

## Fármacos para la obesidad. ¿Por qué los obesos son diferentes?

Pedro Pablo García-Luna<sup>a,b</sup> y Alfonso Manuel Soto Moreno<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Unidad de Nutrición Clínica. <sup>b</sup>Servicio de Endocrinología.  
Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla.

La obesidad constituye uno de los principales problemas de salud a que nos enfrentamos en el siglo xxi. Si revisamos los estudios epidemiológicos realizados en los últimos años, observamos cómo la prevalencia de obesidad está aumentando, y este fenómeno no sólo se aprecia en los países desarrollados, sino también en aquellas sociedades en período de transición<sup>1</sup>.

A modo de ejemplo en un estudio realizado en Inglaterra y Gales se apreció un importante aumento de la prevalencia de obesidad, tanto en varones (del 6 al 17%) como en mujeres (del 8 al 20%) en sólo 7 años (de 1980 a 1987)<sup>2</sup>. La prevalencia de obesidad en adultos en España en 1997 según datos de la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO) era de un 13,4% de manera global (de un 11,5% en los varones y de un 15,2% entre las mujeres)<sup>3</sup>.

Este problema parece tener aún mayor dimensión si centramos nuestra atención en los niños. Uno de los objetivos marcados por las Naciones Unidas en la década pasada era luchar contra la desnutrición en la infancia y en un reciente documento presentado por Kofi Annan, presidente de la ONU, se constata una disminución de la desnutrición infantil en un 17% en los países desarrollados y hasta en un 60% en los países en vías de desarrollo. Sin embargo, en este documento no se hace referencia a la malnutrición por exceso u obesidad. En la infancia los datos de prevalencia de obesidad son cada vez más alarmantes; por ejemplo en Australia la prevalencia de obesidad infantil ha aumentado de un 11,8 a un 21,3% en una década. Datos similares se aprecian en estudios realizados en los EE.UU.<sup>4</sup> y en Inglaterra, donde estudiando una población infantil menor de 4 años se observó un aumento de la prevalencia de obesidad desde el 14,7 en 1989 hasta el 21,3% en 1998.

En una reciente editorial de *Lancet*<sup>4</sup> sobre obesidad infantil se discuten las posibles causas de este enorme aumento de la prevalencia. La «inseguridad» que los padres perciben al dejar a sus hijos jugar en la calle (con el consiguiente aumento de los juegos sedentarios: ordenador, televisión, videoconsolas, etc. y, por tanto, el menor número de horas que pasan jugando al aire libre), los hábitos dietéticos y la «aceptación social» de la obesidad como una situación y no como una enfermedad se postulan como origen del problema. Si aceptamos que en torno al 30% de los niños obesos lo serán de adultos<sup>5</sup> las perspectivas no parecen muy halagüeñas si no comenzamos a intervenir con medidas preventivas. En esto Australia es pionera, con la puesta en marcha de un programa estatal de carril “bici” y de otro de elección de menús sanos para los niños en la escuela<sup>4</sup>. A este alar-

mante aumento de la prevalencia de obesidad a todas las edades hay que sumarle hallazgos científicos de interés tales como que el simple sobrepeso (índice de masa corporal [IMC] > 27) y de forma más evidente la obesidad (IMC > 30) aumentan de manera global la mortalidad. Este aumento de mortalidad viene dado por causas de diferente índole, pero fundamentalmente por enfermedad cardiovascular<sup>6</sup>. Enfermedades de elevada morbilidad, como la diabetes, la hipertensión, las dislipemias o incapacitantes como la artrosis o la insuficiencia venosa de miembros inferiores están íntimamente ligadas a la obesidad.

Desde el punto de vista puramente económico, la obesidad es también un problema de altísimo calado para las arcas del estado. El coste que supone la obesidad en España (se han calculado los costes directos derivados de la asistencia ambulatoria y hospitalaria por las enfermedades asociadas), así como los indirectos derivados de la pérdida de capacidad productiva (por mortalidad prematura o bajas laborales) se ha estimado en 341.000 millones de pesetas anuales<sup>7</sup>.

Pero todos estos números alarmantes no nos deben hacer dar la batalla por perdida. Pérdidas moderadas de peso en las personas obesas, en torno a un 5-10% de su peso corporal, pueden conseguir una notable mejoría de la comorbilidad asociada a la obesidad y en la calidad de vida de estos pacientes<sup>8</sup>. En el reciente consenso de la SEEDO en el que se establecieron criterios para evaluar el sobrepeso y la obesidad, así como las posibilidades de intervención terapéuticas, se hace especial hincapié en varios pilares básicos en el tratamiento de los pacientes obesos, además de insistir en la necesidad de establecer programas de prevención y realizar campañas de concienciación de la población sobre la dimensión del problema. Estos pilares básicos son la dieta y el ejercicio, sobre los que debe girar todo el tratamiento, así como, en caso de ser necesario, el soporte psicológico, el uso de fármacos e incluso la cirugía. Para el grupo de expertos el tratamiento de la obesidad debe ser personalizado e integral, poniendo al disposición del paciente todos los medios a nuestro alcance para mejorar su enfermedad. Aunque existen muchos fármacos en fase de investigación o desarrollo, hoy día sólo dos fármacos están aprobados en distintos países del mundo para el tratamiento de la obesidad: orlistat y sibutramina.

Orlistat es un inhibidor selectivo de la lipasa pancreática que bloquea parcialmente la absorción de lípidos a nivel intestinal. En ensayos clínicos aleatorizados prolongados en individuos sometidos a dieta, se observa una pérdida de peso del 9-10% en el grupo de pacientes que tomó orlistat, frente al 4-6% en el grupo que tomó placebo, al cabo de un año. Esta tendencia a perder peso se invirtió en el grupo de pacientes tratados con orlistat al pasar a tomar placebo, y se incrementó en el grupo placebo al pasar a tomar orlistat durante el segundo año de estudio<sup>9</sup>. Sus efectos secundarios se reducen a la esfera gastrointestinal, siendo los más llamativos la urgencia fecal y un aumento en el número de deposiciones.

Correspondencia: Dr. P.P. García-Luna.  
Unidad de Nutrición Clínica y Dietética.  
Hospitales Universitarios Virgen del Rocío.  
Avda. Manuel Siurot, s/n. 41013 Sevilla.  
Correo electrónico: ppgarcia@hvr.sas.cica.es

Recibido el 24-7-2001; aceptado para su publicación el 27-7-2001

Med Clin (Barc) 2001; 117: 539-540

Sibutramina es el último fármaco del que podemos disponer. Se trata de un inhibidor selectivo de la recaptación de noradrenalina y serotonina. Su efecto viene mediado por una disminución de la ingesta energética debido al aumento de la saciedad y disminución del apetito, así como a un pequeño efecto termogénico estimado en un 3-5% del gasto energético. En un estudio aleatorizado y controlado de dos años de duración, los pacientes sometidos a tratamiento con sibutramina perdieron un 13,9% del peso inicial, frente al 7,2% de pérdida obtenida en los pacientes que tomaron placebo<sup>10</sup>. Como efectos secundarios del fármaco destaca la sequedad de boca, el insomnio y la astenia.

La indicación de estos tratamientos en la obesidad está perfectamente definida en el consenso de la SEEDO<sup>11</sup> y en otros países de la Unión Europea. No se deben emplear como terapia aislada, sino junto a otras terapias básicas como la dieta, el ejercicio físico y el apoyo psicológico, y se recomienda su empleo en pacientes con IMC > 30 o IMC > 27, si se asocian comorbilidades (diabetes, dislipemias, hipertensión arterial [HTA], apnea del sueño).

Por tanto nos hallamos ante una enfermedad, la obesidad, cuya prevalencia se ha disparado en los últimos años, tanto en niños como en adultos, de la cual conocemos sus devastadores efectos contra la salud por su asociación a enfermedades invalidantes y de alta morbilidad, que supone un enorme coste para la sociedad desde el punto de vista económico y social y contra la que expertos de todo el mundo coinciden en indicar que hay que usar todas las armas a nuestro alcance para combatirla.

Si esto es tan evidente ¿por qué los pacientes obesos españoles no tienen derecho a que su Sistema Nacional de Salud les financie los fármacos que, según los expertos, pueden formar parte del tratamiento integral de su enfermedad? ¿Por qué si se ha demostrado que pérdidas de peso de en torno al 5-10% del peso corporal disminuyen las comorbilidades en los pacientes obesos y estos fármacos les pueden ayudar a conseguirlo, no pueden disponer de ellos sin hacer un enorme sacrificio económico? ¿Por qué los pacientes obesos menos pudientes no se pueden beneficiar del tratamiento farmacológico que actualmente sólo está al alcance de unos pocos afortunados? ¿Por qué en otro tipo de enfermedades crónicas (como la HTA, la diabetes mellitus, o las dislipemias) se financian absolutamente todos los fármacos que pueden aportar algo al tratamiento de su enfermedad y en la obesidad no? En resumen, ¿por qué los obesos son diferentes y discriminados? Es difícil encontrar explicación a esta situación de palpable inequidad y desigualdad de los pacientes obesos con respecto a los afectos de otras enfermedades. Es cierto que, hasta hace poco tiempo, no había fármacos en el mercado que hubieran demostrado su utilidad, pero ahora los hay, y las autoridades sanitarias deben tomar conciencia de este problema de salud que se puede convertir en «la epidemia del siglo XXI» y poner a disposición de los profesionales sanitarios, y por tanto de los pacientes obesos, todas las armas para combatir la obesidad, entre

ellas los fármacos aceptados por la comunidad científica. Se impone un cambio de mentalidad de todos: los profesionales sanitarios debemos dejar de considerar al paciente obeso una carga y poner todo nuestro empeño en la atención de estos pacientes usando todas las armas disponibles; la industria farmacéutica también debería reflexionar sobre si los precios de estos fármacos no están, por lo excesivo, dificultando su integración en los productos financiados por la sanidad pública (algo parecido a lo que está ocurriendo en relación a los fármacos antirretrovirales en el mundo subdesarrollado) y las autoridades sanitarias, como se ha apuntado antes, hacer todo lo que esté en su mano para que el paciente obeso pueda, al igual que otros pacientes, tener acceso a los medios necesarios para su tratamiento, sin desigualdades en relación con su renta económica.

De hecho, ya hay países que están tomando iniciativas en este sentido. Recientemente el National Institute for Clinical Excellence (NICE) del Reino Unido recomienda que orlistat sea reembolsado por su servicio nacional de salud para el tratamiento de pacientes con IMC > 30 o > 28 con comorbilidades. Esto supone un reconocimiento del gobierno británico de la importancia de este trastorno, y debería servir de ejemplo a los gobiernos de otros países, entre ellos el nuestro, para no cometer una nueva injusticia con los pacientes afectos de esta enfermedad. Hasta entonces, los obesos seguirán siendo diferentes.

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kopelman P. Obesity as a medical problem. *Nature (Lond)* 2000; 404: 635-644.
2. Prescott-Clarke P, Primatesta P. Health Survey for England 1996. Londres: HMSO, 1998.
3. Aranceta J, Pérez Rodrigo C, Serra Majen LI, Ribas L, Quiles Izquierdo J et al. Prevalencia de la obesidad en España: Estudio SEEDO'97. *Med Clin (Barc)* 1998; 111: 441-445.
4. Childhood obesity: an emerging public health problem. *Lancet* 2001; 357: 1989.
5. Meilin LM, Slinkard LA, Irwin CE. Adolescent obesity intervention: Validation of the SHAPEDOWN program. *J Am Diet Assoc* 1987; 87: 333-338.
6. Calle E, Thum M, Petrelli J, Rodríguez C, Heath C. Body-mass and mortality index in a prospective cohort of U.S. Adults. *N Eng J Med* 1999; 341, 1097-1105.
7. Estudio Prospectivo Delphi. Costes sociales y económicos de la obesidad y sus patologías asociadas. Madrid: Gabinete de estudios Bernard-Krief, 1999.
8. Bray GA, Tartaglia LA. Medicinal strategies in the treatment of obesity. *Nature (Lond)* 2000; 404: 662-677.
9. Sjöström L, Rissanen A, Andersen T, Boldrin M, Golay A, Koppeschaar HPF et al. Randomised placebo-controlled trial of Orlistat for weight loss and prevention of weight regain in obese patients. *Lancet* 1998; 352: 167-173.
10. James WP, Astrup A, Finer N, Hilsted J, Kopelman P, Rossner S et al. Effects of Sibutramine on weight maintenance after weight loss: a randomised trial. STORM study group. Sibutramine Trial of Obesity Reduction and Maintenance. *Lancet* 2000; 356: 2119-2125.
11. Consenso SEEDO'2000 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica. *Med Cin (Barc)* 2000, 115; 15: 587-598.