Johansson K, et al *BMJ* 2009; 339: b4609 doi10.1136/bmj.b4609.

Mantenimiento de peso después de perderlo con una fórmula VLCD o LCD

Existe la creencia de que la recuperación de peso ocurre rápidamente después de usar una fórmula VLCD o LCD, probablemente reflejando la falla de los nutriólogos para ejecutar una estrategia de mantenimiento efectiva. Cómo mantener dieta de consumo energético bajo y una actividad con más esfuerzo físico son los temas que llevan años en investigación.

Efectos de las medicinas anti obesidad, dieta y ejercicio en el mantenimiento de peso tras una VLCD o LCD: un repaso sistemático y un meta-análisis aleatorio en análisis controlados. Johansson K, Neovius M, Hemmingsson E Am Nutr 2013. Publicado en línea el 30 de octubre del 2013.

Este meta-análisis fue diseñado para evaluar los efectos de las medicinas anti obesidad (sibutramina y orlistat), dietas o ejercicio en el mantenimiento de peso, esto después de una VLCD o una LCD. Consistió de una revisión sistemática de artículos ingleses utilizando MEDLINE, Cochrane Controlled Trial Register y EMBASE, desde 1981 hasta febrero del 2013, y contratando médicos expertos en el área. Los estudios incluidos fueron análisis controlados y aleatorios, específicamente evaluando las estrategias de mantenimiento de peso tras someterse a una VLCD o una LCD.

20 estudios, 27 ramas y un total de 3017 participantes se incluyeron. Estos fueron los estudios de fármacos anti obesidad (3 ramas, n=658), reemplazo de comida (4 ramas, n=322), dietas altas en proteínas (6 ramas, n=865), suplementos dietéticos (6 ramas, n=261), otras dietas (3 ramas, n=564) y ejercicio (5 ramas, n=347).

Durante el período VLCD/LCD, el peso promedio perdido fue de 12.3kg (duración media: 8 semanas, en un rango de 3-16).

Comparado con el placebo o el control, la intervención cambió el mantenimiento de la pérdida de peso de forma significativa:

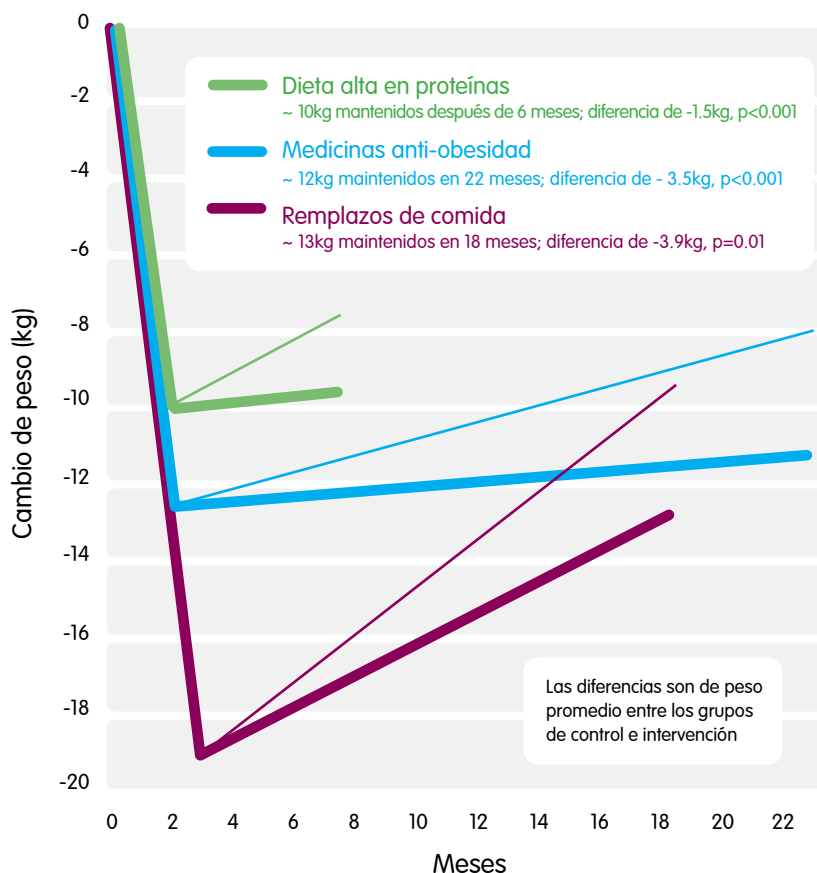
- Medicinas anti obesidad: 3.5kg menos (95% CI -5.5, -1.5; duración media de 18 meses, en un rango de 12 a 36).
- Reemplazo de comida: 3.9kg menos (95% CI -5.0, -2.8; duración media de 12 meses, en un rango de 10 a 26 meses).
- Dietas altas en proteínas: 1.5kg menos (95% CI -2.1, -0.8; duración media de 5 meses, en un rango de 3 a 12 meses).

En contraste con los resultados anteriores, las diferencias entre los siguientes grupos no fueron significantes: Ejercicio (0.8kg: 95% CI -2.8, 1.2; duración media de 10

meses, en un rango de 6 a 12 meses) y los suplementos dietéticos (0.0kg: 95% CI -1.4,1.4; duración media de 3 meses, en un rango de 3 a 14 meses).

Por consiguiente, las medicinas anti obesidad, los reemplazos de comida y las dietas altas en proteínas fueron asociadas con una mejora en el mantenimiento de peso después de utilizar una VLCD o una LCD.

Figura 3. Cambio del peso corporal durante el periodo de VLCD o LCD, seguido del periodo de mantenimiento de peso. Las líneas delgadas representan a los individuos controlados, en tanto las gruesas representan a los que se sometieron a esta intervención.



Conclusión

Debido a que la sibutramina ha sido retirada de Europa, las únicas intervenciones actuales con mejoras en el mantenimiento de peso tras una VLCD o una LCD son el orlistat, el reemplazo de comida convencional con una dieta formulada y el uso de una dieta alta en proteínas.

Figura 3 Reproducida de "Efectos de las medicinas anti obesidad, dieta y ejercicio en el mantenimiento de peso tras una VLCD o LCD: un repaso sistemático y un meta análisis aleatorio en análisis controlados". Johansson K, Neovius M, Hemmingsson E Am Nutr 2013. Publicado en línea el 30 de octubre del 2013.

Transición hacia cuidados primarios

Un paquete de cuidados que incluye una pérdida de peso inicial con un programa de Cambridge Weight Plan, seguido de una reintroducción de comida y mantenimiento de peso (Programa Counterweight) arrojó una reducción de más de 15kg después de 1 año en un tercio de los participantes.

Weight loss and maintenance with formula diet now feasible in primary care. Lean M, Brosnahan N, McLoone P, McCombie L, Bell-Higgs A, Ross H, Mackenzie M, Grieve E, Finer N, Reckless J, Haslam D, Sloan B, Morrison D. Feasibility and indicative results from a 12-month low-energy-liquid-diet treatment and maintenance programme for severe obesity. *Br J Gen Pract* 2013; DOI: 10.3399/bjgp13X663073.

El estudio, presentado en febrero del 2013 en "The British Journal of General Practice" por el Profesor Mike Lean y sus colegas de la Universidad de Glasgow y el equipo del programa Counterweight, describe los resultados de la intervención para perder peso en 91 personas con IMC >40 y que viven en zonas rurales o ciudades pequeñas de Escocia. La obesidad severa está incrementando rápidamente en Escocia: 6% en hombres y 11% en mujeres son las cifras de sujetos con un IMC mayor a 35, y para aquellos mayores de 55 años, el resultado indica el 3% de hombre y 5% de mujeres con IMC por encima de 40. Potencialmente elegibles para cirugía, algunos de estos casos con IMC excediendo el 40 son inelégibles para tomar ese tratamiento con esas circunstancias, pues aún requieren una pérdida entre 15 y 20kg para que su metabolismo funcione de manera adecuada. Los programas de dietas formuladas, ofreciendo una dieta llena de nutrientes, logran un déficit de consumo energético menor que las dietas convencionales. Estas tasas más altas de reducción de peso han sido probadas como seguras y las pérdidas de masa obtuvieron un resultado notable en personas de edad avanzada con osteoartritis (Christensen et al 2011).

En el programa de reemplazo de dieta para la pérdida de peso y mantenimiento, Counterweight, 91 pacientes (con un IMC promedio de 48) iniciaron el tratamiento y 58 completaron la fase de dietas líquida (82 inicialmente eligieron el programa comercial en vez de la versión "hecha en casa"). La pérdida de peso promedio durante la dieta líquida, y durante la

reintroducción de los sólidos fue de 16.9kg.

52 pacientes comenzaron la fase de mantenimiento, 27 lograron una pérdida de más de 15 kilogramos en 1 año. 44 habían aceptado el uso de orlistat para facilitar el mantenimiento en algún punto durante el año, y aquellos que tomaron repostar mostraron una pérdida de 20.1 kg en 1 año, mientras el grupo, cuyo plan no tomaba en cuenta al programa, registró una pérdida promedio de 14.1kg en 12 meses.

El costo, cuidadosamente calculado para incluir todos los elementos, tales como el costo de personal, precio de los productos y llamadas telefónicas, fue estimado en 861 Euros por participante. Sin embargo, al registrarse 3 personas para perder 3 kilos, el costo (según la factura) fue de 2611 Euros por paciente.

Un análisis cualitativo demostró que los participantes se encontraron "muy satisfechos" con la tasa y el grado de pérdida de peso utilizando la dieta formulada. Ocurrieron mareos en algunas personas, pero no hubo mayor importancia, ya que hubo descuidos al momento de las comidas familiares.

Los participantes en estas pruebas fueron individuos con un largo historial libre de diabetes, por lo tanto, ahora existe la necesidad de realizar un estudio similar en aquellos con diabetes tipo 2. Las estrategias para reducir la deserción aún tienen que ser perfeccionadas, así como probar métodos para mantener el peso después de 1 año. En la prueba para perder peso en individuos con osteoartritis, se distribuyeron en 2 grupos

aleatorios para participar en 2 programas activos.

El primero permitía el uso diario de un producto formulado como sustituto de una comida para ayudar a disminuir el consumo calórico a 400kcal/d después de una pérdida de 15kg, junto con un monitoreo cercano y el uso de una dieta líquida de 800kcal/d si el peso llegara a aumentar más de 2kg. El segundo ofreció la oportunidad de 5 semanas para una dieta líquida de 800kcal/d cada 4 meses. Esta prueba aleatoria determinará si es posible mantener el peso y cuál de las 2 intervenciones genera los mejores resultados.

Psoriasis

La psoriasis es una condición cutánea de inflamación crónica recurrente caracterizada por parches de enrojecimiento grueso y escamoso, los cuales varían dependiendo de las circunstancias. Cabe destacar que los factores genéticos y ambientales juegan parte importante en la generación de la psoriasis. Está asociada con la obesidad, puesto que no se observa en individuos de complejión muy delgada, y quizá es más severa cuando se aumenta de masa. Hasta la publicación del trabajo aquí descrito, no había evidencias médicas de que la reducción de peso fuera útil.

Efecto de perder peso en la psoriasis, Jensen, P., et al. JAMA Dermatol doi: 10.1001/jamadermatol.2013.722(publicado en línea el 29 de mayo del 2013).

60 pacientes presentando obesidad y psoriasis fueron distribuidos a un control de peso regular o a una dieta de 800-1000kcal/d de Cambridge Weight Plan, seguido por una dieta de 1200kcal/d durante 8 semanas como preparación para un programa de mantenimiento. El grupo tratado con dieta perdió 15.4kg más que el grupo sometido a un control regular. El índice de calidad dermatológica (DLQI) mejoró significativamente después de la dieta, esto comparado con el grupo de control regular, y el índice de área de infección y severidad de la psoriasis (PASI) mostró una gran mejoría. Los resultados serán mostrados a finales del 2014.

Figura 4. Los cambios promedio del parámetro inicial del peso (A) y el índice de área y severidad de la psoriasis (PASI) (B). La línea oscura representa al grupo en dieta; la azul representa el grupo de control regular.

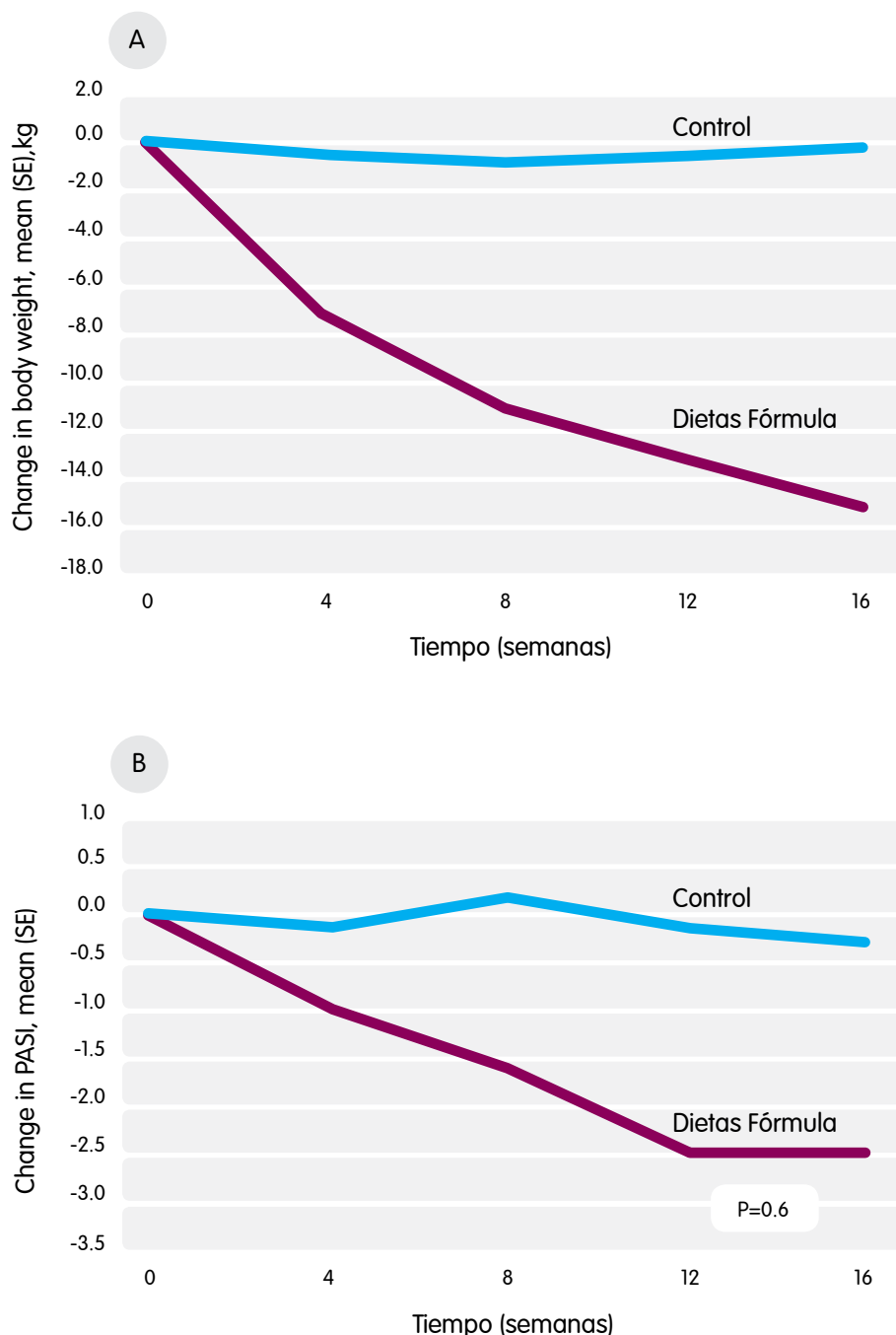


Figura 4 Reproducido de Efecto de perder peso en la psoriasis, Jensen, P., et al. JAMA Dermatol doi: 10.1001/jamadermatol.2013.722(publicado en línea el 29 de mayo del 2013).

Factores de riesgo cardiovascular en la psoriasis

Un meta análisis de 75 artículos relevantes publicados recientemente (Miller et al 2013) demostró que la psoriasis se asocia con las enfermedades cardiovasculares, diabetes, hipertensión, dislipidemia, obesidad y síndrome metabólico, pero no es un factor de mortalidad por riesgo cardiovascular. En el estudio reportado por Jensen y sus colegas describen en la página 10 mediciones de los factores de riesgo cardiovascular así como marcadores de la función endotelial.

Miller IM, Ellervik C, Yazdanyar S, et al. (2013) Meta-analysis of psoriasis, cardiovascular disease, and associated risk factors. *J Am Acad Dermatol* 69: 1014-24.

Jensen P, Zachariae C, Christensen R et al. (2014) Effect of Weight Loss on the Cardiovascular Risk Profile of Obese Patients with Psoriasis. *Acta Derm Venereol* doi: 10.2340/00015555-1824

Algunos factores de riesgo cardiovascular tradicionales (véase la tabla de la derecha) mostraron una reducción significativamente mayor después de la pérdida de peso con dietas formuladas (800 – 1000kCal/día Cambridge Weight Plan) seguida por ocho semanas con dietas de 1200kCal/día y después dieciséis semanas con recomendaciones generales para un tratamiento de control habitual.

La función endotelial ha sido evaluada por mediciones de marcadores solubles: molécula de adhesión intercelular (ICAM)-1, molécula de adhesión vascular (VCAM)-1 y el inhibidor del activador tisular del plasminógeno (tPAI)-1. El inhibidor del activador tisular del plasminógeno mostró una gran caída después de la pérdida de peso de 5.21 a 2.14 ng/ml después de la pérdida de peso con dietas formuladas y un ligero aumento después del tratamiento de control (4.53 a 4.94 ng/ml), la diferencia entre los grupos sigue siendo significativa ($p = 0,001$), pero (ICAM)-1 y (VCAM)-1 no mostraron ningún cambio significativo. La función endotelial microvascular se evaluó mediante tonometría arterial periférica, pero no hubo ningún cambio significativo en el índice de hiperemia reactiva calculado.

De este modo, algunos componentes del perfil de riesgo cardiovascular se han mejorado después de la pérdida de peso con dietas formuladas Cambridge Weight Plan.

Cambios en las variables de la línea base a 16 semanas:

	Dietas formuladas	Control	Diferencia	Valor P
Presión arterial sistólica mmHg	-7	-2	-5	0.1
Presión arterial diastólica mmHg	-5	1	-6	0.002
Colesterol total mmol/l	-0.4	0.04	-0.5	0.008
LDL – Colesterol mmol/l	-0.2	0.04	-0.1	0.06
Triglicéridos mmol/l	-0.58	-0.24	-0.32	0.01
Glucosa en plasma mmol/l	-0.6	-0.1	-0.5	0.007
Hemoglobina glicosilada %	-0.7	-0.4	-0.3	0.007

Un año de seguimiento: efecto de la pérdida de peso en la severidad de la psoriasis.

Tras la finalización del ensayo aleatorizado y controlado descrito en la página 10, a los sujetos del grupo control se les ofreció la pérdida de peso con dietas formuladas durante dieciséis semanas. Después de la pérdida de peso, a los sujetos de ambos grupos se les ofreció un programa o tratamiento de mantenimiento de peso con dos remplazos de comida de las dietas formuladas, apoyo y soporte de un dietista en ocho intervalos semanales. Se midieron peso corporal, índice de severidad y área de psoriasis (PASI) e índice de calidad de vida en dermatología (DLQI).

Geiker N R W, Jensen P, Zachariae C et al. (2014) Effect of weight loss on the severity of psoriasis: one year follow-up. *T5: S41.04. Obesity Reviews* 15(S2): 170-1. doi: 10.1111/obr.12151/

Treinta y dos de cada treinta y ocho sujetos completaron el programa de un año de seguimiento. Durante las primeras dieciséis semanas del programa de pérdida de peso, perdieron en promedio 15.4kg. Después de un año mantuvieron alrededor del 66% de esa pérdida de peso inicial – aproximadamente 10kg (un cambio significativo respecto a la línea base $p < 0.001$). La mejora vista en PASI a las dieciséis semanas, se mantuvo a un año de seguimiento (una puntuación significativamente más baja en comparación a la línea base, $p < 0.001$). El buen cambio significativo visto en DLQI a las dieciséis semanas, se mantuvo a un año de seguimiento.

Estos resultados sugieren fuertemente

que la pérdida de peso eficaz con dietas formuladas del programa de 800 – 1000kCal/día puede mejorar la severidad de las lesiones de la piel en la psoriasis y que esto se puede mantener mediante el uso parcial de remplazos de comida de las dietas formuladas en un programa o tratamiento de mantenimiento de peso. Un ensayo multi-céntrico controlado y aleatorizado a gran escala de pérdida de peso seguida por al menos dos años de seguimiento en un programa de mantenimiento de peso, ahora debe ser llevado a cabo para proporcionar evidencia de la fuerza necesaria para pérdida de peso y mantenimiento del mismo, para ser incorporados en las guías del manejo de la psoriasis.

I Investigación en proceso

Diabetes

Cambridge Weight Plan esta proporcionando producto para dos estudios de pérdida de peso en diabetes y pre-diabetes.

AVANCE

En el AVANCE del estudio (paquete de trabajo uno) más de 2000 adultos con pre-diabetes en ocho centros (Dinamarca, Finlandia, Holanda, Bulgaria, España, Nueva Zelanda, Australia y Reino Unido) van a perder peso usando las dietas Cambridge Weight Plan de 800 – 1000kCal/día y aquellos que alcancen una pérdida del 8% de su peso inicial, entrarán en el programa de mantenimiento de peso. Diseñado para determinar la mejor manera de lograr la pérdida de peso y mantenimiento del mismo, con la subsecuente reducción del riesgo de desarrollar diabetes, el estudio está financiado por una beca e inició en agosto del 2013.

Para más información:
<https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT01777893>

o por favor escanea el código QR:



DiRECT

En el DiRECT (Diabetes Remission Clinical Trial) estudio sobre 150 personas con obesidad y diabetes tipo II que también seguirán un tratamiento de control habitual o una dieta formulada de 800kCal/día con remplazos de comida líquidos proporcionados por Cambridge Weight Plan durante el programa Counterweight Plus por ocho a veinte semanas.

La dieta baja en calorías será seguida por un periodo de reintroducción de alimentos por dos a ocho semanas y después un programa de mantenimiento de peso. Los participantes serán observados por dos años y algunos participaran en estudios sobre la grasa en hígado y páncreas y pruebas de la función metabólica. El estudio inició en abril del 2014, con participantes reclutados y manejados con prácticas de atención primaria, y está dirigido en conjunto con la Universidad de Glasgow y la Universidad de Newcastle.

Para más información:
<http://www.diabetes.org.uk/Research/Research-round-up/Research-spotlight/Research-spotlight-low-calorie-liquid-diet/>

o por favor escanea el código QR



Pérdida de peso antes de la cirugía

Reemplazo total de rodilla

Los pacientes destinados a reemplazo total de rodilla a menudo son obesos al momento de la cirugía, por lo que muchas veces los cirujanos ortopédicos les establecen objetivos de pérdida de peso poco realistas. Las relativamente grandes pérdidas de peso necesarias pueden ser alcanzadas en periodos definidos y esto puede influenciar en los resultados pre y post-operatorio. Un ensayo clínico a gran escala de pérdida de peso con Cambridge Weight Plan con un año de seguimiento, ha sido completado en Sonderborg en el sur de Jutlandia (Dinamarca). Se espera el reporte preliminar este 2015.

Enfermedades Cardiovasculares

Copenhagen study of overweight patients with coronary artery disease undergoing low energy diet or interval training: The randomised CUT-IT trial protocol Pedersen et al. BMC Cardiovascular Disorders 2013, 13:106 <http://www.biomedcentral.com/1471-2261/13/106>

Mujeres con sobrepeso y enfermedad arterial coronaria serán asignadas al azar a una dieta de 800 – 1000kCal/día del programa Cambridge Weight Plan o a un entrenamiento aeróbico a intervalos supervisadas por doce semanas y con cuarenta semanas de seguimiento. La variable principal es la reserva de flujo coronario.

Esta reseña es publicada por Cambridge Weight Plan como un servicio a los profesionales de la salud.

Cambridge

Weight Plan

Real people, real support, real results.

Cambridge Weight Plan, México

† 01 800 467 3098
e info@cwpl.com.mx
w www.cwpl.com.mx