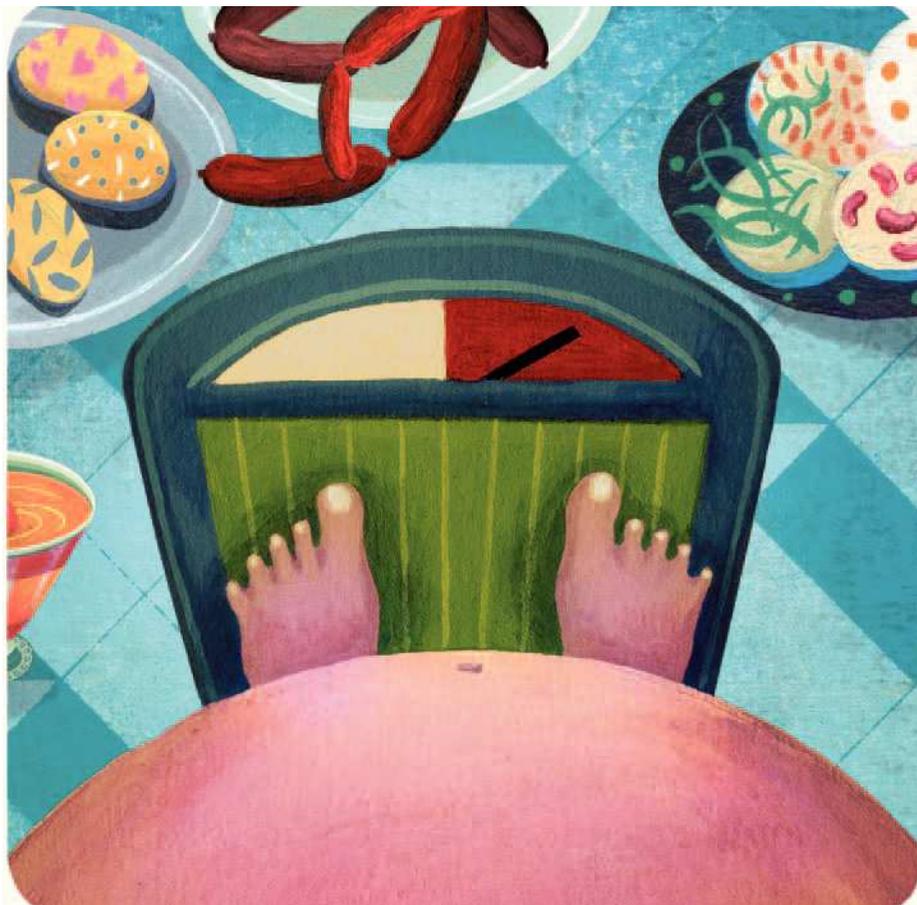


El sobrepeso es la causa de una alta proporción de la carga total de morbilidad en Europa, ya que según estima la OMS se halla cada año detrás de más de un millón de defunciones y 12 millones de años de enfermedad. Las consecuencias para la salud del sobrepeso y la obesidad en la infancia aparecen en particular en lo que respecta a las enfermedades cardiovasculares y la diabetes, pero también se evidencian en un menor rendimiento escolar y un descenso de la autoestima.



Rebeca Luciani

El reto de la obesidad

Estrategias de respuesta

Tiende a pensarse que la OMS se ocupa sólo de los problemas del Tercer Mundo, pero afortunadamente sus inquietudes se focalizan igualmente en cuestiones que interesan de un modo más primordial a los países económicamente desarrollados. Debe tenerse en cuenta que la OMS se creó con una estructura regional que le permite atender a la vez a problemas sanitarios de muy diversa índole, ya que además de la sede central, radicada en Ginebra, dispone de seis oficinas regionales, entre ellas la de Europa, ubicada en Copenhague (Dinamarca). Esta sede se ocupa particularmente de los problemas de salud que

afectan a una región cada vez más homogénea en lo que respecta al nivel económico de los países integrantes y a los problemas de salud que les inquietan. La Oficina Regional de la OMS para Europa se halla integrada en la actualidad por 52 países, de los cuales 14 pertenecían antes a la desaparecida Unión Soviética.

Tendencias del sobrepeso y la obesidad

La Oficina Regional de la OMS para Europa organizó en el año 2006 una conferencia ministerial

JOSÉ ANTONIO VALTUEÑA
EX PRESIDENTE DEL CENTRO INTERNACIONAL
DE EDUCACION PARA LA SALUD (GINEBRA).

sobre el modo de contrarrestar el sobrepeso y la obesidad y en fecha más reciente ha publicado dos informes sobre ese tema, uno amplio y otro más sucinto. Entre los 59 colaboradores del primero resulta doloroso comprobar la ausencia de especialistas españoles, mientras que una vez más se comprueba la abrumadora presencia de británicos (11) y holandeses (10). Así se verifica de nuevo que ciertos países saben «venirse» bien en el ámbito internacional.

Ya en el prólogo del informe comentado, el francés Dr. Marc Danzon, actual director regional de la OMS para Europa, destaca el hecho de que la «obesidad infantil es la más clara demostración de la fuerza de las influencias medioambientales y del fracaso de las estrategias tradicionales de prevención basadas sólo en la promoción de la salud. Los niños son mucho más receptivos a los mensajes comerciales que a las recomendaciones de sus profesores o de los proveedores de atención de salud» (entre los que figura por derecho propio el farmacéutico).

La obesidad infantil es un importante factor predisponente de la obesidad en la edad adulta. Los perfiles de riesgo metabólico y cardiovascular tienden a persistir de la infancia a la madurez, dando como resultado un elevado riesgo de mala salud y de mortalidad prematura. Es más, conforme a un estudio de S.L. Gortmaker y colaboradores, los adultos que fueron adolescentes obesos tienen, con más probabilidad, salarios bajos en su vida profesional y mayores grados de exclusión social. Más del 60% de los niños que presentaron sobrepeso antes de la pubertad continuaron teniéndolo al comienzo de la edad adulta, rebajando la edad en la que las enfermedades no transmisibles producen sus primeros síntomas e incrementando sobremanera la carga de los servicios médicos que habrán de proporcionarles tratamiento durante la mayor parte de la edad adulta.

No se puede en absoluto considerar que el problema del sobrepeso y la obesidad ha sido soslayado por las autoridades sanitarias tanto internacionales como nacionales. Ya en 2004, la Asamblea Mundial de la Salud aprobó la estrategia mundial para la alimentación, el ejercicio y la salud, pero dos años después, al efectuar una revisión de los progresos alcanzados, señaló que los resultados eran más bien pobres. Análoga verificación se ha realizado en España al examinar los avances conseguidos por la Estrategia NAOS (Nutrición, Actividad Física, Obesidad y Sedentarismo). Según la Encuesta Nacional de Salud de 2006, la proporción de adultos con sobrepeso u obesidad aumentó un 7% entre 2003 y 2006, rebasando la barrera psicológica del 52% (un 37,4% presentaba sobrepeso y un 15,3% era obeso).

No es fácil luchar contra la tendencia al sobrepeso, ya que un amplio número de estudios ha mostrado que las personas tienden a subestimar el peso real, en particular en el caso de las que presentan sobrepeso u obesidad, mientras que suelen sobreestimar la talla, especialmente en los individuos bajos o mayores de 60 años

No es fácil luchar contra la tendencia al sobrepeso, ya que un amplio número de estudios ha mostrado que las personas tienden a subestimar el peso real, en particular en el caso de las que presentan sobrepeso u obesidad, mientras que suelen sobreestimar la talla, especialmente en los individuos bajos o mayores de 60 años. Un estudio de

J.C. Álvarez-Torices y colaboradores en una población española mostró que los valores medidos del índice de masa corporal eran superiores en 1,7 y 1,6 unidades a los notificados por los varones y las mujeres estudiados, respectivamente.

Se define el sobrepeso como un índice de masa corporal superior a 25 y la obesidad como valores de ese índice mayores de 30, siendo ese índice el cociente del peso en kg por el cuadrado de la altura en metros.

Pautas de alimentación en Europa

En los últimos 40 años, el suministro de alimentos ha aumentado constantemente en toda Europa, aunque se produjo una disminución transitoria en la Europa del Este a mediados del decenio de 1980. Desde los años sesenta del pasado siglo, la Europa occidental ha registrado una elevación neta de unas 400 kcal en el suministro de energía alimentaria por persona y día, pudiendo atribuirse la mayor parte de ese incremento al mayor consumo de grasas y aceites, en particular de aceites vegetales. En ese sentido no cabe duda de que ha ejercido un efecto paradójico la enorme difusión que han experimentado los beneficios de la dieta mediterránea, entre los cuales los consumidores han prestado particular atención al uso abundante de aceite de oliva y de otros aceites vegetales. En el caso concreto de España, sólo se ve superada por otros cuatro países europeos (Austria, Bélgica, Francia y Suiza) en consumo total de grasas.

En lo que se refiere a la población infantil, el estudio sobre su comportamiento en materia de salud, patrocinado por OMS-Europa, muestra que más del 50% de las chicas y del 40% de los muchachos de 11 años comían verduras diariamente en Bélgica, Francia y Ucrania, en contraste con menos del 20% de los chicos y chicas de 11 años en España y Hungría. Ese dato muestra que la disponibilidad de un producto no

es el factor decisivo en lo que respecta a su consumo sino que influyen otros factores, en particular los hábitos alimentarios en el hogar y en el medio escolar.

Un número creciente de europeos tiene la oportunidad de comer fuera del hogar, en particular en restaurantes de comida rápida integrados en cadenas internacionales que ofrecen comidas servidas con rapidez con un surtido muy limitado. El examen de los hábitos de alimentación de los adolescentes llegó a la conclusión de que la frecuencia de utilización de tales restaurantes era inferior en la Europa meridional, en comparación con Francia o los países nórdicos.

Al formar parte de un colectivo, la conducta nociva para la salud de un individuo acarrea gastos asistenciales para la colectividad, de modo que ésta ha de velar para que las conductas sanas sean si no de obligado cumplimiento, lo que evidentemente es casi imposible, por lo menos muy mayoritarias

Ninguna encuesta paneuropea ha mostrado variaciones en los hábitos de alimentación en relación con los ingresos familiares. En general, los resultados disponibles muestran que la disponibilidad de alimentos varía más entre los países que entre los grupos educacionales. En términos generales, los grupos de menor nivel educacional tienden a comer más carne, grasas y dulces (y menos frutas y verduras) que los grupos de nivel económico más alto. Un estudio efectuado en Grecia e Irlanda por la Escuela de Medicina de la Universidad de Atenas respecto a la

disponibilidad de frutas mostró que el nivel educacional favorecía decisivamente en ambos países, pese a las notables diferencias de nivel económico, el consumo de frutas.

En lo que respecta a la ingesta de fibra, considerada de notable importancia en la prevención del cáncer de colon y del intestino delgado, un estudio paneuropeo muestra que España ocupa el penúltimo lugar en el caso de las mujeres jóvenes y las muchachas, y el antepenúltimo en el grupo de adultos de ambos sexos. Ciertamente es que las diferencias entre unos y otros países son muy reducidas y que los métodos de determinación no son fiables en todos los casos.

Complejas perspectivas

Suele compararse la problemática planteada por el sobrepeso y la obesidad con la del tabaquismo, considerando que en ambos casos se trata de comportamientos individuales elegidos de un modo voluntario. Ahora bien, la experiencia de los últimos años muestra que las autoridades sanitarias tienen más posibilidades de actuar sobre el tabaquismo mediante la prohibición de fumar en locales públicos y la elevación continuada de los precios del tabaco.

Se plantea una vez más el ya duradero debate entre los intervencionistas y los partidarios de dejar al individuo que decida por sí mismo si debe fumar o no, comer en demasía o no, o conducir su automóvil de un modo temerario o no. De hecho, el debate debió quedar zanjado cuando se crearon los sistemas estatales de seguridad social con los correspondientes servicios de salud. Al formar parte de un colectivo, la conducta nociva para la salud de un individuo acarrea gastos asistenciales para la colectividad, de modo que ésta ha de velar para que las conductas sanas sean si no de obligado cumplimiento, lo que evidentemente es casi imposible, por lo menos muy mayoritarias.

En materia de sobrepeso y obesidad, las autoridades sanitarias no sólo tienen la obligación absoluta de actuar en lo que respecta a la población infantil, sino que poseen los medios apropiados. Tres posibilidades se ofrecen con relativa facilidad: procurar que los comedores escolares ofrezcan una comida no sólo agradable sino también sana, evitar la presencia de máquinas expendedoras de golosinas en el medio escolar o prohibir la publicidad televisiva que incita a una alimentación malsana.

Ciertos autores como los estadounidenses Kelly Brownell y Katherine Horgen son muy pesimistas respecto a las posibilidades de acción en el tema que nos ocupa al afirmar que «excepto en períodos de hambre, recesión o guerra, ninguna población ha invertido nunca la tendencia a pesar en demasía». Otros especialistas son menos pesimistas y consideran que el personal sanitario debe recibir la oportuna formación en materia de estilo de vida. Para ello se ha creado, por ejemplo, en Estados Unidos el Colegio de la Medicina del Estilo de Vida.

La OMS se ocupa de preparar y difundir toda una serie de instrumentos para ayudar a los países miembros a aplicar la Estrategia mundial para la alimentación, el ejercicio físico y la salud. Esa acción tiene las siguientes vertientes: mejorar la alimentación; mejorar el nivel de actividad física de la población; mejorar la colaboración con los diversos protagonistas de la salud pública; fortalecer las capacidades nacionales y evaluar y vigilar los progresos realizados.

Mejora de la alimentación

La OMS estima que el consumo insuficiente de frutas y verduras es la causa de la muerte en el mundo de 2,7 millones de personas al año, a través de diversos mecanismos: enfermedades cardíacas, diabetes, hipertensión, etc. Particular importancia tiene la promoción comercial

de alimentos densos en energía y pobres en micronutrientes, por lo cual la OMS recomienda:

- Reducir notablemente el volumen y el impacto de la publicidad de ese tipo de alimentos y bebidas.
- Examinar la adopción de un código internacional sobre alimentos y bebidas para niños.

Aumento de la actividad física

La OMS estima que la falta de actividad física es responsable de la muerte en el mundo de dos millones de individuos cada año. Es difícil medir los niveles de actividad física, en particular en poblaciones de escasos ingresos, y por ello la OMS elaboró en 2003 un cuestionario sobre la actividad física global.

Asociaciones en pro de la salud pública

La OMS resalta la necesidad de asociarse con todas las entidades que de modo directo o indirecto intervienen en la elaboración o comercialización de alimentos o bebidas, por ejemplo, para reducir el contenido de ácidos grasos trans o para fomentar la difusión de la iniciativa en favor de las escuelas amigas de la nutrición.

Fortalecimiento de las capacidades nacionales

La OMS está preparando una revisión de las intervenciones más eficaces en materia de nutrición y actividad física a fin de facilitar a los países un marco prioritario de intervenciones óptimas en materia de nutrición y actividad física con objeto de reducir las enfermedades no transmisibles.

Medición y vigilancia de los progresos

Los resultados de las encuestas mundiales en curso sobre prevención y control de las enfermedades no transmisibles, actividad física, alimentación y lucha antitabáquica permitirán precisar las necesidades de los países miembros y establecer los instrumentos apropiados para darles respuesta con eficacia. ■

Bibliografía general

- Brownell K, Battle K. Food fight: the inside story of the food industry. New York: McGraw-Hill; 2003.
- Murphy K. Enseñar al médico a enseñar estilo de vida. Nueva York-Madrid: The New York Times-El País; 1 mayo 2007.
- OMS (Publicación especial). Informe sobre la salud en el mundo 2007. Un porvenir más seguro. Ginebra; 2007.
- OMS (Publicación especial). The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response. Copenhagen; 2007.

1. NOMBRE DEL MEDICAMENTO ALMAX Comprimidos masticables. ALMAX Suspensión oral en frasco. ALMAX FORTE Suspensión oral en sobres. ALMAX MASTICABLE 1 g Pastillas blandas. **2. COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA** Cada comprimido de ALMAX Comprimidos masticables contiene: Almagato (DOE) 0,5 g. 7,5 ml de ALMAX Suspensión oral en frasco contienen: Almagato (DOE) 1 g. Cada sobre de ALMAX FORTE Suspensión oral en sobres contiene: Almagato (DOE) 1,5 g. Cada pastilla de ALMAX MASTICABLE 1 g Pastillas blandas contiene: Almagato (DOE) 1 g. (Lista de excipientes en 5.1.) **3. FORMA FARMACÉUTICA** Comprimidos masticables. Suspensión oral. Pastillas blandas. **4. DATOS CLÍNICOS 4.1. Indicaciones terapéuticas:** Gastritis. Dispepsia. Hiperclorhidrias. Úlcera duodenal. Úlcera gástrica. Esofagitis. Hernia de hiato. **4.2. Posología y forma de administración:** Comprimidos masticables: La dosis recomendada es de 1 g (2 comprimidos), tres veces al día, preferentemente 1/2-1 hora después de las principales comidas. Suspensión oral en frasco: La dosis recomendada es de 1 g (1 cucharada de 7,5 ml), tres veces al día, preferentemente 1/2-1 hora después de las principales comidas. Suspensión oral en sobres: La dosis recomendada es de 1,5 g (1 sobre), tres veces al día, preferentemente 1/2-1 hora después de las principales comidas. Pastillas blandas: La dosis recomendada es de 1 g (1 pastilla blanda), tres veces al día, preferentemente 1/2-1 hora después de las principales comidas. En casos determinados, se puede tomar otra dosis antes de acostarse. Se recomienda no exceder de 8 g/día. **Ancianos:** No es preciso modificar la posología en este grupo de edad (ver precauciones de empleo). **Niños:** Entre 6 y 12 años se administrará la mitad de la dosis aplicada para adultos. Para este grupo de edad es recomendable el uso de la forma farmacéutica suspensión (ver precauciones de empleo). **4.3. Contraindicaciones:** Hipersensibilidad a cualquiera de sus componentes. Pacientes con enfermedad de Alzheimer. Presencia de hemorragia gastrointestinal o rectal sin diagnosticar, hemorroides, edema, toxemia gravídica, diarrea. **4.4. Advertencias y precauciones especiales de empleo:** Insuficiencia renal: Se debe utilizar con precaución en sujetos con insuficiencia renal grave, por la posible acumulación a largo plazo de los iones aluminio y magnesio en el organismo. Se administrará con precaución en pacientes con dieta baja en fósforo, diarrea, malabsorción o debilitados graves, ya que las sales de aluminio tienden a formar fosfatos insolubles en el intestino, disminuyendo su absorción y excretándose en las heces. En estos enfermos, y sobre todo con tratamientos prolongados, se puede provocar hipofosfatemia (anorexia, debilidad muscular, malestar general, etc.) y osteomalacia. Se comunicará al médico la aparición de cualquier síntoma que indique hemorragia, como hematemesis o melena. **Uso en niños:** No es recomendable administrar antiácidos a niños menores de 12 años, ya que podrían enmascararse enfermedades preexistentes (por ejemplo apendicitis). En los más pequeños existe el riesgo de hipermagnesemia o toxicidad por aluminio, sobre todo si están deshidratados o tienen insuficiencia renal. **Uso en ancianos:** En estos pacientes el uso continuado de antiácidos conteniendo aluminio puede agravar alguna patología existente de huesos (osteoporosis y osteomalacia), debido a la reducción de fósforo y calcio. No se debe administrar antiácidos conteniendo aluminio a pacientes con la enfermedad de Alzheimer. Las investigaciones sugieren que el aluminio puede contribuir al desarrollo de la enfermedad ya que se ha demostrado que se concentra en la materia de neurofibrillas del tejido cerebral. **Advertencias sobre excipientes:** ALMAX Suspensión oral en frasco contiene 0,525 g de sorbitol como excipiente por cucharada de 7,5 ml. Los pacientes con intolerancia hereditaria a la fructosa no deben tomar este medicamento. ALMAX FORTE Suspensión oral en sobres contiene 1,05 g de sorbitol como excipiente por sobre. Los pacientes con intolerancia hereditaria a la fructosa no deben tomar este medicamento. ALMAX MASTICABLE 1 g Pastillas blandas por contener glicerol como excipiente, puede provocar dolor de cabeza, molestias de estómago y diarrea. **4.5. Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción:** Los antiácidos modifican la absorción de numerosos medicamentos por lo que, de manera general, debe distanciarse su administración de cualquier otro. Con antiinflamatorios no esteroideos (ácido flufenámico o metenámico, indometacina), antiulcerosos (cimetidina, famotidina, ranitidina), digitálicos (digoxina, digitoxina), clorpromazina, lansoprazol, prednisona, hay estudios que describen una disminución de la absorción. Con gabapentina y ketoconazol se ha registrado una posible disminución en la absorción debida a variaciones en el pH gastrointestinal. Con medicamentos como penicilamina, quinolonas (ciprofloxacino), tetracinas (dortetracina, demeclociclina, doxiciclina), sales de hierro (sulfato de hierro) la disminución de la absorción se produce por la formación de complejos poco solubles, por lo que se recomienda espaciar la administración 2 ó 3 horas. Con quinidina se ha registrado una posible potenciación de su toxicidad por disminución de su excreción debido a la alcalinización de la orina. Con salicilatos (ácido acetilsalicílico), hay estudios que demuestran una disminución de los niveles de salicilatos, por una mayor excreción debida a la alcalinización de la orina, especialmente a altas dosis de salicilato. Deberían utilizarse antiácidos con sal de aluminio únicamente, ante su probable menor efecto. La ingestión de ALMAX Comprimidos masticables, ALMAX Suspensión oral en frasco y ALMAX MASTICABLE Pastillas blandas debe hacerse al menos 2 horas después de la administración de cualquier otro medicamento. La ingestión de ALMAX FORTE Suspensión oral en sobres debe hacerse al menos 3 horas después de la administración de cualquier otro medicamento. **4.6. Embarazo y lactancia:** Embarazo: En algunos estudios se han detectado casos aislados de hipercalcemia y de hiper e hipomagnesemia asociados al consumo crónico de antiácidos durante el embarazo. Asimismo se han descrito casos aislados de aumento de reflejos tendinosos en los fetos y recién nacidos cuyas madres utilizaron antiácidos conteniendo aluminio o magnesio de forma crónica y a altas dosis. Lactancia: Aunque se pueden excretar pequeñas cantidades de aluminio y magnesio por la leche materna, su concentración no es lo suficientemente elevada como para producir efectos adversos en el lactante. **Uso aceptado, se recomienda evitar un uso crónico y/o excesivo.** **4.7. Efectos sobre la capacidad para conducir vehículos y utilizar maquinaria:** No procede. **4.8. Reacciones adversas:** ALMAX es, en general, bien tolerado. Ocasionalmente se han comunicado diarreas. Generalmente este síntoma es leve y transitorio, cediendo tras la supresión del tratamiento. **4.9. Sobre-dosificación:** Con tratamientos prolongados con dosis altas o en pacientes con dietas bajas en fosfatos, puede inducir hipofosfatemia y ocasionar osteomalacia. **5. DATOS FARMACÉUTICOS 5.1. Lista de excipientes:** ALMAX Comprimidos masticables: Manitol. Almidón de patata. Povidona. Estearato de magnesio. Glicirinato amónico. Esencia de menta. Sacarina de calcio. ALMAX Suspensión oral en frasco: Agua purificada. Sorbitol al 70 % no cristalizante. Celulosa microcristalina. Carmelosa de sodio. Sacarina de calcio. Esencia de menta. Clorhexidina acetato. Dimetilpolisiloxano. ALMAX Forte Suspensión oral en sobres: Agua purificada. Sorbitol. Celulosa microcristalina. Carmelosa de sodio. Sacarina de calcio. Esencia de menta. Clorhexidina acetato. Simeticona. ALMAX MASTICABLE 1 g Pastillas blandas: Gelatina. Diestearato de glicerol 80. Menta piperita. Lecitina. Glicerol 85 %. **5.2. Incompatibilidades:** No se han descrito. **5.3. Período de validez:** ALMAX Comprimidos masticables: 5 años. ALMAX Suspensión oral en frasco: 5 años. ALMAX FORTE Suspensión oral en sobres: 5 años. ALMAX MASTICABLE 1 g Pastillas blandas: 2 años. Estas especialidades no deben administrarse transcurrido el período de caducidad declarado en el envase. **5.4. Precauciones especiales de conservación:** Estas especialidades no requieren condiciones particulares de conservación. Se aconseja mantenerlas en lugar fresco y seco, al abrigo de la luz y de focos calóricos. ALMAX MASTICABLE 1 g Pastillas blandas no se debe conservar a temperatura superior a 30°C. **5.5. Naturaleza y contenido del recipiente:** ALMAX Comprimidos masticables: envase de 60 comprimidos, dispuestos en blister de PVC/aluminio (paquetitas de 10 comprimidos). ALMAX Suspensión oral en frasco: envase de vidrio, con 225 ml de suspensión. ALMAX Forte Suspensión oral en sobres: envase con 30 sobres de complejo papel/aluminio/polietileno. ALMAX MASTICABLE 1 g Pastillas blandas: envase de 45 pastillas blandas dispuestas en blister de PVC/aluminio (paquetitas de 9 pastillas blandas). **5.6. Instrucciones de uso / manipulación:** Conviene agitar energicamente el frasco de la suspensión antes de extraer la dosis y utilizar la cuchara que se acompaña. **6. TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN** Laboratorios Almirall, S.A. General Mitre, 151 08022 Barcelona - (España) **7. NÚMERO(S) DEL REGISTRO ALMAX** Comprimidos masticables: 55.396 ALMAX Suspensión oral en frasco: 55.397 ALMAX FORTE Suspensión oral en sobres: 58.329 ALMAX MASTICABLE 1 g Pastillas blandas: 66.531 **8. FECHA DE LA PRIMERA AUTORIZACIÓN ALMAX** Comprimidos masticables: 22 de enero de 1982 ALMAX Suspensión oral en frasco: 22 de enero de 1982 ALMAX FORTE Suspensión oral en sobres: 7 de diciembre de 1989 ALMAX MASTICABLE 1 g Pastillas blandas: 13 de enero de 2005 **9. PRESENTACIONES Y PVP:** Almax Comprimidos masticables PVP. IVA 3,67€. Almax Suspensión oral en frasco 3,23€. Almax Forte Suspensión oral en sobres 4,65€. Almax Masticable 1g 4,50€. **10. FECHA DE REVISIÓN DE LA FICHA TÉCNICA:** Enero 2005. Almirall es una marca registrada de Laboratorios Almirall, S.A. **11. FECHA ELABORACIÓN DEL MATERIAL:** Septiembre 2008.

1. Fábregas JL, C.J., Influence of microphysical structure on in vitro activity of new synthetic antacids. International J Pharmaceutics, 1989; 52: p. 173-178. 2. Taubel, J., Robert, M., Ferrer, P. & Arezina, R. "A comparison of almagate with famotidine and omeprazole on gastric acidity, using pH-metry in a randomised, single blind, placebo-controlled crossover study". Data on file. Laboratorios Almirall, S.A. 3. Beneyto JE, Moragues J, Spickett RGW. Evaluation of a new antacid, almagate. Arzneim Forsch 1984;34(II):1350-54