

REVISTA ESPAÑOLA DE
OBESIDAD

Vol. 4 – Nº 1 – Enero-Febrero 2006

Foro ACTUA

**(ABORDAJE Y RECOMENDACIONES DE ACTUACIÓN ÚTIL
SOBRE EL EXCESO DE PESO EN ATENCIÓN PRIMARIA)**

**El paciente con exceso de peso:
guía práctica de actuación
en Atención Primaria**



SEEDO

Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad

www.seedo.es

S.P.A.

SPANISH PUBLISHERS ASSOCIATES - S. L.

Junta Directiva**Presidente**

Basilio Moreno Esteban

Vicepresidente

Francisco Javier Tébar Massó

Secretaria

Montserrat Barbany Cahiz

Tesorero

Miguel Ángel Rubio Herrera

Vocales

Javier Aranceta Bartrina

Diego Bellido Guerrero

Rafaelle Carrazo

Luis Enríquez Acosta

Martín López de la Torre Casares

Alfredo Martínez

Pedro de Pablos Velasco

Jordi Salas Salvadó

S.P.A.

SPANISH PUBLISHERS ASSOCIATES S. L.

Editada por: *Spanish Publishers Associates, S.L.*
Antonio López, 249, 1º. 28041-Madrid.© de la edición *Spanish Publishers Associates, S.L.* Reservados todos los derechos.

Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida sin el permiso escrito del titular del Copyright.

S.V.: 37-03-R-CM
D.L.: M-34951-2003
ISSN: 1696-6112

Imprime: Master's Gráfico

Suscripciones: *Spanish Publishers Associates, S.L.*
Tfno.: 91 500 20 77IVA incluido
Tarifa ordinaria anual 64,50
Ejemplar suelto 18,75 €
Tarifa instituciones anual 93,76
Ejemplar atrasado 21,88 €
Precios válidos para España**Director**

B. Moreno Esteban

Director Ejecutivo

F.J. Tébar Massó

Redactor Jefe

J.A. Fernández López

Coordinador Científico

M. Foz

Comité EditorialM. Aguilar Diosdado
(Cádiz)A. Alastrue Vidal
(Barcelona)M. Alemany Lamana
(Barcelona)J. Aranceta Bartrina
(Bilbao)

J. Argente Oliver (Madrid)

R. Astorga Jiménez
(Madrid)M. Barbany Cahiz
(Barcelona)D. Bellido Guerrero
(Ferrol)

J. Braguinsky (Buenos Aires)

I. Bretón Lesmes (Madrid)

M. Bueno Sánchez
(Zaragoza)J. Cabezas Cerrato
(Santiago)

J. Cabo Soler (Valencia)

C. Calvo Buzos (Madrid)

J.E. Campillo Álvarez
(Badajoz)R. Carmena Rodríguez
(Valencia)

R. Carraro (Madrid)

M. Carrillo Blanchar
(Barcelona)F. Casanueva Freijo
(Santiago)A.I. de Cos Blanco
(Madrid)G. Cuatrecasas Cambra
(Barcelona)J. Culebras Fernández
(León)C. Diéguez González
(Santiago)

S. Durán García (Sevilla)

L. Enríquez (Cáceres)

F. Escobar Jiménez
(Granada)L. Escobar Jiménez
(Cádiz)M.L. Fernández Soto
(Granada)X. Formiguera Sala
(Barcelona)J. Freijanes Parada
(Santander)

A. Galvao Teles (Lisboa)

M. Garaulet Aza (Murcia)

P.P. García Luna (Sevilla)

P. García Peris (Madrid)

R. García Robles (Madrid)

A.R. Ghione Pelayo
(Rosario)A. Gil Hernández
(Granada)C. Gómez Candela
(Madrid)R. Gómez Cuevas
(Bogotá)J. González Barranco
(México)R. Gracia Bouthelier
(Madrid)J.L. Griera Borrás
(Sevilla)J.L. Gutiérrez Fisac
(Madrid)

A. Halpern (Sao Paulo)

M. Hernández Rodríguez
(Madrid)E. Herrera Castellón
(Madrid)J.L. Herrera Pombo
(Madrid)A. Larrad Jiménez
(Madrid)M. López de la Torre
Casares (Granada)C. López Nomdedeu
(Madrid)A. Mariné Font
(Barcelona)A. Martí del Moral
(Pamplona)J.A. Martínez Hernández
(Pamplona)J.F. Martínez Valls
(Valencia)

J. Mataix Verdú (Granada)

A. Mijan de la Torre
(Burgos)S. Monereo Megias
(Madrid)

J.C. Montero (Buenos Aires)

M.J. Obregón Perea
(Madrid)R. Ortega de Anta
(Madrid)

P. de Pablos Velasco (Las Palmas)

A. Palou Oliver (Palma de Mallorca)

C. Pérez Rodrigo (Bilbao)

C. Picó Segura (Palma de Mallorca)

M.P. Portillo Baquedano
(Vitoria)X. Remesar Betlloch
(Barcelona)J.M. Ribera Casado
(Madrid)F. Rodríguez Artalejo
(Madrid)M.A. Rubio Herrera
(Madrid)M.L. Ruilope Urioste
(Madrid)

M. Rull Lluch (Barcelona)

J. Salas Salvadó (Reus)

F.J. Salvador Rodríguez
(Pamplona)A. Sanmartí Sala
(Barcelona)

A. Sastre Gallego (Madrid)

S. Schwartz Riera
(Barcelona)

L. Serra Majem (Las Palmas)

F. Serra Vich (Palma de Mallorca)

M. Serrano Ríos (Madrid)

J. Soler de la Mano
(Madrid)J. Soler Ramón
(Barcelona)F. Soriguer Escofet
(Málaga)J. Toro Trallero
(Barcelona)C. Vázquez Martínez
(Madrid)O. Vidal Vázquez
(Madrid)I. de Villa Elízaga
(Madrid)

Introducción

Apreciados colegas,

El Foro ACTUA (Abordaje y reComendaciones de acTuación Útil sobre el exceso de peso en Atención primaria) es un proyecto de la SEEDO con la colaboración de Laboratorios Roche, mediante el que se pretende impulsar y facilitar el tratamiento del exceso de peso en Atención Primaria.

Este proyecto constó de una primera fase, en la que reunió a una selección de expertos endocrinólogos de toda España, que habitualmente trabajan con Atención Primaria y conocen sus necesidades, que elaboraron un documento con las recomendaciones básicas útiles para tratar el exceso de peso de forma efectiva.

Fueron dos días de intenso trabajo, en los que se desmenuzaron las necesidades del médico de Atención Primaria respecto al tratamiento del exceso de peso y del que ahora os presentamos el resultado.

En una segunda fase, estos expertos endocrinólogos transmitieron estos conceptos a través de charlas en sus centros de salud, con el objetivo de difundir el documento a todos los médicos de Atención Primaria.

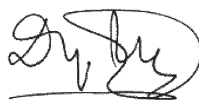
Ha sido la primera vez que se lleva a cabo una iniciativa así, en la que ha sido clave la implicación de los dos colectivos, endocrinólogos y médicos de Atención Primaria, para la difusión y la implementación de las recomendaciones básicas del documento.

Es un proyecto ambicioso, en el que se hace imprescindible la aportación del médico de Atención Primaria.

Creemos que este documento es el comienzo de una nueva era en el tratamiento del exceso de peso. Ahora, en una tercera fase, presentamos el artículo resultante de dicho documento.



Basilio Moreno



Diego Bellido



Xavier Formiguera

El paciente con exceso de peso: guía práctica de actuación en Atención Primaria

Coordinador: Diego Bellido

Profesor Asociado de Nutrición y Dietética. Universidad de A Coruña. Unidad de Endocrinología y Nutrición. Hospital Arquitecto Marcide. El Ferrol, A Coruña.

Correspondencia: Dr. Diego Bellido Guerrero. C/ Hospital nº 29-31 (4º -A). 15401-Ferrol. A Coruña.

E-mail: diego_bellido@arrakis.es

Resumen

En España, el 54,7% de la población tiene exceso de peso (39,2% sobrepeso y 15,5% obesidad); la prevalencia del exceso de peso está en constante crecimiento. En un foro de debate y consenso, en el que han participado expertos endocrinólogos, psicólogos y médicos de Atención Primaria (Foro ACTUA), se ha definido un guía práctica de actuación enfocada a la asistencia primaria que abarca desde la definición del exceso de grasa corporal y su evaluación, pasando por los objetivos a establecer y la motivación del paciente, hasta los recursos terapéuticos para la reducción de peso y su potenciación.

Summary

In Spain, 54.7% of the population are overweight (39.2% excess body weight, 15.5% obesity); the prevalence of overweight/obesity is continuously increasing. A debate and consensus forum (Foro ACTUA), in which expert endocrinologists, psychologists and primary health care physicians participated, has defined a practical guide of intervention aimed at primary Health Care. These guidelines go from the definition of excess body fat and its assessment, over the aims and goals to be set and patient motivation, to the therapeutic resources for weight reduction and their reinforcement.

Introducción

Expertos endocrinólogos de toda España, reunidos en el seno del “Foro ACTUA” (Abordaje y reComendaciones de acTuación Útil sobre el exceso de peso en Atención primaria), debatieron y pusieron en común múltiples aspectos relacionados con un problema tan acuciente y actual como es la obesidad y el sobrepeso. El resultado de estas reflexiones fue la elaboración de la presente guía, cuyo objetivo final es facilitar el trata-

miento del exceso de peso en el marco de la Atención Primaria.

El sobrepeso y la obesidad están en la base de numerosas enfermedades crónicas; desde la dislipemia a la diabetes o el síndrome metabólico, pasando por las coronariopatías, accidente vascular cerebral y otras vasculopatías periféricas, o bien, la apnea del sueño, dificultades osteoarticulares, etc.

Además, el exceso de peso es un problema muy importante por varias razones:

- a) Por su magnitud: en el mundo hay más de mil millones de adultos (y cada vez más niños) con sobrepeso, de los que 300 millones son obesos. Estas cifras aumentan cada año. En España, el 54,7% de la población tiene exceso de peso; de este porcentaje, un 39,2% padece sobrepeso y un 15,5% obesidad. La prevalencia del exceso de peso en España está en constante crecimiento.
- b) Por su asociación causal con las patologías antes mencionadas, graves y muy prevalentes. De hecho, es uno de los diez factores que la OMS identifica como responsables de más de la tercera parte de las muertes.
- c) Por la importancia de su prevención y tratamiento, conceptualmente muy simples, pero en la práctica muy difíciles de conseguir.

Ante esta situación, el protagonismo del médico de Atención Primaria en la lucha contra la obesidad es obvio, sin olvidar su importancia para implementar tanto las pautas de la OMS como, en el ámbito nacional, la estrategia NAOS (Nutrición, Actividad, prevención de la Obesidad y Salud) del Ministerio de Sanidad y Consumo. Como complemento y para facilitar su práctica diaria, se ha elaborado esta *Guía Práctica de Actuación en Atención Primaria*, en la que destacan cinco mensajes clave, nacidos de esta reunión de expertos:

1. El exceso de peso es un exceso de grasa corporal. Por ello, la lucha contra la obesidad tiene como objetivo reducir el exceso de grasa corporal.
2. El éxito requiere un paciente motivado: la motivación es un requisito previo.
3. En el tratamiento de la obesidad, los objetivos deben ser individualizados, realistas y pactados con el paciente.
4. El médico debe utilizar todos los recursos terapéuticos a su alcance:
 - alimentación equilibrada
 - actividad física
 - fármacos: orlistat o sibutramina
5. Cualquier logro, por pequeño que sea, debe ser reconocido como positivo y beneficioso.

1. Reducir el exceso de grasa corporal

El exceso de peso es consecuencia de un exceso de grasa corporal, cuyas secuelas son un aumento

del riesgo cardiovascular y la frecuente asociación con enfermedades graves, como la diabetes tipo 2, la hipertensión y la dislipemia. Así pues, reducir peso equivale a reducir el exceso de grasa corporal.

La grasa es la raíz del problema porque el adipocito del tejido adiposo abdominal tiene, además de su función de reserva energética, una actividad secretora de diversas adipocinas que lo convierten en un auténtico órgano endocrino. Entre estos productos se encuentran:

- a) Los ácidos grasos no esterificados (NEFA), cuyo exceso facilita la aparición de una resistencia a la insulina al actuar sobre los propios receptores de la insulina en tejido muscular y hepático.
- b) Diversas citoquinas (TNF- α , adiponectina, leptina), que actúan como antagonistas de la insulina y, en el caso de la leptina, como factor regulador del apetito y del balance energético.
- c) El factor inhibidor de la activación del plasminógeno (PAI-1) y diversas adipocitoquinas inflamatorias, que conjuntamente contribuyen al establecimiento de un estado protrombótico (aumento de PAI-1) y proinflamatorio (incremento de proteína C reactiva sérica).

Por estas razones, el exceso de grasa aumenta el riesgo de accidente cerebrovascular y de otras enfermedades vasculares periféricas, lo que da pie a alteraciones osteomusculares (artritis), facilita la apnea del sueño y multiplica por tres el riesgo de padecer hipertensión arterial, dislipemia, enfermedad coronaria y diabetes tipo 2.

Pero es la grasa visceral la más importante en cuanto a su capacidad para inducir una resistencia periférica a la insulina, al mostrar mayor actividad lipolítica, mayor movilización y oxidación de ácidos grasos libres y mayor secreción de las sustancias activas antes mencionadas. Por tanto, debe buscarse ante todo una reducción de la masa grasa visceral, al ser la que más influencia tiene sobre la resistencia a la insulina y la disfunción endotelial.

¿Cómo se clasifica el exceso de grasa?

- Por su cantidad: define el sobrepeso o la obesidad.
- Por su distribución: puede ser central o periférica.

La distribución central de la grasa, o perímetro de la cintura, constituye en sí misma un factor de riesgo.

¿Cómo se evalúa el exceso de grasa?

Por medio del índice de masa corporal, según la siguiente fórmula:

$$IMC = \text{Peso (en kg)} / \text{altura}^2 \text{ (en metros)}$$

En adultos, esta fórmula se puede aplicar directamente y el resultado define la normalidad, el sobrepeso o la obesidad (Tabla 1 y, de forma más explícita, Fig. 1).

En la población pediátrica (hasta los 18 años), el cálculo del IMC no se evalúa con la tabla o figura anteriores, sino que es preciso tener en cuenta el factor edad y determinar el percentil en el que se encuentra el IMC obtenido: por encima del percentil 85 correspondiente a la edad el paciente se considera sobrepeso y, si es superior al percentil 97, se define como obeso.

¿Cómo se evalúa la obesidad central?

La obesidad central se define como un aumento en la circunferencia abdominal, medida a la altura del borde superior de la cresta ilíaca. Dicho perímetro abdominal es el resultado de la suma de la grasa abdominal subcutánea y la grasa abdominal visceral. Esta última tiene un papel más importante en la fisiopatología del exceso de peso al ser metabólicamente más activa.

Se considera circunferencia de cintura “de riesgo” la que excede de 102 cm en el varón y de 88 cm en la mujer.

Sin embargo, en abril de 2005, la *International Diabetes Federation (IDF)* presentó unos criterios de consenso sobre el síndrome metabólico, elaborados por un panel de expertos de

Tabla 1. Clasificación de la obesidad según el IMC

Peso insuficiente	< 18,5
Normopeso	18,5-24,9
Sobrepeso grado I	25-26,9
Sobrepeso grado II	27-29,9
Obesidad grado I	30-34,9
Obesidad grado II	35-39,9
Obesidad grado III (mórbida)	40-49,9
Obesidad grado IV (extrema)	> 50

los seis continentes, en los que se define la obesidad central como el perímetro de cintura igual o superior a 94 cm en varones y a 80 cm en mujeres. Estos valores son válidos para la población de etnia europea, con cifras diferentes para otros grupos étnicos específicos (particularmente asiáticos). De forma resumida, la valoración de la circunferencia

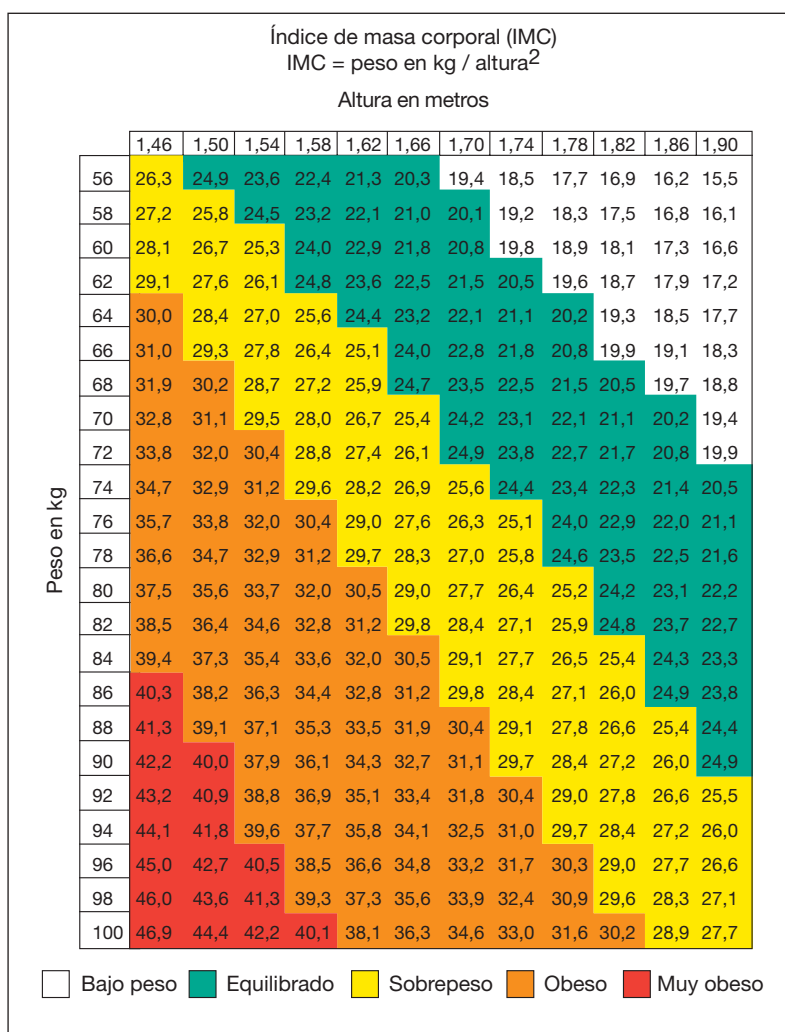


Figura 1. Clasificación de la obesidad según el IMC.

Tabla 2. Valoración de la obesidad central según la circunferencia de la cintura

	Circunferencia de la cintura	
	Riesgo aumentado	Riesgo muy aumentado
Hombres	≥ 94 cm	> 102 cm
Mujeres	≥ 80 cm	> 88 cm

de la cintura se rige por los parámetros que se presentan en la Tabla 2.

2. Aprovechar la motivación del paciente

La motivación, el principal aliado

No todas las personas identificadas como afectas de sobrepeso van a poder ser tratadas con éxito. Un requisito indispensable es la motivación del propio paciente, cualquiera que ésta sea, pues constituye el principal aliado del médico para llevar a cabo un tratamiento eficaz.

La motivación del paciente se detecta con unas preguntas básicas y la convicción con la que el paciente responde a ellas:

1. ¿Quiere usted tratarse?
2. ¿Estaría usted dispuesto a perder peso?
3. ¿Se siente capaz de afrontar el tratamiento?

Por tanto, es necesario conocer los deseos del paciente:

1. ¿Cuál es la razón principal que le motiva a perder peso?
2. ¿Qué está dispuesto a hacer para conseguirlo?

Si un paciente no está motivado a perder peso, es mejor proponerle que vuelva a consulta cuando lo esté, ya que es imprescindible que se dé este requisito para poder iniciar un programa de pérdida de peso.

Identificar al paciente que debe perder peso

La Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición recomienda, en su *Guía de Práctica Clínica 2003*, utilizar los siguientes criterios objetivos para identificar a las personas susceptibles de intervención contra la obesidad:

- IMC > 30
- IMC: 25-29 + comorbilidades
- IMC > 25 + cintura de riesgo

- Cintura de riesgo + comorbilidades

Debe valorarse el perfil vital del paciente al diagnóstico e individualizar la estrategia terapéutica siendo conscientes de las circunstancias desencadenantes o mantenedoras de la obesidad: sedentarismo, tabaquismo, alcoholismo, menopausia, estrés emocional, social o laboral, fármacos, embarazos, etc.

La persona obesa debe ser valorada según los factores de riesgo asociados o comorbilidades. Existe una gradación en la importancia de dichos factores de riesgo:

1. Factores de riesgo absolutos: cardiopatía coronaria establecida, otras enfermedades ateroscleróticas, diabetes *mellitus* tipo 2 y síndrome de apnea obstructiva del sueño.
2. Factores de riesgo relativos: enfermedades asociadas a la obesidad (alteraciones ginecológicas, artrosis y colelitiasis).
3. Otros factores de riesgo cardiovascular: tabaquismo, sedentarismo, hipertensión arterial, dislipemias, glucemia basal alterada e historia familiar de cardiopatía coronaria prematura.

3. Establecer objetivos asumibles, realistas y pactados

Una vez identificado el paciente susceptible de tratamiento y verificada su motivación para seguirlo, es necesario establecer unos objetivos asumibles, acordes con la realidad de cada paciente y pactados con él.

Idealmente, los tres objetivos básicos son por este orden:

- Perder peso.
- Mantener la pérdida.
- No volver a ganar peso.

Estos objetivos deben ser necesariamente individualizados para cada paciente y pactados con él. Se puede llegar a muy diversos acuerdos con respecto a objetivos que abarcan un amplio abanico en el grado de compromiso. Algunos ejemplos son:

- No aumentar de peso: éste es un objetivo de mínimos, pero puede ser el único realista.
- Reducir peso hasta alcanzar un "peso sano" (o un peso más sano que el actual), el cual debe diferenciarse claramente del "peso ideal", inalcanzable para muchas personas.

- Alcanzar un objetivo concreto en un tiempo concreto: pérdida de un 5-10% del peso en 6 meses, de 0,5 a 1 kg cada semana o reducción del perímetro abdominal bajo el nivel de riesgo. Aunque, en realidad, cualquier pérdida de peso es beneficiosa.
- Conseguir reducir o normalizar la presión arterial, la glucemia o el lipidograma (factores de riesgo cardiovascular).
- Mejorar la calidad de vida (poder abrocharse los zapatos o ponerse los calcetines sin ayuda, reducir los dolores de espalda, mejorar la autoestima, sentirse mejor en las relaciones sociales, respirar mejor, etc.).

4. Usar todos los recursos terapéuticos disponibles

El tratamiento del exceso de peso en Atención Primaria debe ser un tratamiento integral, es decir, que utilice todos los recursos terapéuticos que actualmente están al alcance del facultativo y que, en el paciente motivado, se resumen en tres pilares básicos: alimentación equilibrada, actividad física y tratamiento farmacológico.

A. Alimentación hipocalórica equilibrada

Una alimentación hipocalórica con bajo contenido en grasa pero equilibrada (45-55% de la energía de la dieta procedente de hidratos de carbono, 30-35% de grasas, 10-20% de proteínas), suficiente, asumible, explicada e individualizada.

Son criterios básicos:

- Puede ser suficiente reducir unas 500-600 kcal/día respecto a la ingesta calórica previa para conseguir buenos resultados.
- Es imperativo huir de las “dietas milagro”.
- La eficacia de la dieta puede replantearse si no se alcanza un objetivo concreto (por ejemplo, una pérdida de peso del 5% en 2 meses o 0,5 kg mensuales durante dos meses).

Algunos consejos prácticos de utilidad en la consulta son:

- Hacer 3-4 comidas al día: desayuno, comida, merienda (si se puede) y cena.
- Comer fruta y verdura diariamente.
- Cocinar al vapor, horno, plancha o microondas, evitando fritos y rebozados.

- Evitar picar entre horas y, si se hace, que sea con productos bajos en grasa.
- Evitar los alimentos de alto contenido en grasas, como dulces, bollería, quesos, patés y embutidos.

B. Actividad física individualizada

El ejercicio físico tiene una gran importancia porque consume calorías, mantiene la musculatura corporal, incrementa el metabolismo basal, disminuye los factores de riesgo, aumenta el rendimiento intelectual y tiene efectos psicológicos positivos.

La actividad física regular y constante, sin ser una garantía, tiene una clara relación con el éxito a largo plazo.

Para que el programa de actividad sea realista y, por tanto, eficaz, debe tener las siguientes características:

- Ser individualizado.
- Ser asumible por el paciente.
- Debe incrementarse de forma gradual.
- Debe ser agradable y aceptable por el paciente.
- Debe inducir algún aumento en la frecuencia cardíaca.

Si no resulta factible llevar a cabo un programa de actividad física, el paciente debe saber que existen cómodas formas de hacer algún ejercicio físico: bajar del autobús una parada antes, usar menos el coche, caminar 30 minutos al día, usar el ascensor hasta el piso inferior (o no usarlo), etc. De hecho, cualquier forma de actividad física es mejor que el sedentarismo.

C. Tratamiento farmacológico

El tercer pilar básico para el tratamiento del exceso de peso es el tratamiento farmacológico. Al considerar el papel de los fármacos en el tratamiento del exceso de peso, se debe tener en cuenta su doble papel terapéutico:

- Por una parte, tienen una acción farmacológica que les es propia y que los caracteriza.
- Por otra parte, tienen también un claro componente motivador para el paciente.

Los fármacos han demostrado eficacia y seguridad y ayudan a que la pérdida de peso sea alcanzable y más fácil de seguir.

La mayoría de los médicos de Atención Primaria es consciente de que ha de implicarse y actuar an-

te los pacientes obesos. Entre las herramientas terapéuticas, se debe destacar el papel de los fármacos, que tienen su espacio claramente delimitado en el tratamiento del sobrepeso y pueden jugar un papel determinante.

En este sentido, subrayar que hoy en día existe medicación para el exceso de peso eficaz y segura, con la que se puede obtener una pérdida de peso suficiente como para que mejoren significativamente la salud y la calidad de vida, y disminuya el riesgo de aparición de numerosas enfermedades crónicas asociadas.

La medicación puede suponer una importante ayuda en algunos pacientes, pues llega a mantener reducciones de peso a largo plazo del 10% o más. Es posible que esta reducción no parezca excesiva en algunos casos, pero los objetivos terapéuticos y el tratamiento de la obesidad deben ir encaminados a conseguir reducciones de aproximadamente el 10%. Esta reducción supone una mejoría de las comorbilidades, factores de riesgo cardiovascular y resistencia a la insulina.

El tratamiento farmacológico correcto se caracteriza por:

- Administrarse siempre asociado a la dieta, al ejercicio y a la modificación de conductas alimentarias erróneas.
- Utilizar principios activos contrastados que incidan en la pérdida del exceso de grasa corporal.

Está indicado en los siguientes casos:

- IMC \geq 30.

- IMC \geq 27 con comorbilidad(es) o factores de riesgo cardiovascular asociados.
- Disminución del peso $<$ 5% en 6 meses.

Sólo hay dos fármacos aprobados por el Ministerio de Sanidad y Consumo para el tratamiento del exceso de peso que han demostrado eficacia y seguridad: sibutramina y orlistat.

Hay que recalcar que otros fármacos, como la fluoxetina o el topiramato, no están indicados para el tratamiento del paciente con exceso de peso.

Sibutramina

La sibutramina actúa a nivel central, en el hipotálamo, bloqueando la recaptación de serotonina y noradrenalina (Fig. 2), y puede tener un pequeño efecto termogénico dependiendo de la dosis. Produce un efecto anorexígeno que induce una pérdida de peso por reducción global de la ingesta.

En el estudio más largo realizado hasta la fecha, el estudio STORM (*Sibutramine Trial on Obesity Reduction and Maintenance*) participaron más de 600 pacientes obesos. En una primera fase de 6 meses de duración todos los voluntarios recibieron tratamiento con dieta hipocalórica (con un déficit de 600 kcal/día) y sibutramina a la dosis de 10 mg/día. Al cabo de estos 6 meses, los 467 pacientes que consiguieron perder por lo menos el 5% del peso inicial fueron divididos aleatoriamente en dos grupos que siguieron tratamiento con placebo o con sibutramina durante 18 meses más con el fin de valorar la eficacia de la sibutramina en la fase de mantenimiento del peso perdido. Durante esta fase y en el grupo de tratamiento activo con sibutramina, se aumentó la dosis de la misma a 20 mg (Fig. 3).

Sin embargo, los estudios en fase II y IV han demostrado que pueden presentarse efectos secundarios. Los más frecuentes son: estreñimiento, cefalea, sequedad de boca y discreto aumento de la frecuencia cardíaca. Así pues, las contraindicaciones de sibutramina se centran en pacientes con cardiopatía isquémica, taquiarritmias, accidente vascular cerebral e hipertensión arterial no controlada. La administración en estos pacientes implica un control periódico de la presión arterial y la frecuencia cardíaca.

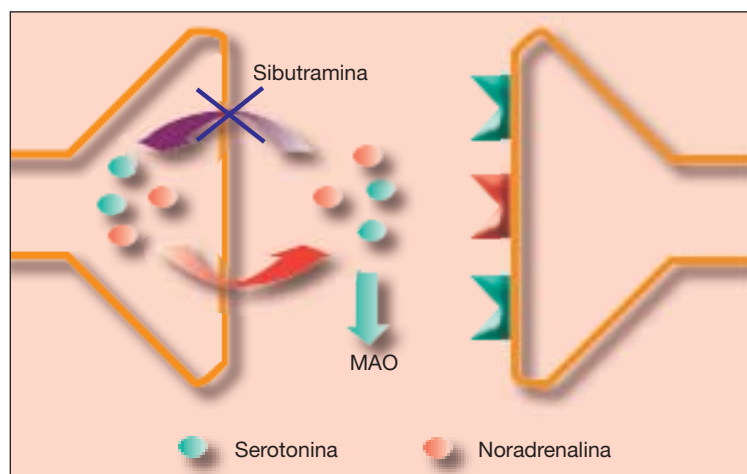


Figura 2. Mecanismo de acción de la sibutramina.

La sibutramina ha demostrado su eficacia en pacientes con diabetes tipo 2, mejorando el control glucémico, en adolescentes, en trastornos de la conducta alimentaria y en la reducción del exceso de peso asociado a dietas de muy bajo contenido calórico. La eficacia de la sibutramina se incrementa cuando se utiliza asociada a un cambio de estilo de vida que implique un incremento de actividad física diario.

Debe tomarse una vez al día, siendo la dosis inicial recomendada de 10 mg/día, aunque puede incrementarse hasta 15 mg/día, si no se consiguen los objetivos deseados. Un porcentaje de pacientes es considerado no respondedor y en estos casos no se aconseja continuar el tratamiento.

Orlistat

El orlistat actúa localmente en el intestino delgado sobre la lipasa pancreática e inhibe de forma selectiva la absorción de grasa alimentaria, induciendo así una pérdida de peso por disminución de la grasa corporal, reduciendo y movilizandolos depósitos de grasa (especialmente la grasa visceral). El mecanismo de acción se esquematiza en la Fig. 4.

El bloqueo de la absorción de un 30% de la grasa alimentaria conlleva una reducción del 30% de la energía procedente de la grasa y, por tanto, una reducción del aporte energético total que hay que sumar a la reducción energética propia de la dieta hipocalórica. El resultado, desde el punto de vista clínico, es una mayor pérdida de peso en comparación con la que se consigue con la dieta hipocalórica.

Más de 30.000 pacientes obesos han participado como voluntarios en multitud de estudios clínicos con orlistat tanto en fase III como en fase IV. La mayoría de los estudios es a largo plazo, con una duración de 12 ó 24 meses.

El estudio XENDOS (Xenical® en

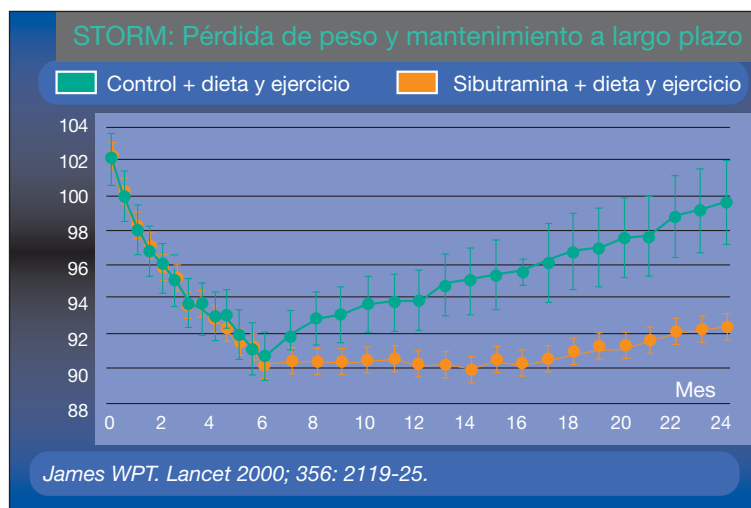


Figura 3. Estudio STORM. Pérdida de peso y mantenimiento a largo plazo tras tratamiento con sibutramina.

la prevención de la diabetes en pacientes obesos), hasta la fecha, es el estudio clínico de tratamiento farmacológico de la obesidad de mayor duración (4 años). Tomaron parte en el estudio 3.304 pacientes con obesidad, de los que un 21% tenía inicialmente tolerancia alterada a la glucosa, evaluada mediante la prueba de sobrecarga oral de glucosa, y un 40% cumplía los criterios ATP III de síndrome metabólico.

Los voluntarios fueron divididos aleatoriamente en dos grupos comparables por lo que respecta a sexo, edad e IMC. Ambos grupos fueron debidamente instruidos para seguir una dieta hipocalórica (800 kcal/día de déficit) y para que siguieran un progra-

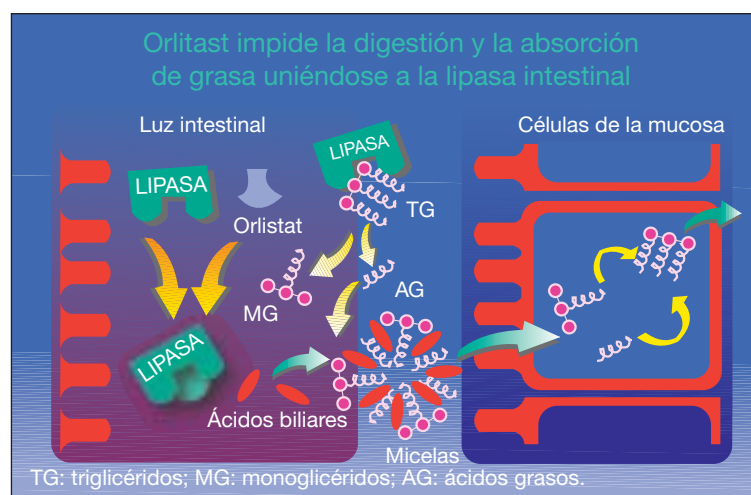


Figura 4. Mecanismo de acción del orlistat.

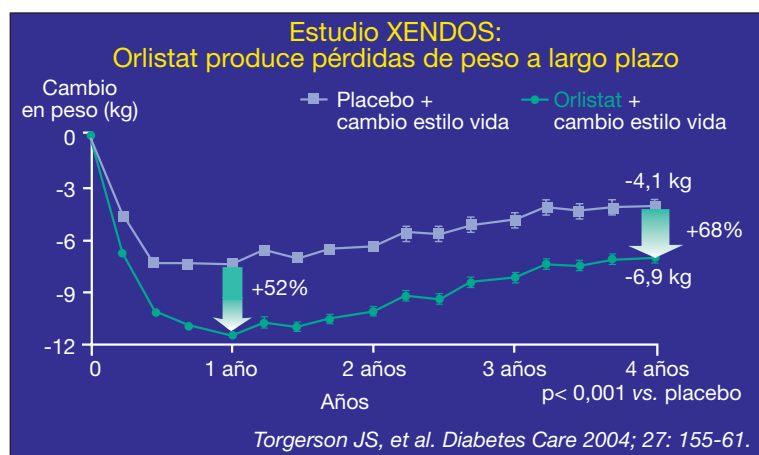


Figura 5. Estudio XENDOS. Pérdida de peso y mantenimiento a largo plazo tras tratamiento con orlistat.

ma de actividad física consistente en caminar un kilómetro adicional al día.

El estudio duró 4 años, al cabo de los cuales los pacientes tratados con orlistat consiguieron una pérdida de peso de 11 kg al final del primer año, que se mantuvo con un ligero incremento hasta el final del estudio con un peso final de 7 kg menos que al inicio, siendo esta pérdida significativamente mayor que la que se obtuvo en el grupo tratado con los mismos cambios en el estilo de vida y placebo (Fig. 5).

Por tanto, los resultados del estudio XENDOS permiten concluir que a largo plazo (4 años) orlistat es un fármaco efectivo para alcanzar y mantener una pérdida de peso entre el 5% y el 10% del peso inicial. Además el uso de orlistat permite reducir en un 45% el desarrollo de diabetes *mellitus* tipo 2 en pacientes obesos con tolerancia alterada a la glucosa.

En la pérdida de peso obtenida con orlistat hay una importante reducción de los depósitos de grasa corporales cuando se compara con la realización de dieta sola, especialmente de la grasa visceral, lo que se traduce en una reducción significativa del perímetro de la cintura y, por otra, en la mejoría subsiguiente de muchas de las comorbilidades concomitantes (Fig. 6).

Además, presenta acciones beneficiosas más allá de la simple reducción del peso: disminuye la lipemia posprandial, mejora la sensibilidad a la insulina y los parámetros que definen el síndrome metabólico, por lo que también está indi-

cado en esta patología, así como en pacientes con factores de riesgo cardiovascular.

Recientemente, *JAMA* ha publicado un estudio sobre el efecto del orlistat en el peso y la composición corporal de niños obesos mayores de 12 años. Los niños tratados con orlistat perdieron 6 veces más grasa, sin pérdida de masa magra y con pérdidas significativas de IMC y perímetro de cintura, frente a placebo (dieta + ejercicio).

El orlistat también ha demostrado su eficacia y seguridad en el tratamiento de la obesidad en adolescentes. Por este motivo, ha sido aprobada su utilización en este colectivo de jóvenes, siendo, por tanto, el único fármaco permitido para el tratamiento coadyuvante de la obesidad durante la adolescencia.

Los efectos secundarios que se observan con mayor frecuencia se relacionan con el sistema gastrointestinal, en especial cuando no se siguen correctamente las prescripciones dietéticas en el sentido de reducir el aporte de grasa de la dieta hasta un máximo del 30%. Así son frecuentes las diarreas, heces oleosas, flatulencias, urgencia fecal, dolor abdominal, etc. De todas formas, estos efectos indeseables gastrointestinales no suelen ser graves, se autolimitan en breves días y están casi siempre relacionados con transgresiones dietéticas. El seguimiento de una dieta correcta con poca grasa minimiza estos inconvenientes. De hecho, en los estudios clínicos realizados hasta ahora se observa que sólo el 0,3% de los pacientes en tratamiento con orlistat ha abandonado el estudio por este motivo.

Debido a su casi nula absorción, orlistat carece de efectos secundarios sistémicos y se presenta en cápsulas de 120 mg que deben ingerirse tres veces al día con las principales comidas del día.

Las principales características del tratamiento con orlistat son:

- Más pacientes pierden > 5% y > 10% del peso que con dieta sola.
- Ayuda a que la pérdida de peso sea alcanzable y más fácil de seguir.
- Facilita la adhesión a los cambios en el estilo de vida.

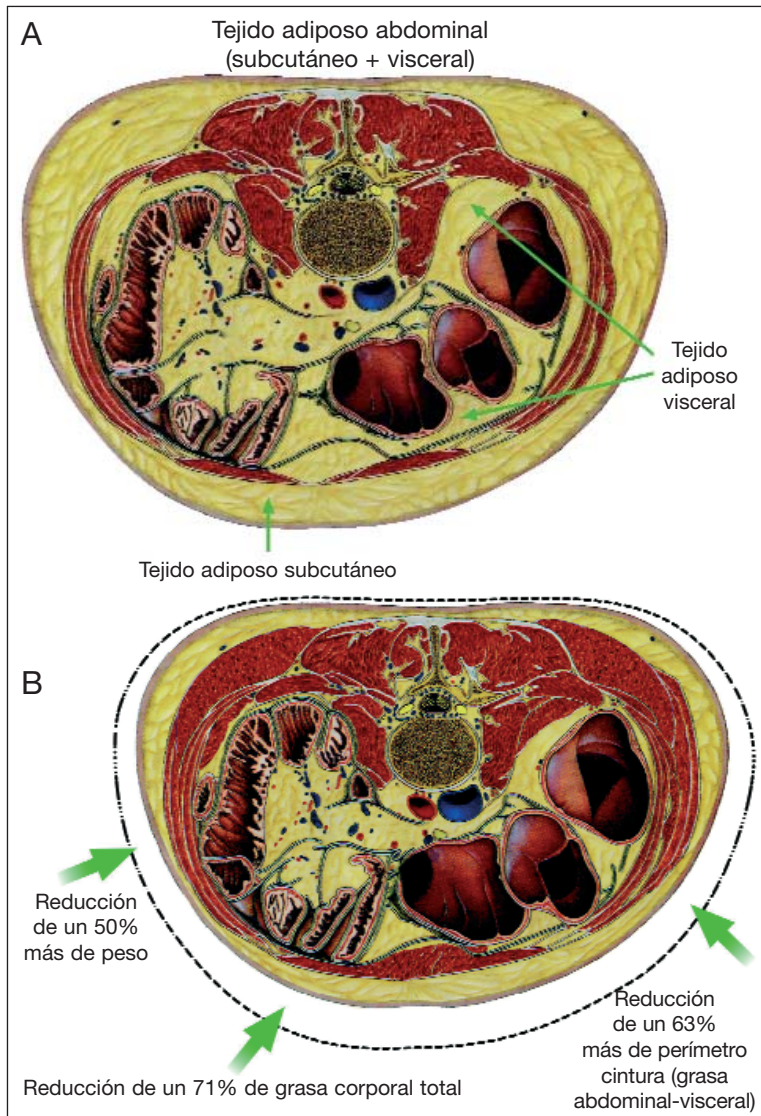


Figura 6. Reducción del perímetro de cintura y de grasa visceral tras el tratamiento con orlistat. Adaptación gráfica de un corte transversal a nivel de L4.

- Mantiene el peso perdido durante un período de tiempo más prolongado.

5. Reconocer los logros conseguidos

El éxito en el tratamiento del exceso de peso no se alcanza fácilmente. Cualquier esfuerzo y el menor logro debe ser valorado positivamente, ya que está comprobado que incluso con pequeños cambios se consiguen realmente muchos beneficios, y así se lo tenemos que hacer saber al paciente mediante *feedback* positivo.

Estos cambios y beneficios pueden conseguirse ya en la Atención Primaria, o bien en colaboración con el especialista.

Criterios de derivación al especialista

Según los Criterios de Buena Práctica en Atención Especializada de la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición (SEEN 2005), los criterios de derivación (aconsejable o necesaria) de pacientes con obesidad desde la Atención Primaria a la Atención Especializada son los que se presentan en la Tabla 3.

Por otra parte, es conveniente la consulta con el especialista si tras el tratamiento farmacológico no se alcanzan unos objetivos mínimos de:

- Una pérdida de 2 kg en el primer mes en el paciente tratado con sibutramina.
- Una disminución del IMC > 5% en los 3 primeros meses en el paciente tratado con orlistat.

Tabla 3. Criterios de derivación de pacientes con obesidad desde la Atención Primaria a la Atención Especializada

Derivación aconsejable	IMC > 35 kg/m ² IMC > 30 kg/m ² + 2 factores de riesgo* CC > 95 cm en varones y 82 cm en mujeres + 2 factores de riesgo*
Derivación necesaria	IMC > 40 kg/m ² IMC > 35 kg/m ² + 2 factores de riesgo* CC > 102 cm en varones y 90 cm en mujeres + 2 factores de riesgo*

*Diabetes, HTA, dislipemia, SAOS.

Conclusiones

- El exceso de peso es una enfermedad y, por tanto, debe ser tratada. Lo más importante es que, actualmente, con los recursos disponibles puede tratarse con éxito.
- Pérdidas moderadas de peso (10%) son suficientes y han demostrado ser altamente efectivas en la reducción de los factores de riesgo

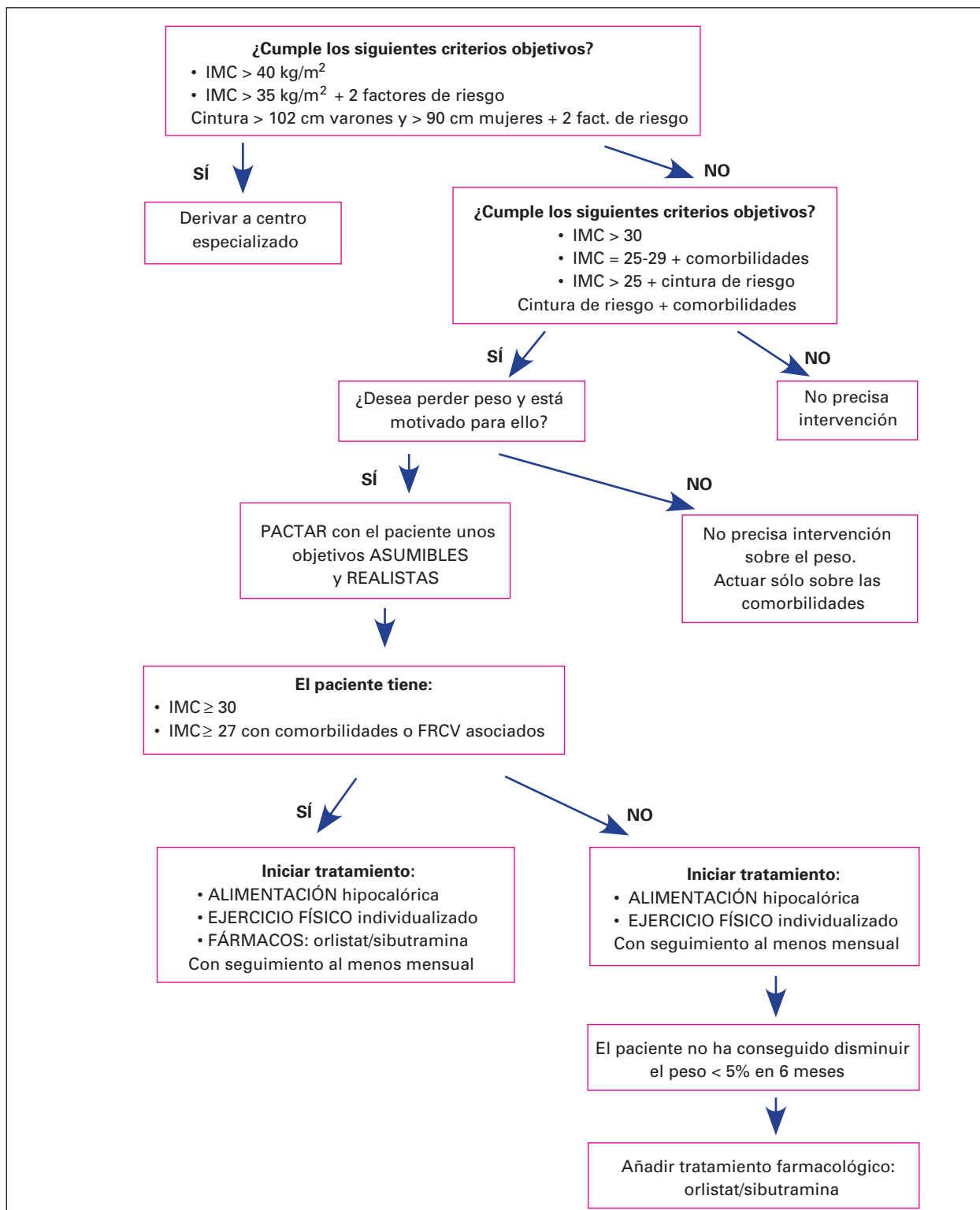


Figura 7. Algoritmo de decisión ante el paciente obeso en Atención Primaria.

cardiovascular de los pacientes con sobrepeso, además de mejorar la calidad de vida del paciente.

- La motivación del paciente a perder peso es el mejor aliado. Hay que tratar e intervenir en aquellos pacientes con exceso de peso y motivados a perderlo.

- El médico de Atención Primaria tiene todas las herramientas a su alcance para tratar con resultados el exceso de peso: facilitando una alimentación equilibrada con menos grasas, proponiendo una mayor actividad física y usando fármacos como orlistat o sibutramina, que han demostrado su eficacia y seguridad y ayudan a que la pérdida de peso sea alcanzable y más fácil de seguir.

La Fig. 7 muestra el algoritmo de decisión ante el paciente obeso en Atención Primaria.

Apéndice. Foro ACTUA

Han participado en la elaboración y difusión de este documento: Bellido Guerrero, Diego (El Ferrol/A Coruña); Moreno Esteban, Basilio (Madrid); Formiguera Sala, Xavier (Barcelona); García Lorda, Pilar (Barcelona); Rubio Herrera, Miguel Ángel (Madrid); Monereo Mejías, Susana (Madrid); Vázquez Martínez, Clotilde (Madrid); Vidal Cortada, Joseph (Barcelona); Mauri Roca, Silvia (Girona); Cabrerizo García, Lucio (Madrid); González Algas, Julio (Barcelona); Peralta Pérez, Gemma (Barcelona); Albarrán Deogracias, Jesús (Barcelona); Alcázar Lázaro, M^a. Victoria (Madrid); Alonso Troncoso, Isabel (Montecelo/Pontevedra); Argüeso Armesto, Rosa (Lugo); Arteaga Fuentes, Ramón (Bilbao/Vizcaya); Asensio Ortega, Carmen (Barcelona); Ayma Sola, Juan (Barcelona); Bacarizo Aparicio, Paloma (Madrid); Ballesteros Pomar, María (León); Balsa Barros, José Antonio (Madrid); Parra Barona, Juan (Badajoz); Becerra Fernández, Antonio (Madrid); Berna Salas, J. Rafael (Alicante); Blasco Lamarca, Yolanda (Lleida); Botana López, Manuel Antonio (Lugo); Botella Romero, Francisco (Albacete); Bretón Lesmes, Irene (Madrid); Brito Sanfiel, Miguel A. (Madrid); Caixas Pedragosa, Assumpta (Barcelona); Calero Fresneda, Manuel (Jerez de la Frontera, Cádiz); Calvo Gracia, Fernando (Zaragoza); Cambor Álvarez, Miguel (Madrid); Campos Alborch, Vicente (Valencia); Cancer Minchot, Emilia (Madrid); Carral Sanlaureano, Florentino (Cádiz); Carraro Casieri, Raffaele (Madrid); Casal Álvarez, Florentino (Oviedo); Caviola Mutazzi, Ernesto (Madrid); Chamorro Prados, Ricardo (Ciudad Real); Cuéllar Olmedo, Luis Ángel (Valladolid); De Dios Fuente, Elena (Huelva); De la Cuerda Compes, Cristina

(Madrid); De la Roche Brier, M. Rosario Fátima (Las Palmas de Gran Canaria); De Luis Román, Daniel (Valladolid); De Matías Leralta, José M. (Lugo); De Pablos Velasco, Pedro (Las Palmas de Gran Canaria); Delgado Rey, Manuel (Las Palmas de Gran Canaria); Duran Rodríguez-Hervada, Alejandra (Madrid); Enríquez Acosta, Luis (Cáceres); Escobar Jiménez, Luis (Cádiz); Esteban Blas, Julio (Alicante); Famades Enrich, Amadeo (Barcelona); Fernández Fernández, Francisca (Tarragona); García Almeida, José M^a. (Málaga); García Fernández, Encarnación (Alicante); García Ortiz, Luis (Salamanca); García Pérez, Jorge Ramón (Cádiz); García Valero, M^a. Amor (Cádiz); Garzón Pastor, Sandra (Castellón); Gentil Baldrich, Alfonso (Sevilla); Gippini Pérez, Antonio (Orense); Girbés Borrás, Juan (Valencia); Gisbert Selles, Cristina (Alicante); Godoy Rocati, Diego (Valencia); Gómez Gómez, Albert (Palma de Mallorca); González Blanco, Cintia (Castellón); González Pérez Del Villar, Noemí (Madrid); Goñi Goicoechea, Fernando (Bilbao, Vizcaya); Gorgojo Martínez, Juan José (Madrid); Hernández Bayón, Juan Ángel (Tenerife); Hernández Herrero, Cristina (Sevilla); Iglesias Reymunde, Teresa (La Coruña); Jiménez Millán, Ana Isabel (Madrid); Jodar Jimeno, José Esteban (Madrid); Lecube Torello, Alberto (Barcelona); López Mondéjar, Pedro (Alicante); López Penabad, Luis (Alicante); López Pérez, M^a. José (Huelva); Losada Viñau, Fernando (Sevilla); Luengo, Luis Miguel (Badajoz); Madrid Conesa, Juan (Murcia); Marco Mur, Ángel Luis (Madrid); Martín Almendra, M^a. Ángeles (Zamora); Martín Pérez, Carlos (Jerez, Cádiz); Martínez de Salinas, M^a. Ángeles (Logroño); Martínez Martín, Francisco Javier (Las Palmas de Gran Canaria); Martínez Olmos, Miguel (Vigo); Martínez Valls, J. Francisco (Valencia); Masmiquel Comas, Luis (Palma de Mallorca); Matía Martín, Pilar (Madrid); Meoro Avilés, Amparo (Alicante); Moraga Guerrero, Inmaculada (Madrid); Moreira Rodríguez, Manuela (Palencia); Muñoz Jiménez, M^a. Águeda (Madrid); Murillo Sanchís, Jesús (Mollet, Barcelona); Oliva Bielsa, Xavier (Barcelona); Paniagua González, Juan Antonio (Córdoba); Parra Barona, Juan (Badajoz); Penacho Lázaro, M^a. Ángeles (León); Peñafiel Martínez, Javier (Almería); Pérez Corral, Begoña (León); Petrina Jáuregui, Estrella (Pamplona); Porrás Guerra, Isabel (Salamanca); Pozuelo del Rosal, Francisca (Osuna, Sevilla); Quesada Charneco, Miguel (Granada); Rio-

bo Servan, Pilar (Madrid); Rivas Fernández, Margarita (Sevilla); Rodríguez Rodríguez, Irene (Palma de Mallorca); Ruiz de Gordejuela, Julio (Guipúzcoa); Ruiz Palomar, José Manuel (Alicante); Salcedo Mata, M. Dolores (Lleida); Sánchez Malo, Carolina (Jaén); Sanz París, Alejandro (Zaragoza); Soto González, Alfonso (A Coruña); Tenes Rodrigo, Susana (Castellón); Tofe Povedano, Santiago (Palma de Mallorca); Tome Martínez de Rituerto, M^a. Ausencia (Santiago de Compostela); Trallero Casañas, M^a. Rosario (Barcelona); Varilla Solano, Francisco (Fuerteventura); Vázquez Salvi, Luis (Santander); Vázquez San Miguel, Federico (Baracaldo, Vizcaya); Vega Piñeiro, Belén (Madrid); Velasco Carretero, José Luis (Tenerife); Vences Benito, Luis Fernando (Alicante); Vidal Pardo, Ignacio (Lugo); Villarrasa García, Nuria (Barcelona); Villazón González, Francisco (Oviedo); Vinzia Uriach, Cayetano (Hospitalet, Barcelona); Zurro Hernández, José (Valladolid).

Bibliografía

1. Aranceta Bartrina J, Serra Majem L, Foz Sala M, Moreno Esteban B. Prevalencia de obesidad en España. *Med Clin (Barc)* 2005; **125**: 460-6.
2. Arrigabalaga JJ, Calañas Continente A, Vidal J, Masmiquel L, Díaz Fernández MJ, García Luna PP, *et al.* Guía de práctica clínica para el manejo del sobrepeso y la obesidad en personas adultas. *Endocrinol Nutr* 2003; **50** (supl 4): 1-39.
3. Consenso SEEDO'2000 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica. *Med Clin (Barc)* 2000; **115**: 587-97.
4. Torgerson JS, Hauptman J, Boldrin MN, Sjöström L. Xenical in the prevention of diabetes in obese subjects (XENDOS) study: a randomized study of orlistat as an adjunct to lifestyle changes for the prevention of type 2 diabetes in obese patients. *Diabetes Care* 2004; **27**: 155-61.
5. Chanoine JP, Hampl S, Jensen C, Boldrin M, Hauptman J. Effect of orlistat on weight and body composition in obese adolescents: a randomized controlled trial. *JAMA* 2005; **293**: 2873-83.
6. Hansen D, Astrup A, Toubro S, Finer N, Kopelman P, Hilsted J, *et al.* Predictors of weight loss and maintenance during 2 years of treatment by sibutramine in obesity. Results from the European multi-centre STORM trial. Sibutramine Trial of Obesity Reduction and Maintenance. *Int J Obes* 2001; **25**: 496-501.