

Estrategia SEMERGEN, SEEDO y SEEN para la prevención y el tratamiento del sobrepeso y la obesidad en Atención Primaria

R. Corio^a, P. Cortés^b, P. Gadea^a, R. Gutiérrez^a, M.L. Díaz, C. Matilla^a, S. Monereo^c, B. Moreno, V. Oros^a, R. Piñeiro^a, M.A. Rubio^c, F. Suárez^a y J. Vidal

^aMiembro del Grupo de Nutrición de SEMERGEN.

^bMiembro de la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición (SEEN).

^cMiembro de la Sociedad Española para el estudio de la Obesidad (SEEDO).

INTRODUCCIÓN

Los profesionales de Atención Primaria, ante el creciente problema del sobrepeso y la obesidad en España, que ya constituye la nueva epidemia del siglo XXI, necesitábamos una herramienta de consulta útil, con conceptos claros y manejables que se pudiesen utilizar para tratar este problema en la práctica diaria.

Esta estrategia, en forma de tríptico, está pensada para aplicarla a todos los pacientes con el fin de prevenir, diagnosticar y tratar el sobrepeso y la obesidad.

Tiene un primer apartado de detección de la obesidad y sus comorbilidades, centrado en actividades de prevención primaria y secundaria, seguido de las estrategias de captación, consejo, control y tratamiento del sobrepeso y la obesidad. De esta manera se puede prevenir el sobrepeso en la población general, filiendo a todos los pacientes con parámetros sencillos y útiles, a la vez que se reconocerá a aquellos pacientes que ya tengan sobrepeso u obesidad y que deban tener cuidados, seguimientos especiales y tratamiento si lo necesitan.

Hay un aspecto muy importante en el contenido del tríptico que refleja la necesidad de soporte dirigido al personal médico y de enfermería, que ayudará a conducir y entender mejor a estos pacientes y a intentar que este problema de salud, que en ocasiones se nos hace de difícil manejo, vaya siendo una tarea más llevadera día a día.

Hemos intentado hacer un repaso breve, pero fundamental, de las principales características de los fármacos en aquellos casos en que los tuviésemos que emplear, así como unos criterios de derivación de pacientes, consensuados entre todos los profesionales que atenderemos este problema, para que haya una relación lo más fluida posi-

ble entre los distintos estamentos sanitarios, con unos criterios de manejo y tratamiento comunes.

DIMENSIÓN DEL PROBLEMA

El 50% de la población española, en cualquier rango de edad, tiene exceso de peso y necesita ser evaluada y tratada. El objetivo principal es que la población mantenga un peso adecuado de manera constante.

Tengamos en cuenta que pérdidas del 10% del exceso de peso ocasionan importantes beneficios en el perfil de riesgo cardiovascular del paciente y reducen las necesidades de fármacos.

DETECCIÓN DE LA OBESIDAD Y COMORBILIDADES

¿Qué haremos para prevenir?

1) Tendremos que reconocer quien tiene sobrepeso:

Todos los pacientes sanos que acuden a las consultas, desde la edad pediátrica hasta los 80 años, deberían tener registrado en su historia clínica, cada dos años, los siguientes parámetros de manera obligatoria:

- Peso.
- Talla.
- Perímetro de cintura.
- Cálculo del índice de masa corporal (IMC) en adultos (tabla 1).
- En la infancia emplearemos los percentiles infanto-juveniles (0-18 años) de IMC de la fundación Orbegozo: $P > 85$ (sobrepeso) y $P > 95$ (obesidad).
- Presión arterial.
- Analítica básica inicial

2) En la historia clínica quedará reflejado también:

- Consumo de tabaco.
- Consumo de alcohol.

Tabla 1. Riesgo cardiovascular en función del índice de masa corporal y el perímetro de cintura

	IMC	Riesgo de DM tipo 2, HTA, y enfermedad cardiovascular Circunferencia de cintura H/M	
		≤ 102/88 cm	≥ 102/88 cm
Normal	18,5-24,9		Aumentado
Sobrepeso grado I	25-26,9		
Sobrepeso grado II	27-29,9	Aumentado	Alto
Obesidad tipo I	30-34,9	Alto	Muy Alto
Obesidad tipo II	35-39,9	Muy Alto	Muy Alto
Obesidad tipo III	≥ 40	Extremadamente alto	

DM: diabetes mellitus; H/M: hombre/mujer; HTA: hipertensión arterial; IMC: índice de masa corporal.

– Tipo de actividad física realizada a diario: a) sedentario: camina menos de 30 minutos/día; b) moderado: camina, al menos, 30 minutos/día, y c) activo: camina 60 minutos/día o más, practica gimnasia o algún deporte.

3) Comorbilidades: hipertensión arterial (HTA), diabetes (o alteración anormal de la glucosa), dislipemia, síntomas sugerentes de apnea del sueño, sugerencia de hígado graso (GPT > GOT), artrosis en articulaciones carga, etc.

4) Antecedentes familiares.

Estrategias de captación, consejo, control y tratamiento del sobrepeso y obesidad

Estas estrategias serán diferentes dependiendo del IMC de la persona y serán las siguientes:

Paciente con normopeso (IMC < 25)

Cada dos años daremos un consejo breve con un mensaje para que evite el sedentarismo y que realice una alimentación saludable:

1) Haga ejercicio diariamente. Camine entre 30-60 minutos y practique algún deporte.

2) Consuma una alimentación saludable: frutas, verduras y hortalizas diariamente (5 raciones/día); cereales preferentemente integrales, legumbres, productos lácteos bajos en grasa, aceite de oliva, pescado, carnes magras y huevos 3 veces por semana, controle la sal.

3) Observaremos y advertiremos sobre conductas de riesgo que se asocian a sobrepeso:

Hábitos de vida asociados a la obesidad:

- Vida inactiva.
- Prescindir de comidas principales como el desayuno.
- “Picar” entre horas.
- Comer mientras se ve la televisión.
- Sentarse horas frente al ordenador o consolas.
- Beber abundantes refrescos con azúcar y alcohol.

Pacientes con sobrepeso (IMC ≥ 25-30)

Valoración del riesgo cardiovascular, perímetro de cintura y comorbilidades.

1) A estos pacientes se les explicará que tienen sobrepeso y los problemas que se pueden derivar del mismo: HTA, diabetes, dislipemias, eventos cardiovasculares y diversos cánceres.

2) Identificaremos posibles causas que le hayan podido llevar al sobrepeso.

3) Evaluar la motivación del paciente para cambiar su estilo de vida y para perder peso.

4) Objetivo en estos pacientes: pérdida del 5% del peso y mantenimiento del peso perdido.

5) Consejo: camine, como mínimo, entre 30-60 minutos a paso ligero. El consejo dietético será el mismo que en población con normopeso, pero restringiremos en 500 kcal/día la ingesta habitual, lo que se consigue proponiendo el consumo de lácteos desnatados y más frutas y verduras. El consumo de grasas debe ser preferentemente aceite de oliva pero restringido a sólo 3 cucharadas al día.

6) Todas las modificaciones guiadas que hagamos en la dieta y el control de pérdida de peso han de ser seguidas, al principio, por personal sanitario (médicos y/o enfermería) cada 15 días, para garantizar un buen seguimiento y que el paciente se sienta ayudado y reforzado. Todo con la mayor empatía posible. Posteriormente, cuando el paciente vaya progresando adecuadamente, se harán revisiones cada 3-6 meses.

7) Si no hubiera alcanzado el objetivo de pérdida de peso estimada en pacientes que tienen 2 o más comorbilidades asociadas, valorar introducir fármacos apropiados para la pérdida de peso.

8) Los fármacos actualmente autorizados por el Ministerio de Sanidad para la pérdida de peso son sibutramina y orlistat, y pueden ser manejados de manera habitual por los médicos de Atención Primaria, por su seguridad y fácil manejo.

– Sibutramina: actúa a nivel central, disminuye el apetito y estimula la termogénesis inhibiendo la recaptación de serotonina y noradrenalina en el sistema nervioso central (SNC). Produce una pérdida de unos 4,5 kg aproximadamente a los 6 meses de tratamiento; aumenta el colesterol ligado a lipoproteínas de alta densidad (c-HDL) y disminuye los triglicéridos, mejora el control glucémico (hemoglobina glicosilada [HbA1c]) en los diabéticos.

– Orlistat: actúa a nivel intestinal, inhibiendo las lipasas gastrointestinales que hidrolizan los triglicéridos. Bloquea parcialmente la absorción intestinal y consigue la pérdida del 30% de la grasa intestinal ingerida.

Reduce entre 2,44-3,19 kg en un año. Reduce el colesterol total, la HbA1c y la presión arterial diastólica.

– Rimonabant: estará próximamente en el mercado. No existe experiencia con él de momento en nuestro país.

Debemos asegurarnos de que los dos fármacos se acompañan de restricciones dietéticas adecuadas para la pérdida de peso.

Paciente obeso (IMC > 30)

Valoración del riesgo cardiovascular, comorbilidades, desencadenantes y motivación.

1) Objetivo en estos pacientes:

- Pérdida del 5-10% del peso y mantenimiento del peso perdido; en un período mínimo de 6 meses. En pacientes con IMC > 30 utilizar fármacos autorizados para lograr con mayor eficacia la pérdida de peso.

- Pondremos especial énfasis en explicarle los peligros que tiene la obesidad para su salud y bienestar.

2) Consejo: camine, como mínimo, entre 30-60 minutos a paso ligero. Consejo dietético: restringiremos la cantidad en la ingesta habitual (500 kcal/día), recomendando productos lácteos desnatados y más frutas y verduras. El consumo de aceite de oliva debe ser sólo de 3 cucharadas al día.

ASPECTOS DE SOPORTE DIRIGIDOS A MÉDICOS Y ENFERMERÍA

- En todo momento el soporte anímico y el seguimiento han de ser especialmente importantes. Hay que solicitar el apoyo de la familia.

- Siempre concienciar al paciente de que se trata de un proceso largo, pero gratificante. Esto evitará que se desanime y deje de intentar la pérdida de peso gradual.

Punto clave

En el caso de no ser muy efectivos en la pérdida de peso, al menos procurar que el paciente no gane más peso del que tiene, aunque esto no sea la situación ideal.

CRITERIOS DE DERIVACIÓN A ESPECIALIZADA

- Pacientes con IMC > 35.

- Pacientes con IMC entre 30-35 y más de dos comorbilidades de alto riesgo.

- Fracaso del tratamiento en Atención Primaria.

- En obesidades mórbidas que están bajo control hospitalario se recurrirá a técnicas quirúrgicas para el tratamiento cuando fallan todas las medidas descritas.

DECÁLOGO BÁSICO EN EL ABORDAJE DE LA OBESIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA

1) La obesidad es una enfermedad crónica.

2) Todo paciente que acuda a un centro de salud debe tener registrados en su historia clínica: edad, sexo, peso, talla, IMC, perímetro de cintura, presión arterial, hábitos tóxicos y antecedentes familiares. Los datos se renovarán cada dos años.

3) Los pacientes con sobrepeso, obesidad y/o perímetro de cintura > 102 en el hombre y > 88 en la mujer deben tener registro de factores de riesgo cardiovascular, comorbilidades e intentos previos de reducción del peso.

4) Fomentar una alimentación equilibrada y actividad física constituyen la base de la prevención y el tratamiento.

5) Para tratar el exceso de peso necesitamos un paciente motivado.

6) Los objetivos terapéuticos han de ser realistas, individualizados y pactados con el paciente.

7) Cualquier pérdida de peso ha de ser reconocida como positiva y beneficiosa.

8) Un objetivo mínimo, pero a veces el único realista, es el mantenimiento del peso, evitando el incremento progresivo.

9) En pacientes motivados en los que los cambios nutricionales y el estilo de vida no consiguen disminuir el peso a pesar de su cumplimiento, si no hay contraindicación específica, se pueden emplear fármacos de eficacia probada y autorizada.

10) Debemos de mantener una actitud empática hacia los pacientes que presenten criterios de derivación a unidades especializadas en obesidad, intentando, al menos, disminuir los factores de riesgo cardiovascular y comorbilidades y facilitar el flujo del paciente entre niveles asistenciales.

CONCLUSIÓN

La relación fluida entre médicos especializados y Atención Primaria, con unos criterios comunes de derivación y actuación, es imprescindible.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- American Family Physician. 2001;63. Disponible en: www.aafp.org/afp
- Arrizabalaga JJ, Masmiquel L, Vidal J, et al. Recomendaciones y algoritmo de tratamiento del sobrepeso y la obesidad en personas adultas. Conferencia de Consenso. Med Clin (Barc). 2004;122:104-10.
- Arterburn D, Noël PH. Clinical review: obesity. BMJ. 2001;321:1406-9.
- Centers for Disease Control and Prevention. Update: prevalence of overweight among children, adolescents, and adults—United States, 1988-1994. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 1997;46:198-202.
- Epstein LH, Myers MD, Raynor HA, Saelens BE. Treatment of pediatric obesity. Pediatrics. 1998;101 Suppl:554-70.
- Frank A. A multidisciplinary approach to obesity management: the physician's role and team care alternatives. J Am Diet Assoc. 1998;98:S44-8.
- Informe protocolizado para seguimiento posterior de la obesidad en atención primaria. Endocrinol Nutr. 2005;52:38-9 39.
- Jones SP, Smith IG, Kelly F, Gray JA. Long-term weight loss with sibutramine [abstract]. Int J Obes Relat Metab.
- Manual para la Atención Primaria. Síndrome metabólico. Madrid: Línea de comunicación; 2005.
- National Institute for Clinical Excellence. Guidance on the use of surgery to aid weight reduction for people with morbid obesity. London: National Institute for Clinical Excellence, Technology Appraisal Guidance N.º 46; 2002. p. 1-24.
- National Institute for Clinical Excellence. Guidance on the use of orlistat for the treatment of obesity in adults. London: National Institute for Clinical Excellence, Technology Appraisal Guidance No 22; 2001. p. 1-12. 41 Med Clin (Barc). 2004;122:104-10; 109.
- National Task Force on the Prevention and Treatment of Obesity. Weight cycling. JAMA. 1994;272:1196. 202.
- Obesidad. JAMA. 2003;289(14).
- Rippe JM, Crossley S, Ringer R. Obesity as a chronic disease: modern medical and lifestyle management. J Am Diet Assoc. 1998;98:S9-15.