



<http://www.elsevier.es/semergen>

411/28 - MANEJO DE LA OBESIDAD MÓRBIDA. COLABORACIÓN ENTRE MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA Y FARMACÉUTICO COMUNITARIO DE PARLA, MADRID

J. García Cairós

Farmacia Familiar y Comunitaria. Parla. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 38 años, casada y madre de un niño de 9 años. Acude al farmacéutico adjunto comunitario y nutricionista (FACN) preocupada por su peso corporal (PC). Sufre de cervicalgia desde 2010 y su tratamiento farmacológico: lorazepam 2 mg (0-0-1), ciclobenzaprina 10 mg (0-0-1), pregabalina 150 mg (0-0-1) y duloxetina de 30 mg (0-0-1). Manifiesta 2 fracasos continuos en la pérdida de (PC) con médicos endocrinios.

Exploración y pruebas complementarias: En Zona de Atención Personalizada (ZAP): evaluamos estatura (E = 1,64 m) y hacemos bioimpedancia: PC = 107,6 kg. Índice de masa corporal (IMC = 40), grasa corporal (GC = 47%) y agua corporal (AC = 40,1%). tensión arterial (TA = 130/75). Se le interroga por su alimentación e hidratación y sus hábitos de vida saludable (actividad física). Se le pide un recuerdo dietético de 7 días. Manifiesta desmotivación, baja autoestima, fácil irritación y problemas de insomnio pese a su tratamiento. Se establecen visitas bimestrales donde se refuerza la autoestima y educación nutricional. Se marcan las pautas del abordaje con dieta mediterránea: menús establecidos (5 tomas y un resopón, cada toma con su distribución energética concreta), correcta hidratación y se marca una hora de actividad física moderada-intensa al día. El FACN deriva al médico de familia (MF) para valorar la deshabituación de benzodiazepinas (uso mayor a 3 meses) y posible ajuste de duloxetina (produce aumento de PC). El MAP accede y establece pauta descendente con evolución muy favorable hasta deshabituación y pauta la duloxetina 30 mg (días alternos). Mientras el FACN aconseja en insomnio ocasional complementos alimenticios (melatonina, amapola californiana, passiflora y valeriana).

Orientación diagnóstica: Obesidad mórbida. Trastorno del estado de ánimo.

Diagnóstico diferencial: El MF diagnostica como obesidad mórbida con desmotivación.

Comentario final: Cervicalgia controlada. Después de 345 días de seguimiento: PC = 86,7 kg, IMC = 32,2, GC = 39,9%, AC = 45,5% y TA = 120/60. Quiere continuar hasta normopeso (IMC 25) y presenta: correcta alimentación, hidratación y actividad física diaria. Deshabituación a benzodiacepinas. Mejor calidad del sueño. Ha cambiado su imagen física, se siente mejor. Presenta casi plena autoconfianza. Con la mejoría clínica y la disminución de comorbilidades se puede reducir costes del Sistema.

Bibliografía

García Cairós J. Promoción de la Dieta Mediterránea en la Farmacia Comunitaria. Mauritius: Editorial Académica Española 2018.

Rang-Dale. Farmacología, 7^a ed. Barcelona: Elsevier-Masson, 2012.

Palabras clave: Dieta mediterránea. Obesidad. Farmacéutico. Médico de familia. Benzodiazepinas.