

Criterios de derivación desde atención primaria a atención especializada de pacientes con obesidad. Criterios de buena práctica en atención especializada

M.T. MORIES, R. ASTORGA, J. SOLER, M.T. ABELLÁN, M. AGUILAR, V. BLAY, H. CALLE, L. FORGA, S. GAZTAMBIDE, J. JOCILES, M. MARÍN, J.A. MATO, J. MOREIRO, B. MORENO, C. PESQUERA, W. RICART, E. RUIZ, S. SERRANO, J. TÉBAR, E. TORRES, C. VÁZQUEZ, J.L. VELASCO Y A. VICENTE

Miembros de la CASEEN.

PREMISAS

- La obesidad es una enfermedad de alta prevalencia, a la que hay que dar una “respuesta ordenada”.
- La obesidad es una enfermedad crónica, que tenemos que “compartir” con atención primaria.
- Aunque el conjunto de la “mala práctica” en torno a la obesidad se sitúa principalmente en la actividad privada, ha existido también desatención a esta enfermedad en el Sistema Nacional de Salud.

DEFINICIONES

- La obesidad es un síndrome crónico caracterizado por un exceso de grasa que perjudica la salud.
- Es un síndrome heterogéneo, cuyo rasgo común es el exceso de grasa acumulado, pero que abarca diferentes “enfermedades”, aún muy poco caracterizadas, cuya evolución, pronóstico y probablemente terapéutica son diferentes.

BUENA PRÁCTICA EN OBESIDAD

Los ejes de la buena práctica en atención especializada serían:

- Criterios adecuados de aceptación de pacientes (tabla 1).
- Caracterización fenotípica.
- Estrategia adecuada para la disminución de masa grasa.
- Estrategia de mantenimiento del peso perdido.
- Estrategia de cambio de estilo de vida (implicación de enfermería y nutricionistas).
- Criterios adecuados de alta y derivación a atención primaria.

1. La obesidad en atención especializada debe caracterizarse lo más ampliamente posible. Los datos mínimos serían:

TABLA 1. Escalones de derivación desde atención primaria a especializada

| | |
|---|--|
| Deben pactarse en cada área sanitaria, según los recursos, la organización y el grado de coordinación entre atención primaria y atención especializada (endocrinología y nutrición) | |
| <i>Aconsejable</i> | |
| IMC > 35 kg/m ² | |
| IMC > 30 kg/m ² más 2 factores de riesgo* | |
| Circunferencia de cintura > 95 cm en varones y > 82 cm en mujeres, más 2 factores de riesgo* | |
| <i>Necesario</i> | |
| IMC > 40 kg/m ² | |
| IMC > 35 kg/m ² más 2 factores de riesgo* | |
| Circunferencia de cintura > 102 cm en varones y > 90 cm en mujeres, más 2 factores de riesgo* | |

*Factores de riesgo: diabetes mellitus; hipertensión arterial; dislipemia; síndrome de apnea del sueño.
IMC: índice de masa corporal

TABLA 2. Clasificación de obesidad y sobrepeso, según el índice de masa corporal (IMC) (SEEDO, 2000)

| | Valores límites del IMC (kg/m ²) |
|----------------------------------|--|
| Peso insuficiente | < 18,5 |
| Normopeso | 18,5-24,9 |
| Sobrepeso grado I | 25-26,9 |
| Sobrepeso grado II (preobesidad) | 27-29,9 |
| Obesidad de tipo I | 30-34,9 |
| Obesidad de tipo II | 35-39,9 |
| Obesidad de tipo III (mórbida) | 40-49,9 |
| Obesidad de tipo IV (extrema) | > 50 |

- Índice de masa corporal (IMC).
- Perímetro de cintura.
- Presencia de comorbilidades: cuántas y en qué grado.
- Cribado de algunos trastornos endocrinos.
- Edad de comienzo y circunstancias.
- Ganancia de peso en la vida adulta y situación ponderal actual.
- Hábitos alimentarios y actividad física.

Según estos datos mínimos, en el juicio diagnóstico de la obesidad hay que tener en cuenta varios aspectos:

- Grado de la obesidad (tabla 2).
- Central o periférica.
- Comorbilidades asociadas (diabetes, hipertensión arterial [HTA], síndrome de apnea hipopnea durante el sueño [SAOS], etc.
- Comienzo en la infancia o la edad adulta, embarazos, cese de tabaco, etc.
- Actualmente en fase ascendente, estable, etc.

Criterios de buena práctica:

- Caracterización correcta.
- Juicio clínico completo, que sirva para documentar las posibilidades terapéuticas y la gravedad del síndrome.

2. La estrategia de pérdida de peso incluye el establecimiento correcto de unos objetivos ponderales que oscilarán entre el 5 y el 20% del peso inicial, según el grado de obesidad, o la estabilización de peso en algunos casos, con los siguientes recursos terapéuticos:

- Dieta hipocalórica moderada, calculada con arreglo al peso real del paciente.
- Adiestramiento por parte de enfermeras educadoras.
- Un aprendizaje de cambio de estilo de vida.
- Uso correcto de los fármacos.

Criterios de buena práctica:

- Proporción de dietas personalizadas y no menús fijos.

- Ajuste correcto del aporte calórico a lo largo de la evolución del tratamiento.

- Adiestramiento para cambio del estilo de vida por parte de especialistas.

- Indicación de fármacos con arreglo a criterios fijados en los consensos.

3. Tras una fase activa de consecución de objetivos, el especialista estará en condiciones de prescribir normas para la fase de mantenimiento durante 4-6 meses, con el objetivo de mantener el peso perdido:

- Reajuste del aporte calórico.
- Reajuste del ejercicio físico programado.
- Reajuste del tratamiento farmacológico.

Criterios de buena práctica:

- Tratamiento específico y diferenciado en esta fase.

4. Tras las 2 fases de tratamiento, el especialista estará en condiciones de realizar un informe protocolizado para atención primaria.

Criterios de buena práctica:

- Informe protocolizado para seguimiento posterior en atención primaria.