



REAL
FUNDACIÓN
VICTORIA
EUGENIA



CICLO DE
SEMINARIOS ONLINE
**ACTUALIZACIONES
EN HEMOFILIA Y
OTRAS COAGULOPATÍAS**
Visión multidisciplinar

“ABORDAJE PRÁCTICO DE LA OBESIDAD Y EXPERIENCIAS EN PACIENTES CON COAGULOPATÍAS CONGÉNITAS”

19 noviembre 2025 / 18:00 horas

CON LA COLABORACIÓN DE:



SEMINARIO ONLINE:
"Abordaje práctico de la obesidad y experiencias en
pacientes con coagulopatías congénitas"

EDITA:
Real Fundación Victoria Eugenia

Maquetación: A Imprenta Ourense S.L.

www.rfve.es

ISBN: 978-84-09-80441-2

ÍNDICE

| | |
|---|----|
| Introducción | 2 |
| Dra. Noelia Pérez González. <i>Jefa de Servicio de Hematología del Hospital Torrecárdenas de Almería.</i> | |
| Bibliografía | 4 |
| Abordaje práctico de la obesidad en personas con Hemofilia. La visión del Rehabilitador..... | |
| 5 | |
| Dr. Francisco Cholbi Llobel. <i>Facultativo adjunto en el Hospital Universitario Dr. Balmis de Alicante.</i> | |
| Bibliografía | 22 |
| Abordaje nutricional del paciente con coagulopatía congénita y sobrepeso u obesidad..... | |
| 24 | |
| Dña. Lucía Fernández Comesaña. <i>Dietista-nutricionista. Grado en Nutrición Humana y Dietética en la Universidad de Santiago de Compostela.</i> | |
| Bibliografía | 39 |

Introducción

“ABORDAJE PRÁCTICO DE LA OBESIDAD Y EXPERIENCIAS EN PACIENTES CON COAGULOPATÍAS CONGÉNITAS”.

Dra. Noelia Pérez González¹.

En este seminario web de la Real Fundación Victoria Eugenia, en colaboración con Roche y Pfizer, está dedicado a la obesidad y al impacto que tiene en la población de personas con coagulopatías.

En los últimos años, estamos viviendo un incremento progresivo de los índices de sobrepeso y obesidad que afectan fundamentalmente al conocido como primer mundo. Nuestra sociedad ha ido evolucionando hacia un sedentarismo progresivo y ha aparejado también cambios en la forma de alimentación, todo esto está teniendo un impacto global en la salud poblacional y las personas con coagulopatías están también inmersas en estas dinámicas.

La obesidad constituye un determinante creciente de la morbilidad musculoesquelética contemporánea, al interactuar de manera compleja con mecanismos biomecánicos, endocrinos e inmunometabólicos. El incremento de la masa corporal ejerce una sobrecarga persistente sobre articulaciones de carga y columna vertebral, acelerando la degeneración del cartílago y favoreciendo la aparición y progresión de osteoartritis. Paralelamente, el tejido adiposo disfuncional promueve un estado inflamatorio crónico de bajo grado - caracterizado por la secreción elevada de adipocinas y citocinas proinflamatorias - que compromete la integridad del músculo y el hueso. Este contexto facilita la emergencia de la obesidad sarcopénica, entidad que combina exceso adiposo con pérdida de masa y fuerza muscular, incrementando el riesgo de fragilidad, caídas y discapacidad. La convergencia de estos procesos sitúa a la obesidad como un factor central en la carga global de trastornos musculoesqueléticos y subraya la necesidad de estrategias preventivas. Y terapéuticas integradas.

Se suman a esta situación social los condicionantes propios de las coagulopatías como la hemofilia, que asocian complicaciones hemorrágicas tanto articulares como musculares que pueden limitar la actividad física, implicando periodos de reposo, dificultades para la realización de ejercicio tanto por disminución de la movilidad articular como por dolor agudo o crónico, que pueden favorecer el sobrepeso y la pérdida de masa muscular, favoreciendo el desarrollo de sarcopenia.

1. Jefa de Servicio de Hematología del Hospital Torrecárdenas de Almería..

Los eventos hemorrágicos van a ser un estímulo inflamatorio que también va a impactar de forma negativa en la persona, sin olvidar que las complicaciones hemorrágicas también van a influir en la salud y estabilidad emocional, con impacto negativo en las relaciones sociales, en el ámbito laboral, etc, en resumen, todos los ámbitos relacionales incluida la alimentación también se verán afectados de forma negativa.

Este seminario está estructurado con una primera ponencia dedicada a la obesidad y hemofilia con una aproximación multidisciplinar a esta problemática, a cargo del Dr. Francisco Cholbi Llobell, médico especialista en Rehabilitación, que desarrolla su labor asistencial desde 2012 en el Hospital Dr. Balmis de Alicante, es experto entre otras materias en ecografía articular y uno de sus ámbitos de subespecialización es la artropatía hemofílica. A continuación la segunda ponencia pone el foco en el impacto de la alimentación para un abordaje eficiente y sostenible planteando estrategias nutricionales para no solo control de peso si no una mejoría global de salud, de ella se encarga Dña. Lucía Fernández Comesaña, nutricionista y dietista, cuyo TFM del máster de especialización en Nutrición clínica y comunitaria se centraba en personas con coagulopatías hemorrágicas.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Seminar: *Osteoarthritis*. The Lancet. 2025 Jan 4
2. Shumnalieva R. *Obesity-Related Knee Osteoarthritis—Current Concepts*. 2023
3. Borba VZC., et al. *Sarcopenic obesity: a review*. 2024.
4. Wilding J., Zourikian N., Di Minno M., Khair K., Marquardt N., Benson G., Ozelo M., Hermans C. *Obesity in the global haemophilia population: prevalence, implications and expert opinions for weight management*. *Obesity Reviews*. 2018; 19(11): 1569–1584.
5. Kahan S., Cuker A., Kushner R.F., Maahs J., Recht M., Wadden T., Willis T., Majumdar S., Ungar D., Cooper D. *Prevalence and impact of obesity in people with haemophilia: Review of literature and expert discussion around implementing weight management guidelines*. 2017

Abordaje práctico de la obesidad en personas con Hemofilia. La visión del Rehabilitador.

Dr. Francisco Cholbi Llobel

Facultativo adjunto en el Hospital Universitario Dr. Balmis de Alicante.

El abordaje práctico de la **obesidad en pacientes con coagulopatías congénitas** como la hemofilia requiere una estrategia multidisciplinaria, adaptada a las limitaciones articulares y al riesgo de sangrado.

La prevalencia de obesidad en hemofilia es similar o incluso superior a la de la población general, y se asocia con mayor dolor articular, limitación funcional y riesgo de hemartrosis, lo que impacta negativamente en la calidad de vida y la movilidad.

Overweight and Obesity in Hemophilia: A Systematic Review of the Literature. Wong TE, Majumdar S, Adams E, et al.

Consecuencias clínicas

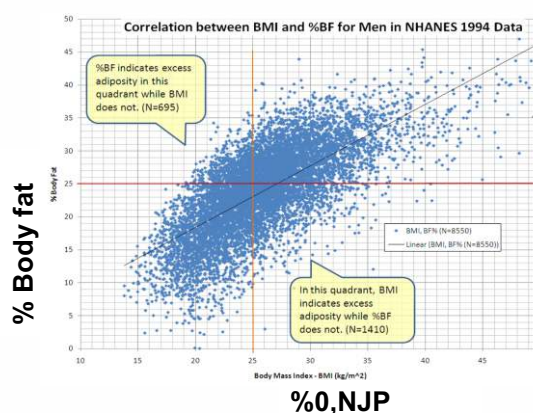
- **Articular:**
 - Mayor sobrecarga mecánica sobre rodillas, tobillos y caderas, articulaciones ya comprometidas por la artropatía hemofílica.
 - Aceleración de la degeneración articular y mayor discapacidad funcional.
- **Hematológica:**
 - Alteraciones en la farmacocinética de los concentrados de factor de coagulación.
 - Aumento del consumo de factor, con implicaciones en eficacia y coste del tratamiento.
- **Metabólica y cardiovascular:**
 - Incremento del riesgo de diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, apnea del sueño y enfermedad cardiovascular, que se suman a las complicaciones propias de la hemofilia.
- **Psicosocial:**
 - Impacto en la calidad de vida, autoestima y participación social, que puede agravar aún más la tendencia al sedentarismo.

Overweight and Obesity in Hemophilia: A Systematic Review of the Literature. Wong TE, Majumdar S, Adams E, et al.

Obesidad: Definición y medida

- Estado de **exceso de tejido adiposo** y, consiguientemente, de peso: Enfermedad crónica multifactorial caracterizada por un **exceso de la grasa corporal que origina un incremento del peso corporal con efectos deletéreos para la salud**
- IMC** es el método más empleado para definir la obesidad:
 - IMC = peso (kg)/ Talla² (m²)**
 - Cuando se combina con la medida de la **circunferencia de la cintura** aumenta su valor predictivo de riesgo cardiovascular.
- No siempre el exceso de peso o de IMC equivale a obesidad:

Limitaciones: No informa de la distribución de la grasa ni de su funcionalidad. No diferencia entre masa magra y grasa. Mal indicador si baja estatura, retención hidrosalina y en gestantes. Sobreestima la grasa corporal en personas musculadas y la infraestima en personas con sarcopenia.



- Gradación del exceso de peso**
 - Puntos de corte arbitrarios
 - Basados en aumento del riesgo de morbi-mortalidad (relación entre IMC y mortalidad mayor que con la grasa corporal)

| CATEGORIA | IMC |
|----------------------------|-----------|
| Normal | 18,5-24,9 |
| Sobrepeso grado 1 | 25,0-26,9 |
| Sobrepeso grado 2 | 27,0-29,9 |
| Obesidad grado 1 | 30,0-34,9 |
| Obesidad grado 2 | 35,0-39,9 |
| Obesidad grado 3 (mórbida) | > 40 |

Relevancia del CKM en hemofilia

La obesidad en hemofilia aumenta:

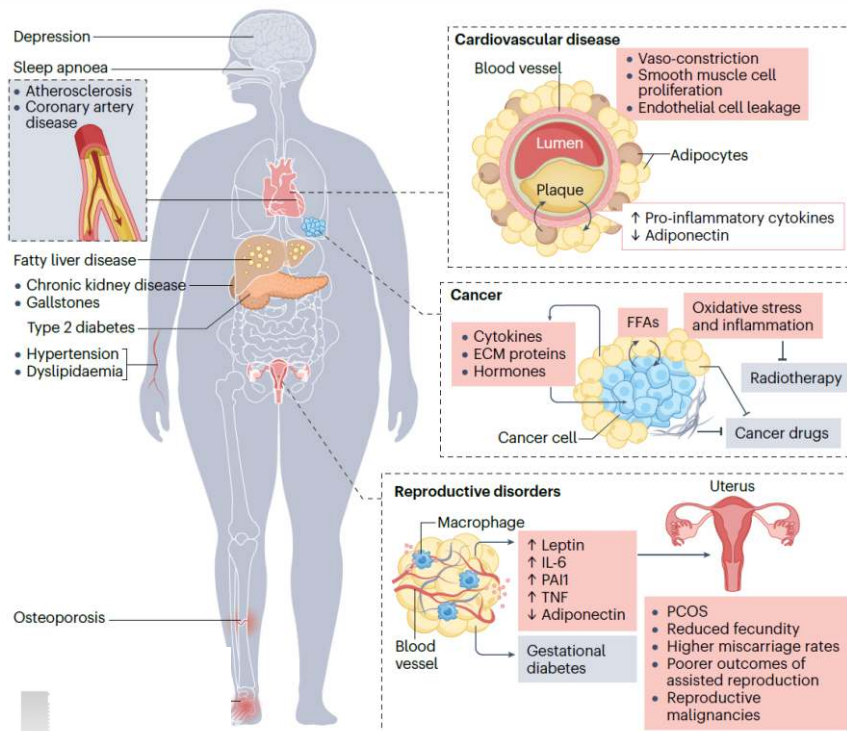
- carga articular,
- riesgo de sangrados articulares,
- dolor musculoesquelético,
- limitación funcional.

El modelo CKM muestra que la adiposidad visceral e inflamatoria:

- eleva riesgo cardiovascular,
- afecta función renal (clave en dosificación de fármacos),
- empeora control glucémico → más inflamación, más dolor.
- Permite **estratificar el riesgo global** y justificar intervenciones intensivas.

“El objetivo es identificar al paciente con hemofilia obeso en etapas 1–2, donde las intervenciones son mucho más eficaces.”

Comorbilidades asociadas a la Obesidad



Moreno-Perez O.

Evaluación clínica de la obesidad

ANAMNESIS

Antecedentes familiares. Historia familiar de obesidad y factores de riesgo cardiovascular o enfermedad CV prematura.

Antecedentes personales.

- **Cronología del peso** (infancia, edad de inicio, pesos mínimo-máximo, desencadenantes, causas secundarias).
- Respuesta a tratamientos previos.
- **Estilo de vida.** Patrón dietético, número de comidas, picoteo, cantidades, hábitos impulsivos, tipo de comida. Registros de 24-48h. Hábitos tóxicos.
- **Actividad física.**
- Antecedentes de **patología psiquiátrica.** Descartar trastornos de la conducta alimentaria, trastornos obsesivo-compulsivos y afectivos.
- Tratamientos crónicos. **Fármacos** asociados con incremento ponderal (corticoides, antidepresivos, antidiabéticos)
- **Comorbilidades** asociadas.
- Grado de **motivación** y disposición para iniciar un programa de pérdida de peso. Expectativas del tratamiento.

Evaluación clínica de la obesidad

- EXPLORACIÓN FÍSICA
- Peso, talla, IMC. Cintura, cadera. Presión arterial.
- Valorar signos de obesidad secundaria y comorbilidades.
- Cabeza: alopecia, facies cushingoide, hirsutismo.
- Cuello: bocio, acantosis, giba dorsal.
- Torax: ginecomastia del varón, hirsutismo mujer.
- Abdomen: estrías, hepatomegalia.
- EEII: edema, varices, pulso.

Evaluación clínica de la obesidad

- EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS
- ECG, ecografía abdominal, estudio del sueño, estudio de composición corporal (bioimpedanciometría eléctrica).
- Analítica: hemograma, ionograma, glucemia basal, HbA1c, SOG 75, insulinemia, perfil lipídico, renal, hepático y úrico.
- Otras determinaciones hormonales se realizarán sólo ante la sospecha clínica de alteración endocrinológica (TSH, cortisoluria 24h, andrógenos)

Evaluación clínica de la obesidad

Criterios de valoración en consulta especializada en obesidad

- $IMC \geq 40$ kg/m².
- $IMC \geq 35$ kg/m² y una o más enfermedades relacionadas con la obesidad en las que no se consiga un correcto control de estas.
- $IMC \geq 35$ kg/m² en paciente en el que la pérdida ponderal sea prioritaria.
- Si el paciente desea y cumple criterios para cirugía bariátrica.
- Sospecha de obesidad secundaria para proceder al diagnóstico y tratamiento específico.
- Sospecha de obesidad sindrómica.
- Paciente con cirugía bariátrica con seguimiento irregular o sospecha de complicaciones.

Evaluación clínica de la obesidad

Y QUÉ HACEMOS CON LOS PACIENTES CON HEMOFILIA???








ESTUDIO EXQUISITO DEL SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO

El rol de la Rehabilitación en el tratamiento de Hemofilia



- EXPLORACIÓN ORTOPÉDICA Y MUSCULAR
- IMAGEN
- COMPLICACIONES AGUDAS
- DOLOR
- RECUPERAR LA FUNCIÓN
- ACOMPAÑAR EN EL CAMINO DEL PACIENTE CON HEMOFILIA

Medidas de salud articular en hemofilia

| Exploración física articular ¹⁻³ | Diagnóstico por imagen ¹⁻² |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none">  Pérdida de flexión y extensión, dolor  Atrofia muscular, fuerza, inestabilidad  Amplitud de movimiento, marcha  Artropatía | <ul style="list-style-type: none">  Cambios en los tejidos blandos Hipertrofia sinovial, hiperemia sinovial, depósito de hemosiderina, derrame hemorrágico  Anomalías del cartílago  Anomalías óseas |

 Los intervalos de evaluación sugeridos para los resultados articulares son anuales o más largos, pero pueden individualizarse^{2,3}

La evaluación de la salud articular debe realizarse de forma periódica en función de la edad y el estado clínico.³

1. Manco-Johnson. *Haemophilia* 2021; 2. Fischer. *Haemophilia*. 2017; 3. Seuser. *Blood Coagul Fibrinolysis* 2018.

Valoración funcional: HJHS (2008)

- Swelling
- Duration of swelling
- Muscle atrophy
- Crepitus
- Flexion loss
- Extension loss
- Joint pain
- Strength
- Global gait score

[> Arthritis Care Res \(Hoboken\). 2011 Feb;63\(2\):223-30. doi: 10.1002/acr.20353.](#)

Validation of a new pediatric joint scoring system from the International Hemophilia Prophylaxis Study Group: validity of the hemophilia joint health score

[> Res Pract Thromb Haemost. 2022 Mar 25;6\(2\):e12690. doi: 10.1002/rth2.12690. eCollection 2022 Feb.](#)

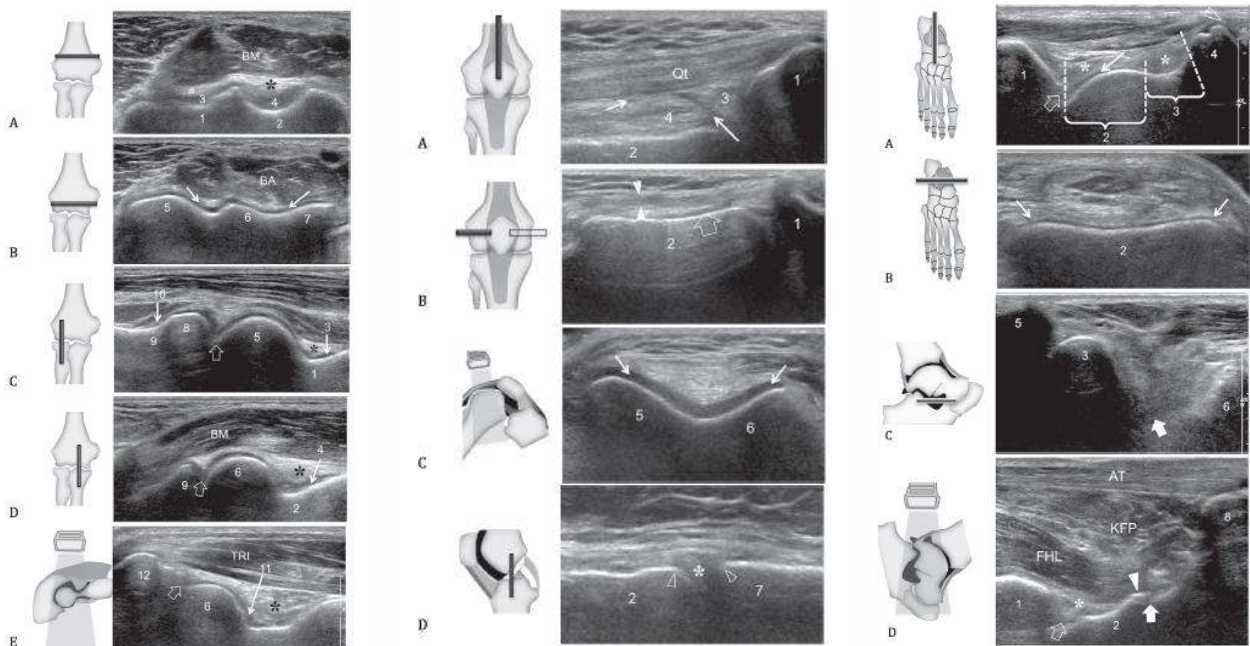
The Hemophilia Joint Health Score version 2.1 Validation in Adult Patients Study: A multicenter international study

• Feldman BM, Funk SM, Bergstrom BM, et al. Validation of a new pediatric joint scoring system from the International Hemophilia Prophylaxis Study Group: validity of the hemophilia joint health score. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2011;63:223-230

Valoración ortopédica

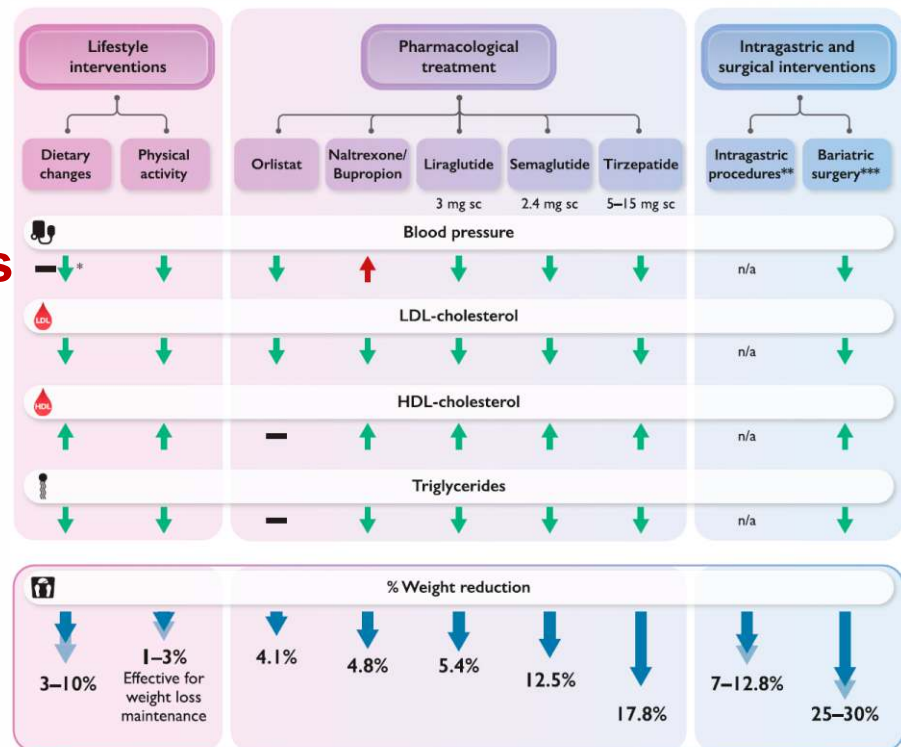


PROTOCOLO HEAD US



Martinoli C, et al., Development and definition of a simplified scanning procedure and scoring method for Haemophilia Early Arthropathy Detection with Ultrasound (HEAD-US). *Thromb Haemost.* 2013 Jun;109(6):1170-9.

Efectos esperados de las intervenciones para la pérdida de peso



*Hypocaloric Mediterranean or low-carbohydrate diet
 **Intragastric balloons; endoscopic sleeve gastropasty
 ***Roux-en-Y gastric bypass; laparoscopic sleeve gastrectomy

Koskinas KC et al. Eur J Prev Cardiol. 2024 Aug 30;zwae279.



Posibles intervenciones terapéuticas

- La intervención debe centrarse en la **modificación de hábitos alimentarios** y la **promoción de actividad física segura**.
- La literatura destaca que menos del 50% de los pacientes con hemofilia realizan ejercicio físico regular, a pesar de que, bajo tratamiento profiláctico adecuado (incluyendo factores de coagulación y terapias como emicizumab, aprobado por la FDA para hemofilia A), la actividad física es segura y recomendable.
- Las actividades de bajo impacto como caminar, nadar y ciclismo son preferidas, y deben ser individualizadas según el estado articular y el nivel de protección hemostática.

Promoting Physical Activity for People With Haemophilia in the Age of New Treatments, Matlary RED, Grinda N, Sayers F, Versloot O, McLaughlin P.

Physical Activity Awareness and Understanding of Treatment Protection Among People With Haemophilia and Their Caregivers in Central Europe, Batorova A, Banchev A, Boban A, et al.

¿Realmente es mayor la ingesta en los obesos?

- Se infraestima la **ingesta calórica**.
- Escasa **actividad física** y se sobrevalora la que se realiza
- El **GMB** no es menor en obesos: El GMB es proporcionalmente mayor en obesos por el aumento de gasto derivado del mantenimiento y la movilización de su masa corporal.
- Pese a que en los sujetos con obesidad existe un aumento de los niveles de **leptina** se produce resistencia a la misma.



Fármacos antiobesidad y Hemofilia

| | | Notas clínicas en hemofilia |
|--------------------------|---|---|
| 1. Selección de paciente | IMC ≥ 30 , o ≥ 27 con comorbilidad (HTA, DM2, SAOS, CV). Intento previo de intervención sobre estilo de vida. | Valorar estado articular y motivación. Evitar en MEN2/MTC, pancreatitis previa. |
| 2. Objetivos | Pérdida de $\geq 5-10\%$ a 6-12 meses. Mejorar dolor, movilidad y capacidad de ejercicio. | Objetivar con HJHS, test de la marcha, escalas de dolor. |
| 3. Inicio y titulación | Semaglutida: escalar hasta 2,4 mg/sem. Tirzepatida: 5→10→15 mg/sem. | Empezar en semanas sin hemartrosis. Educación sobre síntomas GI. |
| 4. Seguimiento inicial | Revisar cada 4-8 semanas. Control de peso, circunferencia cintura, tolerancia GI. | Ajustar fisioterapia si hay efectos GI que limiten ejercicio. |
| 5. Ajuste hematológico | Recalcular dosis de factor si el peso cambia $>5-10\%$. | Documentar consumo mensual antes/después. Coordinar con hematólogo. |
| 6. Seguridad | Vigilar colelitiasis, pancreatitis, vómitos persistentes. | Suspender y reevaluar si dolor abdominal severo. Revisar riesgo perioperatorio. |
| 7. Refuerzo conductual | Combinar con dieta mediterránea y ≥ 150 min/sem de ejercicio adaptado. | Integrar en programa multidisciplinar con rehabilitación, nutrición y psicología. |

Wilding JPH, et al. STEP-1—semaglutida 2.4 mg en obesidad. *NEJM* 2021. Jastreboff AM, et al. SURMOUNT-1—tirzepatida en obesidad. *NEJM* 2022.

Los adultos con hemofilia severa son menos activos

En población infantil y en jóvenes los niveles de actividad se equiparan a la población sana

Personalised support of physical activity and sportinf activities. Merel Timmer, PT.



Actividad física y deportiva



No olvidar que el sedentarismo es el enemigo que hay que combatir

Personalised support of physical activity and sportinf activities. Merel Timmer, PT.

Qué debemos valorar para prescribir ejercicio

- **Salud articular y movilidad**
- Un paso adelante: **PARA qué sirve el sistema musculoesquelético**
 - Habilidad en las actividades de la vida diaria
 - Función deportiva
 - Resistencia
- Identificar las características **antropométricas** de los pacientes
- **Entrenamiento a medida** / necesidades que debemos tener en cuenta para que el paciente pueda hacer la actividad deseada
- Identificar las **limitaciones** en las actividades de las personas con hemofilia
- **Debemos excluir/ incluir por edad o tipo de hemofilia?**

Personalised support of physical activity and sportinf activities. Merel Timmer, PT.

Las barreras principales para la pérdida de peso incluyen el **dolor articular**, el miedo al **sangrado** y la falta de educación sobre **ejercicio** seguro.

Los equipos de rehabilitación deben trabajar en conjunto con hematólogos, nutricionistas y fisioterapeutas para diseñar programas personalizados, enfatizando la importancia de la prevención de comorbilidades cardiovasculares y metabólicas, que son igual de frecuentes y a menudo subtratadas en esta población.

Valoración de la función

Identificar las actividades que los pacientes con hemifilia tienen más dificultad de realizar

Tests que sean significativos de la función para el paciente y el terapeuta







Tests que valoren las capacidades/propiedades psicométricas del paciente

Tests que sean fáciles de aplicar

Obtener opiniones sobre la aceptabilidad de los test

*Consensus on Outcomes on Physical Function and activities for persons with Haemophilia:
results from the Ipop study: David Stephensen et al.*

Principales test de valoración funcional

| | Capacidad | Test | Qué mide |
|---|---------------------|-----------------|----------------------------------|
|  | Cardiorrespiratoria | 6MWT | Tolerancia y descondicionamiento |
|  | Movilidad | Escaleras | Potencia y control motor |
|  | Movilidad | 30" Up and Down | Fuerza y capacidad funcional |
|  | Equilibrio | Unipodal/Tándem | Estabilidad y riesgo de caída |
|  | Fuerza | Agarre | Fuerza global / sarcopenia |
|  | Potencia | Test de salto | Potencia neuromuscular |

ALGORITMO EN 6 PASOS PARA ELEGIR EL MEJOR TRATAMIENTO PARA LA PRÁCTICA DEPORTIVA

1 Examinar los factores de riesgo individuales y la situación

2 Preferencias del paciente

3 Analizar el tipo de deporte

4 Analizar la forma de practicarlo

5 Analizar en el contexto el nivel de factor

6 Tomar una decisión y comprobarla

Tipos de intervenciones de ejercicio adaptado

- **Ejercicio aeróbico supervisado:** Caminar, nadar, ciclismo, Nordic walking y ejercicios acuáticos han mostrado ser seguros y factibles bajo supervisión profesional, especialmente en pacientes con cobertura hemostática adecuada. El ejercicio acuático es especialmente útil en casos de artropatía avanzada por su bajo impacto articular.
- **Entrenamiento de fuerza progresivo:** Protocolos con bandas elásticas de intensidad moderada a vigorosa (por ejemplo, 2 sesiones semanales durante 8 semanas, progresando de 20 a 10 repeticiones máximas) han demostrado mejorar la fuerza muscular, la capacidad funcional, reducir el dolor y aumentar la motivación para el ejercicio, sin incremento de sangrados en pacientes con hemofilia bajo profilaxis.
- **Intervenciones híbridas y co-diseñadas:** Programas de 12 semanas que combinan Pilates, entrenamiento interválico de alta intensidad (HIIT), ejercicios de balance y educación en actividad física han mostrado aumentar la confianza y la alfabetización física, facilitando la adherencia y el cambio de comportamiento.

Resultados de estudios clínicos sobre seguridad y eficacia

La evidencia de ensayos controlados y revisiones sistemáticas indica que **el ejercicio adaptado mejora la fuerza, el rango de movimiento, el dolor, el balance y la calidad de vida**, con baja incidencia de eventos adversos.

El ejercicio **acuático** puede ser más efectivo que el terrestre para el alivio del dolor en adultos, y los ejercicios **funcionales** (treadmill, ejercicios con peso parcial) son superiores a los estáticos para mejorar la fuerza muscular.

Un estudio reciente en hemofilia A moderada/severa bajo profilaxis con factor VIII de vida media extendida y ejercicio moderado-vigoroso (≥ 150 min/semana al 65% de la frecuencia cardíaca máxima) demostró **reducción significativa de sangrados, mejoría articular, aumento de masa muscular y calidad de vida, y menor consumo de factor**.

La seguridad depende de la individualización según el estado articular y la cobertura hemostática

Safety and Effectiveness of Progressive Moderate-to-Vigorous Intensity Elastic Resistance Training on Physical Function and Pain in People With Hemophilia. Calatayud J, Pérez-Alenda S, Carrasco JJ, et al.

Recomendaciones prácticas y consideraciones multidisciplinares

- Adaptar el tipo e intensidad de ejercicio según la severidad de la coagulopatía, el estado articular y la cobertura hemostática, priorizando actividades de bajo impacto y supervisión profesional.
- Educar y motivar al paciente, abordando el miedo al sangrado y la falta de confianza, mediante programas de educación y apoyo multidisciplinario.
- Colaboración multidisciplinaria entre hematología, rehabilitación, fisioterapia y nutrición para optimizar resultados y superar barreras.

Using Evidence-Based Co-Design to Develop a Hybrid Delivered Exercise Intervention That Aims to Increase Confidence to Exercise in People With Haemophilia. Taylor S, Barker K, Stephensen D, Williamson E. Haemophilia : The Official Journal of the World Federation of Hemophilia. 2024

Deberes para casa ...

¿Cuáles son las barreras para la actividad deportiva en pacientes con Hemofilia?

- De parte de los profesionales sanitarios:
 - Falta de recursos
 - Falta de tiempo
 - No síntomas- no tratar
 - Falta de resultados/objetivos
- De parte de los pacientes:
 - Falta de recursos/ dinero / tiempo
 - Asintomáticos : para qué voy a hacer deporte?
 - Miedo a desarrollar síntomas/daño articular

Deberes para casa ...

El manejo de la obesidad en pacientes con hemofilia no es solo una cuestión de peso. Es una oportunidad para mejorar la **función**, reducir el **dolor**, optimizar el **tratamiento** hematológico y potenciar la **calidad de vida**.

Con un abordaje práctico, individualizado y basado en la evidencia, podemos transformar este reto en un área de **innovación clínica y docente**.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Batorova A, Banchev A, Boban A, et al. Physical activity awareness and understanding of treatment protection among people with haemophilia and their caregivers in Central Europe. *Haemophilia*. 2023;29(3):e240–e250.
2. Calatayud J, Pérez-Alenda S, Carrasco JJ, et al. Safety and effectiveness of progressive moderate-to-vigorous elastic resistance training on physical function and pain in people with haemophilia. *Physiother Theory Pract*. 2021;37(10):1133-1142.
3. Collins PW, Fischer K, Morfini M, Blanchette VS, Björkman S. International recommendations on the dosing of FVIII and FIX concentrates in obesity. *Haemophilia*. 2011;17(3):494-502.
4. De la Corte-Rodriguez H, Rodriguez-Merchan EC. The role of physical medicine and rehabilitation in haemophiliac patients. *Blood Coagul Fibrinolysis*. 2013;24(1):1-9.
5. Després JP, et al. Obesity and cardiometabolic risk: impact of visceral obesity. *J Am Coll Cardiol*. 2021;78(5):513-531.
6. Dix C, Dolan G, Hunt BJ. Reducing the risk of atherosclerotic cardiovascular disease in people with hemophilia: the importance of primary prevention. *J Thromb Haemost*. 2023;21(2):345-354.
7. Feldman BM, Funk SM, Bergstrom BM, et al. Validation of a new pediatric joint scoring system: Hemophilia Joint Health Score. *Arthritis Care Res*. 2011;63:223-230.
8. Fischer K, Steen Carlsson K, Petrini P, et al. Intermediate-dose versus high-dose prophylaxis for severe hemophilia. *Blood*. 2013;122(7):1129-1136.
9. Hagberg CE, et al. Metabolic implications of obesity at the cellular level. *Nat Rev Mol Cell Biol*. 2024;25(4):270-289.
10. Grinda N, Sayers F, Versloot O, McLaughlin P. Promoting physical activity for people with haemophilia in the age of new treatments. *Haemophilia*. 2023;29(1):144-154.
11. Iorio A, Marchesini E, Marcucci M, et al. Physical activity and sports participation in children with haemophilia. *Haemophilia*. 2010;16(4):656-663.
12. Jastreboff AM, et al. Tirzepatide once weekly for the treatment of obesity (SURMOUNT-1). *N Engl J Med*. 2022;387:205-216.
13. Koskinas KC, et al. Cardiometabolic disease prevention in Europe. *Eur J Prev Cardiol*. 2024;31(8):zwae279.
14. Lincoff AM, et al. Semaglutide and cardiovascular outcomes in obesity without diabetes (SELECT). *N Engl J Med*. 2023;389:2221-2232.
15. Manco-Johnson MJ. New challenges in hemophilia: long-term outcomes and complications. *Haemophilia*. 2021;27:3-12.
16. Martinoli C, et al. HEAD-US: simplified scanning and scoring for haemophilic arthropathy. *Thromb Haemost*. 2013;109(6):1170-1179.

17. Matlary RED, et al. Promoting physical activity in haemophilia. *Haemophilia*. 2022;28(4):e291-e301.
18. Merel Timmer M. Personalized support of physical activity and sporting activities. *Physiother Res Int*. 2022;27(2):e1932.
19. Ndumele CE, et al. Obesity and cardiovascular disease: updated AHA scientific statement. *Circulation*. 2023;148(20):1606-1635.
20. Negrier C, et al. Pharmacokinetics and efficacy of rFIXFc and N9-GP in special populations (including obesity). *Haemophilia*. 2017;23(5):e469-e478.
21. O'Hara J, Hughes D, Camp C, et al. The cost of severe haemophilia in Europe (CHESS study). *Orphanet J Rare Dis*. 2017;12:106.
22. Seuser A, et al. Physiotherapy in haemophilia: new perspectives. *Blood Coagul Fibrinolysis*. 2018;29(1):3-9.
23. Srivastava A, Santagostino E, Dougall A, et al. WFH Guidelines for the Management of Hemophilia, 3rd edition. *Haemophilia*. 2020;26(S6):1-158.
24. Stephensen D, Tait RC, Brodie N, et al. Changing patterns of obesity and overweight in haemophilia: 21-year follow-up. *Clin Obes*. 2018;8(6):411-419.
25. Stephensen D, Barker K, Williamson E, et al. Consensus on outcomes on physical function and activities for people with haemophilia (IPOP study). *Haemophilia*. 2022;28(5):787-798.
26. Taylor R, et al. Metabolic signatures in obesity. *Clin Sci*. 2023;137:1333-1346.
27. Taylor S, Barker K, Stephensen D, Williamson E. Exercise co-design intervention in haemophilia. *Haemophilia*. 2024;30(1):120-130.
28. Wilding J, Zourikian N, Di Minno M, et al. Obesity in the global haemophilia population. *Obes Rev*. 2018;19(11):1569-1584.
29. Wilding JPH, et al. Semaglutide 2.4 mg in adults with obesity (STEP-1). *N Engl J Med*. 2021;384:989-1002.
30. Wong ND, et al. Cardiometabolic complications of obesity. *Nat Rev Cardiol*. 2023;20(10):685-695.
31. Wong TE, Majumdar S, Adams E, et al. Overweight and obesity in hemophilia: a systematic review. *Am J Prev Med*. 2011;41(6 Suppl 4):S369-375.
32. Yau K, et al. Hormonal regulation in obesity. *Nat Rev Endocrinol*. 2024;20:1-16.
33. Young G. New challenges in hemophilia: long-term outcomes and complications. *Haemophilia*. 2021;27(Suppl 1):25-33.

Abordaje nutricional del paciente con coagulopatía congénita y sobrepeso u obesidad.

Dña. Lucía Fernández Comesaña

Dietista-nutricionista.
Grado en Nutrición Humana y Dietética en la Universidad de Santiago de Compostela.

Contenido

1. Introducción
2. Objetivos
3. Diseño y planificación
4. Resultados esperados
5. Fortalezas y debilidades
6. Bibliografía

Introducción del proyecto

Introducción

Impacto de la obesidad

La obesidad es un factor que agrava la sintomatología de las coagulopatías congénitas, ya que incrementa la **presión sobre las articulaciones** y favorece un **estado proinflamatorio** crónico, lo que puede intensificar los síntomas y aumentar el riesgo de hemorragias. (Kahan et al., 2017).

⇒ El exceso de adiposidad se ha asociado con una **disminución del rango de movimiento** en las articulaciones que soportan peso y una **pérdida acelerada de movilidad articular** (Wilding et al., 2018).

Introducción

Impacto de la obesidad

Además, la dosis de factores de coagulación depende del **peso corporal** para obtener un nivel circulante específico, por lo que deben recibir dosis más altas de factores de coagulación, lo que aumenta los **costes sanitarios** (Witkop et al., 2016).

Por lo tanto, intervenir desde la **nutrición** puede tener beneficios importantes no solo a nivel **clínico**, sino también **psicológico, funcional y económico**.

Objetivos del proyecto

Objetivo principal

- ⇒ Evaluar el impacto de una **intervención dietético-nutricional personalizada** en la composición corporal, la sintomatología y la calidad de vida de personas con hemofilia y sobrepeso u obesidad.

Objetivos específicos

1. Evaluar el impacto en la **calidad de vida** de las personas hemofílicas
2. Evaluar cambios en la **composición corporal**
3. Analizar las variaciones de **marcadores bioquímicos** relevantes
4. Analizar si hubo cambios en la **sintomatología** y en el desarrollo de **complicaciones** relacionadas con la patología
5. Evaluar la salud **mental** de los participantes

Diseño y planificación

Diseño *del proyecto*

Ensayo clínico no controlado de 18 meses de duración en el que se valora la respuesta a la intervención dietético-nutricional personalizada en el mismo grupo de sujetos, **antes y después** de la intervención.

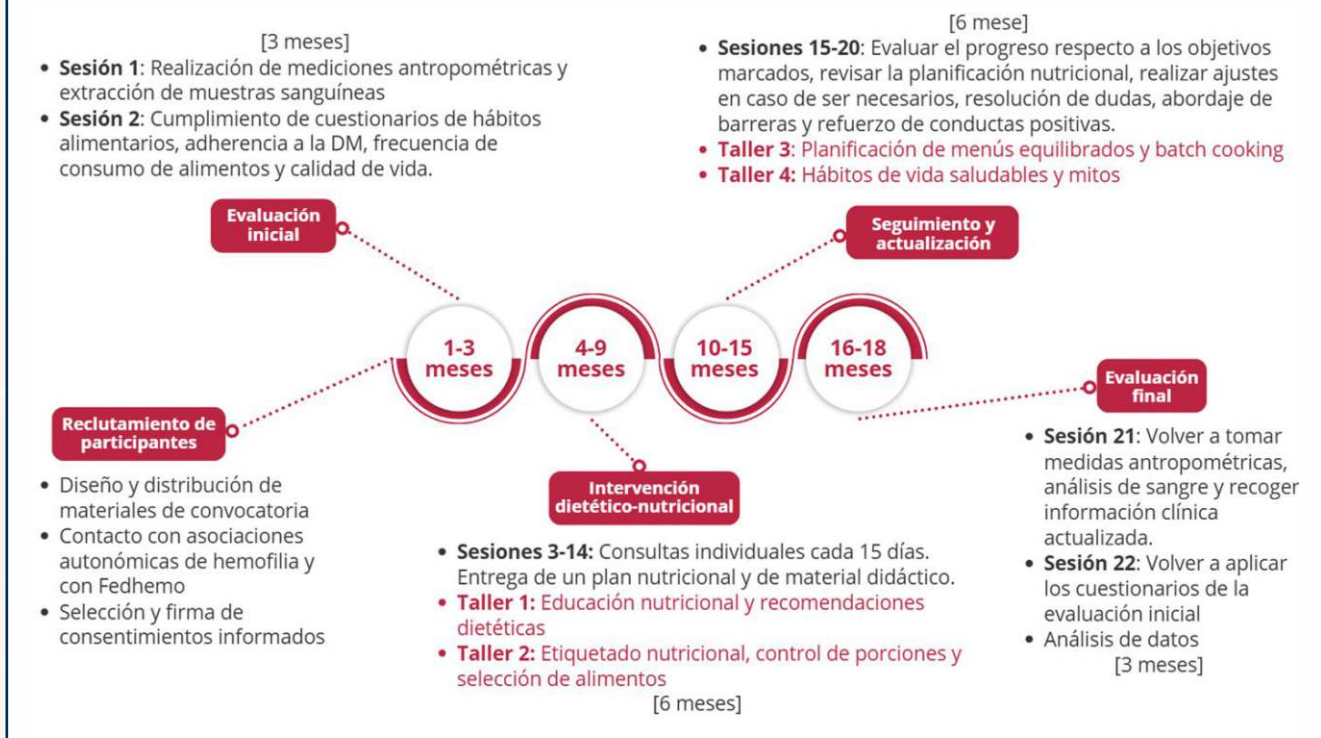
Criterios de **inclusión**

Mujeres y hombres con **diagnóstico de hemofilia A o B** que formen parte de la Federación Española de Hemofilia (Fedhemo) y/o de las asociaciones de las diferentes comunidades autónomas, mayores de 18 años que presente un **IMC ≥ 25 kg/m²**.

Criterios de **exclusión**

Aquellos participantes que presenten **comorbilidades graves** no controladas o que tengan contraindicaciones médicas que impidan la implementación de cambios dietéticos (como, por ejemplo, trastornos de la conducta alimentaria, insuficiencia renal grave, diabetes mellitus tipo 1 mal controlada, cáncer, enfermedad hepática grave, etc.).

PLAN DE TRABAJO



1. Evaluación inicial

Durante los tres primeros meses se lleva a cabo una evaluación inicial completa de cada participante para recopilar información detallada sobre su **estado nutricional, clínico y calidad de vida**.

- Clave para realizar un abordaje personalizado acorde a las necesidades de cada participante
- Comparación con los datos obtenidos al finalizar la intervención

Sesión 1

- **Anamnesis** (datos sociodemográficos, sintomatología, estilo de vida, hábitos...)
- **Evaluación antropométrica y bioimpedancia** (masa grasa, masa magra, perímetro abdominal, índice cintura-cadera...)
- **Evaluación bioquímica** → extracción sanguínea y muestras de orina (perfil lipídico, niveles de glucosa, marcadores inflamatorios, niveles de vitaminas y minerales...)

Sesión 2

- **Cuestionario Haem-A-QoL** (impacto de la hemofilia en la calidad de vida)
- **Haemophilia Activity List (HAL)** (nivel de actividad física y limitaciones funcionales)
- **Frecuencia de consumo** de alimentos (patrón alimentario)
- **Registros de 24 h** (adherencia pauta dietética)

2. Intervención dietético - nutricional

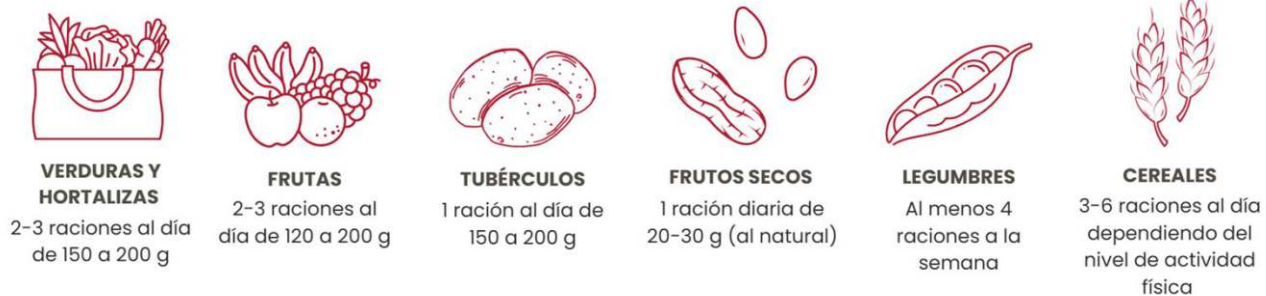
La intervención consistirá en un programa de **educación nutricional** dirigido a personas con hemofilia y sobrepeso u obesidad, con el objetivo de **fomentar la adquisición de hábitos alimentarios saludables** que contribuyan al control del peso corporal y a la mejora de su calidad de vida.



El Plato para Comer Saludable (Spanish) - The Nutrition Source. (2024, 9 mayo). The Nutrition Source. (Disponible en: <https://nutritionsource.hsph.harvard.edu/healthy-eating-plate/translations/spanish/>)

2. Intervención dietético - nutricional

Los planes alimentarios se confeccionarán siguiendo las recomendaciones dietéticas elaboradas por la **Aencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN. 2022)**.



2. Intervención dietético - nutricional

Los planes alimentarios se confeccionarán siguiendo las recomendaciones dietéticas elaboradas por la **Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN, 2022)**.



PESCADO Y MARISCOS

3-4 raciones a la semana



Priorizando pescado **graso/azul**: sardinas, boquerones, caballa, salmón...



HUEVOS

4-6 huevos medianos a la semana



LÁCTEOS

Máximo 3 raciones al día



CARNE

0 a un máximo de 3 raciones de carne a la semana



Mejor si es **blanca/magra** (pollo, pavo...) y evitar el consumo de carnes rojas y procesadas



ACEITE DE OLIVA

Una ración de 10ml en todas las comidas (1 cucharada sopera)

2. Intervención dietético - nutricional

Los planes alimentarios se confeccionarán siguiendo las recomendaciones dietéticas elaboradas por la **Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN, 2022)**.



AGUA

Bebida de elección. Evitar consumo de bebidas azucaradas, edulcoradas, energéticas y alcohólicas



ULTRAPROCESADOS

Evitar alimentos ricos en sal, azúcares añadidos, grasas y harinas refinadas...
Optar por aquellos mínimamente procesados



SOSTENIBILIDAD

De temporada, cercanía y bajo impacto ambiental



ACTIVIDAD FÍSICA

- 2,5 - 5 horas/semana act. aeróbica moderada (**andar**)
- 1,25 - 2,5 horas/semana act. aeróbica vigorosa (**correr**)
- 2 o más días/semana entrenamiento de **fuerza**

2. Intervención dietético - nutricional

Además, se adaptarán a las necesidades específicas de la población diana, prestando especial atención a los **micronutrientes** clave de esta patología:



HIERRO

- Las hemorragias frecuentes pueden predisponer a anemia ferropénica, por lo que es importante asegurar fuentes de hierro hemo (**carnes magras, pescado, huevos**) y no hemo (**legumbres y vegetales de hoja verde**), combinadas con alimentos ricos en **vitamina C** y **separadas de la toma de café, té, chocolate, lácteos**.
- El hierro contribuye a la formación de glóbulos rojos y ayuda a transportar O₂ a los músculos



VITAMINA K

- Esencial para la **síntesis de factores de coagulación**
- Se encuentra en **verduras de hoja verde, brócoli y coles**
- Si no hay suficiente vitamina K, la sangre puede no coagular correctamente, lo que puede provocar más episodios de sangrado

2. Intervención dietético - nutricional

Además, se adaptarán a las necesidades específicas de la población diana, prestando especial atención a los **micronutrientes** clave de esta patología:



CALCIO Y
VITAMINA D

- Fundamentales para el mantenimiento de la **densidad ósea** y la prevención de artropatía hemofílica
- Los iones de calcio intervienen en la **activación plaquetaria** y en la activación completa de muchos **factores de coagulación** como el factor XIII.
- La vitamina D ayuda al cuerpo a absorber el calcio
- Adecuada **exposición solar**, consumo de **lácteos, pescados grasos y huevos**, consumo de suficiente **proteína** y practicar **ejercicios** de bajo impacto para preservar la fuerza muscular sin dañar las articulaciones



ÁCIDOS GRASOS
OMEGA 3

- Efecto **antiinflamatorio** beneficioso para la salud articular
- Evitarse los suplementos en dosis altas sin supervisión médica por su potencial anticoagulante
- Consumir alimentos como **pescado azul, nueces y semillas de chía o lino**

2. Intervención dietético - nutricional

La utilización de **suplementos dietéticos y fitoterapéuticos** sin supervisión de un profesional sanitario puede suponer **riesgos** específicos para esta población:

- Alterar la coagulación
- Favorecer sangrados (pueden influir en la función plaquetaria o sobre la coagulación)
- Interaccionar con tratamientos hemostáticos

Además de **carecer de suficiente evidencia** que respalde sus beneficios en esta población.

Algunos de ellos son:

- **Extracto de arándanos**
- **Bromelina**
- **Ajo**
- **Jengibre**
- **Ginkgo biloba**

Siempre que sea posible, es preferible cubrir los nutrientes mediante **ALIMENTOS!!** En caso de necesidad de suplemento, debe ser prescrita y monitorizada por un profesional de la salud.

2. Intervención dietético - nutricional

En esta fase también se desarrollarán actividades educativas **grupales** para reforzar los conocimientos adquiridos y fomentar la interacción entre los participantes.

- **Educación nutricional y recomendaciones dietéticas**

- Importancia de la educación nutricional en la promoción de la salud
- El patrón de dieta mediterránea como referencia de dieta equilibrada y sostenible
- Grupos de alimentos y funciones principales
- Recomendaciones dietéticas por grupos de edad (niños, adolescentes, adultos, personas mayores), etc.

- **Etiquetado nutricional, control de porciones y selección de alimentos**

- ¿En qué te fijas a la hora de elegir un producto en el supermercado?
- Cómo interpretar la tabla nutricional y el listado de ingredientes
- Cómo identificar productos ultraprocesados
- Factores que influyen en la elección de alimentos y tamaño de porciones

3. Seguimiento



Para garantizar el éxito de la intervención, se llevarán a cabo **6 sesiones de seguimiento** a lo largo de los 6 meses posteriores a la fase de implementación de la intervención dietético -nutricional, con el objetivo de:

- ● Evaluar la **evolución** de cada paciente
- ● Identificar posibles **barreras** en la adherencia a la dieta y **refuerzo** de conductas positivas (colaboración con psicología)
- ● Realizar **ajustes** en su plan nutricional en caso de ser necesario
- ● Seguimiento de los cambios de peso y composición corporal
- ● Resolver dudas de los participantes

3. Seguimiento

Durante estos meses se realizarán otros 2 **talleres grupales**:

- **Cómo planificar menús equilibrados y realizar batch cooking**

- Importancia de la planificación alimentaria
- Cómo diseñar un menú saludable y sostenible
- Concepto de “batch cooking”, beneficios, pasos a seguir y consejos
- Cómo conservar adecuadamente los alimentos (tiempos, temperaturas, etc.)
- Cómo combinar preparaciones base, ideas de recetas

- **Adquirir hábitos de vida saludables y desmentir mitos.**

- Los pilares del bienestar según la OMS: alimentación, actividad física, descanso y gestión emocional
- Recomendaciones de actividad física según edad y condición, beneficios
- Relación entre emociones y alimentación, tipos de hambre, importancia de la salud mental
- Importancia del sueño y el descanso
- Desmitificando la nutrición

4. Evaluación final

Al terminar los 12 meses de intervención y seguimiento se llevará a cabo la evaluación final con el objetivo de analizar si se produjeron **cambios relevantes** en los participantes comparando los datos con los obtenidos en la evaluación inicial.

A través de este proceso se determinará la efectividad de la intervención dietético -nutricional, es decir, si ha contribuido a mejorar el **bienestar FÍSICO, EMOCIONAL y SOCIAL** de los participantes.

Sesión 1

- **Anamnesis** (datos sociodemográficos, sintomatología, estilo de vida, hábitos...)
- **Evaluación antropométrica y bioimpedancia** (masa grasa, masa magra, perímetro abdominal, índice cintura-cadera...)
- **Evaluación bioquímica** → extracción sanguínea y muestras de orina (perfil lipídico, niveles de glucosa, marcadores inflamatorios, niveles de vitaminas y minerales...)

Sesión 2

- **Cuestionario Haem-A-QoL** (impacto de la hemofilia en la calidad de vida)
- **Haemophilia Activity List (HAL)** (nivel de actividad física y limitaciones funcionales)
- **Frecuencia de consumo** de alimentos (patrón alimentario)
- **Registros de 24 h** (adherencia pauta dietética)

PLAN DE DIFUSIÓN

DIVULGACIÓN CIENTÍFICA

Revistas científicas, congresos y asambleas

DIVULGACIÓN CLÍNICA

Material didáctico y charlas

Facilitar la implementación de estrategias dietéticas en práctica diaria.

DIVULGACIÓN COMUNITARIA

RRSS, página web

Compartir información sobre el estudio y sensibilizar a la población

Resultados esperados

Resultados esperados

Se espera que los resultados de esta investigación generen un **impacto positivo** a varios niveles:

CLÍNICO

Inclusión de la atención nutricional en el abordaje de la patología para **mejorar la calidad de vida** y prevenir complicaciones

INSTITUCIONAL

Integrar servicios de **asesoramiento nutricional** dentro de la oferta asistencial de las asociaciones y de la atención sanitaria (hospitales, centros de salud)

CIENTÍFICO

Evidencia sobre la eficacia de la nutrición en una población con necesidades específicas aún no cubiertas

SOCIAL

Comprensión más profunda sobre el impacto de la alimentación en la calidad de vida de estas personas

Fortalezas y debilidades

Fortalezas

Primera intervención nutricional en hemofilia con diseño experimental

Aplicabilidad directa en asociaciones de pacientes

Enfoque **multidimensional e individualizado**

Plan de difusión **bien estructurado**

Debilidades

Tamaño muestral reducido

Generalización limitada

Posible sesgo de adherencia al plan nutricional

Duración relativamente corta del seguimiento

Pese a estas limitaciones, se espera que el diseño robusto del estudio y el enfoque personalizado permitan obtener **resultados relevantes**

En conclusión,

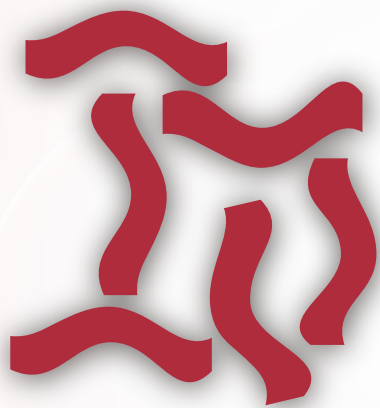
Este proyecto propone una intervención **factible, personalizada y basada en la evidencia**, dirigida a una población con **necesidades específicas** que hasta ahora no han sido cubiertas desde el ámbito de la nutrición.

Si los resultados son positivos, podrá servir como **base para futuras investigaciones**, programas asistenciales y estrategias de salud pública.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Hemofilia. (2003). Blood, Heart and Circulation. <https://medlineplus.gov/spanish/hemophilia.html>
2. Hofstede, F. G., Fijnvandraat, K., Plug, I., Kamphuisen, P. W., Rosendaal, F. R., & Peters, M. (2008). Obesity: a new disaster for haemophilic patients? A nationwide survey. *Haemophilia: The Official Journal of the World Federation of Hemophilia*, 14(5), 1035–1038. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2516.2008.01806.x>
3. Aznar, J. A., Lucía, F., Abad-Franch, L., Jiménez-Yuste, V., Pérez, R., Batlle, J., Balda, I., Parra, R., & Cortina, V. R. (2009). Haemophilia in Spain. *Haemophilia: the official journal of the World Federation of Hemophilia*, 15(3), 665–675. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2516.2009.02001.x>
4. Stonebraker, J. S., Bolton-Maggs, P. H., Soucie, J. M., Walker, I., & Brooker, M. (2010). A study of variations in the reported haemophilia A prevalence around the world. *Haemophilia: the official journal of the World Federation of Hemophilia*, 16(1), 20–32. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2516.2009.02127.x>
5. Stonebraker, J. S., Bolton-maggs, P. H. B., Soucie, J. M., Walker, I., & Brooker, M. (2011). A study of variations in the reported haemophilia B prevalence around the world. *Haemophilia*, 18(3). <https://doi.org/10.1111/j.1365-2516.2011.02588.x>
6. Biere-Rafi, S., Haak, B. W., Peters, M., Gerdes, V. E. A., Büller, H. R., & Kamphuisen, P. W. (2011). The impairment in daily life of obese haemophiliacs. *Haemophilia: The Official Journal of the World Federation of Hemophilia*, 17(2), 204–208. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2516.2010.02417.x>
7. Berntorp, E., & Shapiro, A. D. (2012). Modern haemophilia care. *The Lancet (London, England)*, 379(9824), 1447–1456. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)61139-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)61139-2)
8. Witkop, M. L., Peerlinck, K., & Luxon, B. A. (2016). Medical co-morbidities of patients with haemophilia: pain, obesity and hepatitis C. *Haemophilia: the official journal of the World Federation of Hemophilia*, 22 Suppl 5, 47–53. <https://doi.org/10.1111/hae.12996>
9. Kahan, S., Cuker, A., Kushner, R. F., Maahs, J., Recht, M., Wadden, T., Willis, T., Majumdar, S., Ungar, D., & Cooper, D. (2017).
10. Prevalence and impact of obesity in people with haemophilia: Review of literature and expert discussion around implementing weight management guidelines. *Haemophilia: The Official Journal of the World Federation of Hemophilia*, 23(6), 812–820. <https://doi.org/10.1111/hae.13291>

11. Wilding, J., Zourikian, N., Di Minno, M., Khair, K., Marquardt, N., Benson, G., Ozelo, M., & Hermans, C. (2018). Obesity in the global haemophilia population: prevalence, implications and expert opinions for weight management. *Obesity Reviews*, 19(11), 1569-1584. <https://doi.org/10.1111/obr.12746>
12. von Mackensen, S., Catalani, O., Asikanius, E., Paz-Priel, I., Lehle, M., & Trask, P. (2020). Determining meaningful health-related quality-of-life improvement in persons with haemophilia A using the Haemophilia Quality of Life Questionnaire for Adults (Haem-A-QoL). *Haemophilia: The Official Journal of the World Federation of Hemophilia*, 26(6), 1019–1030. <https://doi.org/10.1111/hae.14184>
13. Weyand, A. C., & James, P. D. (2020). Sexism in the management of bleeding disorders. *Research And Practice In Thrombosis And Haemostasis*, 5(1), 51-54. <https://doi.org/10.1002/rth2.12468>
14. Berntorp, E., Fischer, K., Hart, D. P., Mancuso, M. E., Stephensen, D., Shapiro, A. D., & Blanchette, V. (2021). Haemophilia. *Nature Reviews Disease Primers*, 7(1). <https://doi.org/10.1038/s41572-021-00278-x>
15. Van Galen, K., Lavin, M., Skouw-Rasmussen, N., Fischer, K., Noone, D., Pollard, D., Mauser-Bunschoten, E., Khair, K., Gomez, K., Van Loon, E., Bagot, C. N., Elfvinge, P., D’Oiron, R., & Abdul-Kadir, R. (2021). European principles of care for women and girls with inherited bleeding disorders. *Haemophilia*, 27(5), 837-847. <https://doi.org/10.1111/hae.14379>
16. Hemofilia. (2021, July 16). Fedhemo. <https://fedhemo.com/que-es-la-hemofilia/>
17. Nutrium. (2025). Nutrium – Nutrition software for professionals. Healthium – Dieta e Saúde, S.A. <https://nutrium.io>



**REAL
FUNDACIÓN
VICTORIA
EUGENIA**



REAL
FUNDACIÓN
VICTORIA
EUGENIA

Seminario Online

**“Abordaje práctico de la obesidad
y experiencias en pacientes con
coagulopatías congénitas”**

19

noviembre 2025

18:00

horas



MODERADORA:

DRA. NOELIA PÉREZ GONZÁLEZ

FILIACIÓN: Jefa de Servicio de Hematología del Hospital Torrecárdenas de Almería.



PONENTE:

DR. FRANCISCO CHOLBI LLOBEL

PONENCIA: “Abordaje práctico de la obesidad en personas con Hemofilia. La visión del Rehabilitador”.

FILIACIÓN: Facultativo adjunto en el Hospital Universitario Dr. Balmis de Alicante.



PONENTE:

DÑA. LUCÍA FERNÁNDEZ COMESAÑA

PONENCIA: “Abordaje nutricional del paciente con coagulopatía congénita y sobrepeso u obesidad”.
FILIACIÓN: Dietista-nutricionista. Grado en Nutrición Humana y Dietética en la Universidad de Santiago de Compostela.

CON LA COLABORACIÓN DE:



www.rfve.es



rfve@rfve.org



**REAL
FUNDACIÓN
VICTORIA
EUGENIA**