

## ■ CASO CLÍNICO

# Necesidad de Tratamiento en un Paciente con Obesidad Tipo II

Santamaría Pablos A<sup>1</sup>, Redondo Figuero C<sup>2</sup>.

<sup>1</sup>Doctora en Farmacia. Farmacia Comunitaria.

<sup>2</sup>Profesor Asociado Pediatría, Bioestadística, y Máster de Nutrición de la Universidad de Cantabria

## INTRODUCCIÓN

La Ley general de salud pública prevé la colaboración de las farmacias en los programas sobre la materia, dentro del capítulo sobre coordinación de la promoción de la salud y la prevención de enfermedades y lesiones en el sistema nacional de salud<sup>1</sup>.

De forma más específica, en el ámbito de la seguridad alimentaria, la ley del mismo nombre involucra claramente a las farmacias en la tarea de prevención de la obesidad, al afirmar que las autoridades sanitarias facilitarán las condiciones y los recursos necesarios, incluida la formación, para que todo el personal sanitario de atención primaria y las farmacias ofrezcan a los pacientes una información sencilla sobre hábitos alimentarios y de actividad física. Además, facilitarán los recursos necesarios para la detección precoz del sobrepeso, la obesidad y los trastornos de la conducta alimentaria, y desarrollarán los programas necesarios para lograr su prevención<sup>2</sup>.

Diversos estudios han demostrado la capacidad del farmacéutico de ayudar a los pacientes a hacer un cambio comportamental positivo en relación con los cambios dietéticos y el aumento de peso. La complejidad de esta patología así como su prevalencia actual exigen un abordaje multidisciplinar<sup>3</sup>. Por lo tanto es fundamental el papel del farmacéutico en primer lugar como asesor de este problema de salud en diferentes programas de educación sanitaria. En segundo lugar el farmacéutico como experto en medicamento resulta fundamental como apoyo del médico, colaborando en el seguimiento farmacoterapéutico de los tratamientos y así prevenir e identificar resultados negativos asociados a los medicamentos<sup>4</sup>. En el caso de la obesidad es posible la dispensación de fármacos sin receta médica de eficacia clínicamente probada (orlistat 60mg). Esta situación ofrece al farmacéutico una oportunidad para trabajar con los pacientes, con sus medicamentos y con sus hábitos.

Actualmente el sobrepeso y la obesidad representan un grave problema de salud pública en los países desarrollados, por su elevada y creciente prevalencia y por las serias consecuencias que tienen para la salud, tanto en la infancia y adolescencia, como en la época adulta, debido a su tendencia a perpetuarse<sup>5</sup>.

Fecha de recepción: 17/12/14 Fecha de aceptación 29/01/15

Correspondencia: A.Santamaría  
Correo electrónico: anaspablos@hotmail.com

Santamaría Pablos A<sup>1</sup>, Redondo Figuero C<sup>2</sup>.

Los principales responsables del estado nutricional son la alimentación y el ejercicio físico; además hay una serie de factores del entorno que influyen y modulan la relación entre la ingesta calórica y el consumo energético<sup>6-8</sup>. Se han puesto en marcha muchas actuaciones para revertir la situación actual de la elevada prevalencia de exceso de peso en distintos ámbitos: sanitario, educativo y comunitario.

Los tratamientos farmacológicos para perder peso se utilizan cuando los pacientes no han perdido peso después de seguir una dieta alimenticia y ejercicio exclusivamente. El orlistat (Allí®, capsulas de 60mg, Xenical®, cápsulas de 120 mg) y la sibutramina (Reductil®, cápsulas de 10 y 15 mg), junto con la fentermina (no autorizada en España), son los únicos fármacos para el tratamiento de la obesidad de los que se dispone de EAC de larga duración en los que el tratamiento farmacológico se suele combinar con medidas tendentes a la modificación del estilo de vida, con reducción de la energía dietaria y aumento de la actividad física, que también se aplican en el grupo con placebo<sup>9</sup>.

La OMS define la obesidad como  $IMC > 30 \text{ kg/m}^2$ . Nuestro paciente presenta un  $IMC = 36.4 \text{ kg/m}^2$ , por lo que estaríamos ante un RNM de necesidad por problema de salud no tratado (PRM), que en este caso sería la obesidad que presenta el paciente desde hace años y que no ha sido nunca tratada ni con tratamiento farmacológico, ni con cambios de estilo de vida. Se describe el estado de situación del paciente en la tabla 1.

### Necesidad de tratamiento.

Según la guía de obesidad publicada por la sociedad española de nutrición el orlistat está indicado, junto con una alimentación moderadamente hipocalórica, para el tratamiento de pacientes con sobrepeso ( $IMC, 28-29,9 \text{ kg/m}^2$ ) y factores de riesgo asociados y para pacientes con obesidad ( $IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$ ). El tratamiento con orlistat se iniciará únicamente en los pacientes que consigan adelgazar 2,5 kg con tratamiento convencional en las 4 semanas anteriores a la prescripción del fármaco.

El tratamiento con orlistat (120 mg por vía oral 3 veces al día) se asociará con una alimentación moderadamente hipocalórica ( $< 1.500 \text{ kcal}$ , con aproximadamente el 30% del valor calórico total procedente de las grasas). El tratamiento con orlistat se continuará solamente en aquellos pacientes que consigan perder  $\geq 5\%$  del peso corporal durante 12 semanas de tratamiento con el fármaco. La duración del tratamiento será de hasta un máximo de 2 años. En una guía para el tratamiento con orlistat se ha recomendado que la continuación del tratamiento después de los 6 meses se lleve a cabo sólo en los pacientes que hayan acumulado pérdidas  $\geq 10\%$  del peso corporal desde el comienzo del tratamiento farmacológico.

Los enfermos que buscan por primera vez tratamiento para la obesidad grave deben ser tratados con métodos no quirúrgicos que incluyan alimentación planificada, ejercicio físico apropiado, modificación de la conducta y apoyo.

Santamaría Pablos A<sup>1</sup>, Redondo Figuro C<sup>2</sup>.

### Efectividad del tratamiento farmacológico.

Los dos fármacos disponibles en el mercado, orlistat y sibutramina, son más efectivos que el placebo en producir pérdidas modestas de peso en adultos con sobrepeso u obesidad (A). Hay un tratamiento farmacológico con orlistat autorizado en España para su dispensación en la farmacia sin necesidad de receta que se llama Alli®. Por tanto el tratamiento farmacológico de esta patología se puede iniciar desde la farmacia.

- Ambos fármacos producen, al año de tratamiento, pérdidas de peso mayores que el placebo: orlistat, 2,9-3,2 kg más que el placebo, y sibutramina, 4,5-5 kg más que el placebo.
- El tratamiento farmacológico siempre deberá formar parte de un programa integral para el control del peso corporal que incluya alimentación hipocalórica, actividad física y modificación de la conducta.

### Seguridad del tratamiento farmacológico.

La incidencia de efectos gastrointestinales adversos fue mayor en los grupos tratados con orlistat que en los que recibieron placebo, pero fueron de intensidad leve o moderada, con mayor incidencia al inicio del tratamiento y tendencia a su reducción con el uso prolongado del fármaco. Además, por su mecanismo de acción, el orlistat puede alterar la absorción de vitaminas liposolubles, por lo que se debe valorar la necesidad de su suplementación oral.

La sibutramina puede producir sequedad de boca, insomnio, cefalea, ansiedad, hiporexia, estreñimiento y náuseas durante las primeras semanas del tratamiento, disminuyendo después la intensidad de dichos efectos adversos. La sibutramina produce aumentos pequeños, aunque estadísticamente significativos, de la frecuencia del pulso y cardíaca, así como de la presión arterial, por lo que dichos parámetros deben monitorizarse con regularidad en los pacientes tratados con el fármaco.

## PRESENTACIÓN INICIAL DEL CASO

Hombre de 36 años que acude a la oficina de farmacia presenta obesidad (IMC: 36.4) desde hace años. No tiene ningún tratamiento farmacológico y no presenta alergias conocidas. (Tabla 1)

Santamaría Pablos A<sup>1</sup>, Redondo Figuero C<sup>2</sup>.

ESTADO DE SITUACION 23 de abril de 2014									
Parámetros medidos por bioimpedancia eléctrica en fecha 06/03/2014 (Tanita sc 330) Peso = 112.8 Kg, Masa Grasa = 38.7%, Masa Grasa = 43.7, Masa Muscular = 65.7 Kg, Agua Total = 52.6 Kg, Agua Total = 46.6 %, Masa Ósea = 3.4 Kg, MB = 2118 Kcal, Edad metabólica = 51, Grasa Visceral = 19, Grado de Obesidad = 65.6%									
Sexo: Hombre		Edad: 36		IMC: 36.4		Alergias: No			
RNM Fecha de inicio	Problema de Salud	Control	Preocupa al paciente	Fecha de inicio	Medicamentos	RNM			PRM
						N	E	S riesgo	
años	Obesidad	NO	MUCHO			s			Necesidad de tratamiento

Tabla 1. Estado de situación del paciente en la primera visita en el servicio de nutrición

## INTERVENCIÓN

Se deriva al médico de atención primaria que valore al paciente y decida iniciar o no el tratamiento farmacológico. En principio no pauta tratamiento farmacológico y considera imprescindible instaurar tratamiento dietético así como un estilo de vida saludable a través de la oficina de farmacia. Se programa cada quince días un seguimiento del paciente que tiene como objetivo principal la pérdida de peso, así como la prevención detección y resolución de otros resultados negativos asociados a medicamentos que puedan aparecer.

En cada visita en una báscula tanita SC330 se pesa al paciente y mediante un sistema de medición tetrapolar basado en la impedancia bioeléctrica que le permite obtener múltiples lecturas se hace una valoración de compartimentos totales, valoración del compartimento hídrico y valores complementarios, como por ejemplo el nivel de grasa, el contenido de agua corporal y la masa libre de grasa, así como también el nivel de grasa Visceral, entre otras. Las lecturas que realiza son: masa grasa (kg %), nivel de grasa visceral, masa libre de grasa (kg %), masa muscular (kg%), agua corporal (kg %), masa ósea estimada (kg), IMC; peso, metabolismo basal, edad metabólica, complejión física, valores de referencia.

En cada valoración se comprueba además el conocimiento del paciente sobre hábitos dietéticos saludables. Esto se hace mediante un recuerdo de 24h, un cuestionario de frecuencia alimentaria, y un registro de horas diarias de actividad física. En cada visita se trabaja un aspecto de la alimentación para reforzar hábitos dietéticos saludables y se dan pautas sobre la importancia que tiene el aumento de actividad física en un paciente sedentario. Se plantea como objetivo conseguir al menos un IMC < 29 Kg/m<sup>2</sup>.

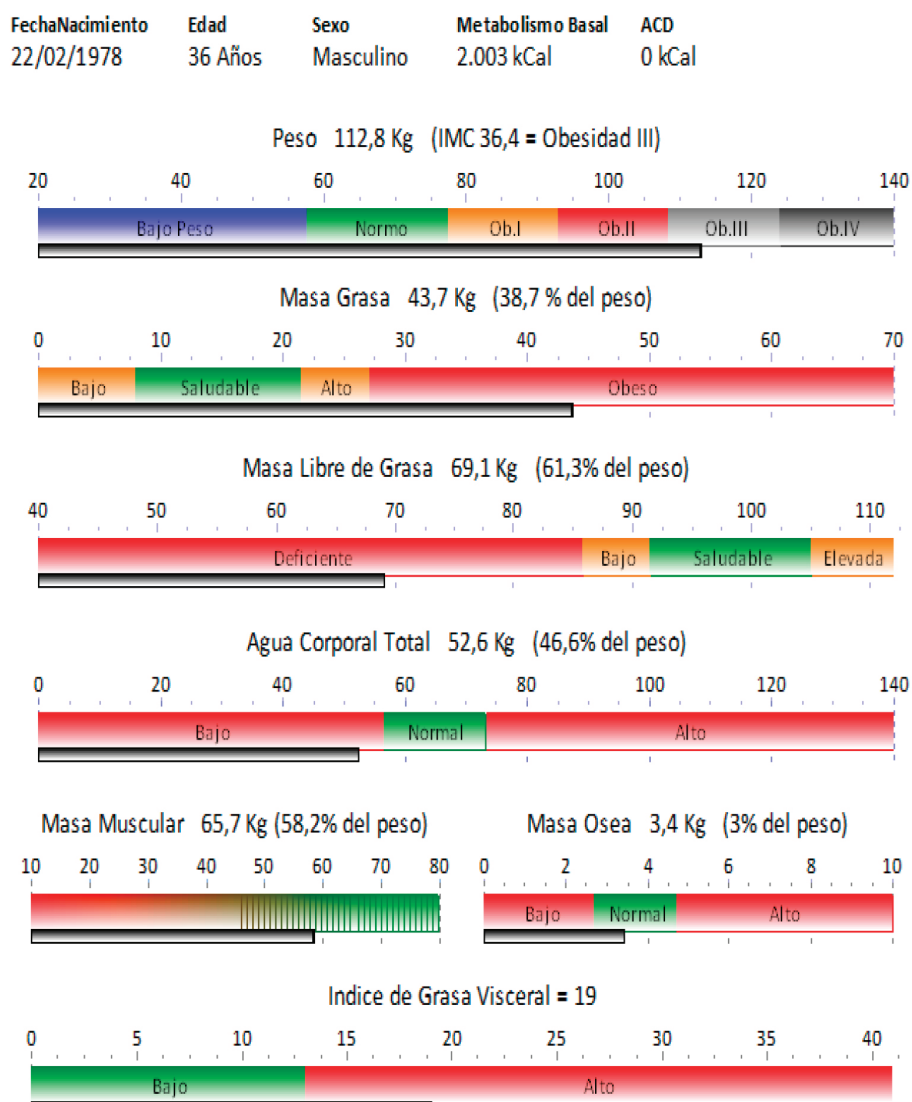
Santamaría Pablos A<sup>1</sup>, Redondo Figuero C<sup>2</sup>.

## RESULTADOS

Los resultados obtenidos tras realizar la intervención anteriormente descrita se muestran en la ilustración 1 y 2. Actualmente se sigue trabajando hábitos alimenticios y nos planteamos retos futuros. Se ha profundizado mucho en la motivación y en actividad física. Destaca la evolución de este paciente no sólo respecto a una mejora de salud sino que también se ve como ha mejorado su autoestima. Era un paciente sedentario y actualmente practica actividad física todos los días de manera que lo ha incorporado a su vida cotidiana, aspecto fundamental para evitar una recuperación del peso perdido a largo plazo.

Se ha conseguido llegar a un IMC = 28 kg/m<sup>2</sup>. Además hay una tendencia clara de disminución de masa grasa, aumento de masa libre de grasa y disminución del índice de grasa visceral, lo que es fundamental a nivel de prevención cardiovascular. Actualmente estamos pendientes de valoración de los resultados por parte del especialista así como del resultado de una valoración actual del riesgo cardiovascular del paciente por parte de su médico de cabecera.

Visita del 23/04/2014



Santamaría Pablos A<sup>1</sup>, Redondo Figuero C<sup>2</sup>.

Visita del 04/11/2014

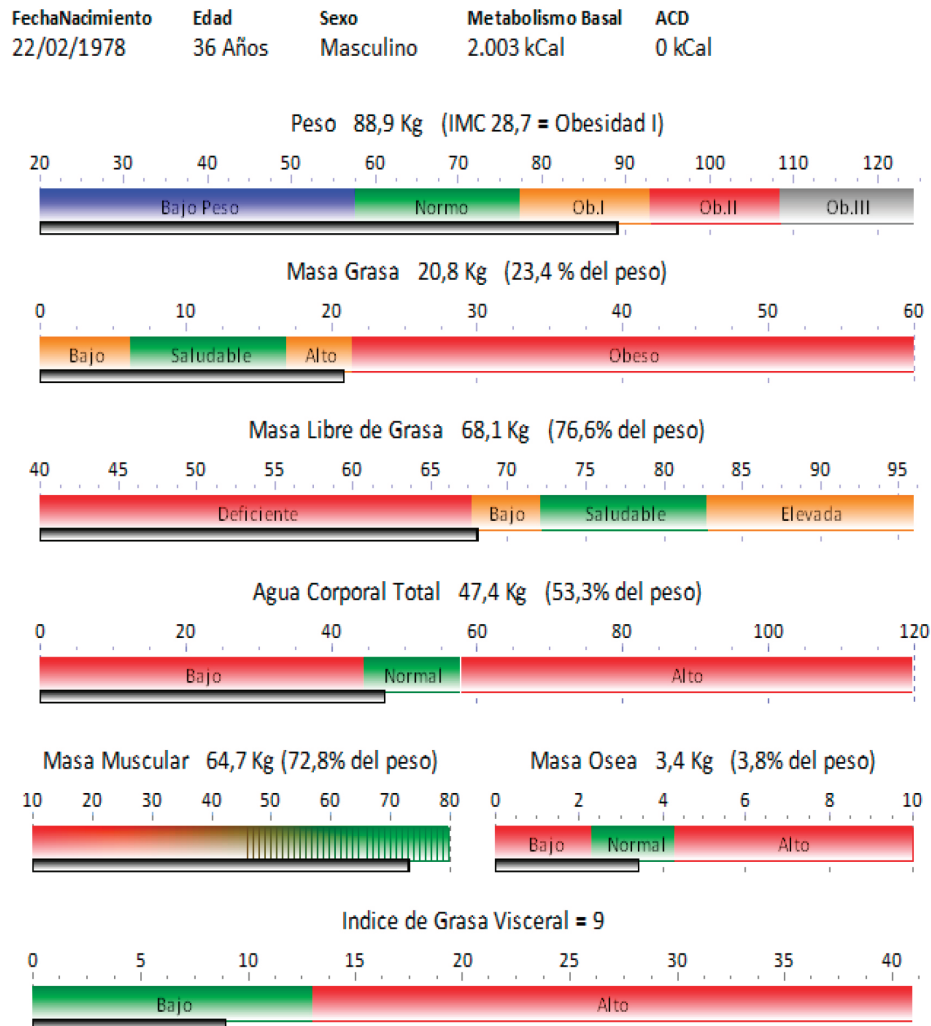


Ilustración 1. Evolución del paciente valorado mediante bioimpedancia desde el 23/10/2014 al 4/11/2014

Santamaría Pablos A<sup>1</sup>, Redondo Figuero C<sup>2</sup>.

## Visitas

Fecha	Peso	IMC	%MLG	%MG	%ACT	MB	M.Muscular	M.Osea	Ind. G.V.
04/11/2014	88,9	28,7	76,6	23,4	53,3	2.003	64,7	3,4	9,0
10/10/2014	89,5	28,9	75,2	24,8	52,5	1.984	64,0	3,3	9,0
19/09/2014	90,1	29,1	75,9	24,1	52,9	2.015	65,0	3,4	9,0
21/08/2014	94,3	30,4	73,3	26,7	51,5	2.049	65,7	3,4	11,0
31/07/2014	96,4	31,1	73,9	26,1	51,9	2.112	67,7	3,5	11,0
10/07/2014	98,9	31,9	71,1	28,9	50,5	2.098	66,8	3,5	12,0
18/06/2014	101,2	32,7	68,4	31,6	49,2	2.077	65,8	3,4	14,0
27/05/2014	105,3	34,0	65,2	34,8	48,0	2.080	65,3	3,4	15,0
07/05/2014	110,1	35,5	63,6	36,4	47,4	2.210	66,5	3,5	17,0
23/04/2014	112,8	36,4	61,3	38,7	46,6	2.118	65,7	3,4	19,0

## Evolución

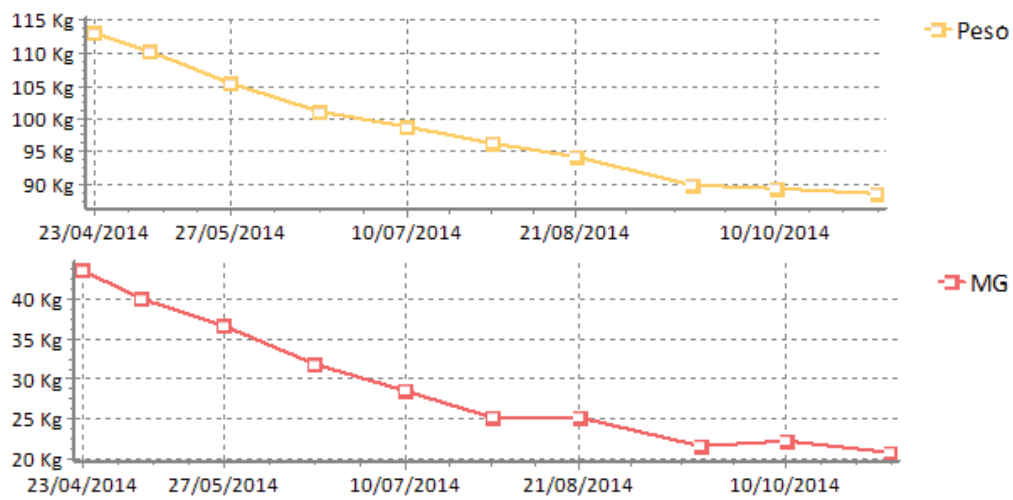


Ilustración 2. Evolución del paciente tras las diferentes visitas en el servicio de nutrición

Santamaría Pablos A<sup>1</sup>, Redondo Figuero C<sup>2</sup>.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Arts. 22.2 y 24.1, de la Ley 33/2011, de 4 de octubre, general de salud pública (BOE núm. 240, de 5 de octubre de 2011).
2. Art. 39 de la Ley 17/2011, de 5 de julio, de seguridad alimentaria y nutrición (BOE núm. 160, de 6 de julio de 2011).
3. Malone M, Alger-Mayer SA, Anderson DA. The lifestyle challenge program: a multidisciplinary approach to weight management. *Ann Pharmacother.* 2005; 39: 2015-20.
4. Ley 16/1997, de 25 abril, de regulación de servicios de las oficinas de farmacia define las funciones básicas de la farmacia).
5. Singh AS, Mulder C, Twisk JW, van Mechelen W, Chinapaw MJ. Tracking of childhood overweight into adulthood: a systematic review of the literature. *Obes Rev.* 2008; 9: 474-488
6. Prins RG, Ballk, Timperio A, Salmon J, Oenema A, Brug J et al. Associations between availability of facilities within three different neighbourhood buffer sizes and objectively assessed physical activity in adolescents. *Health Place.* 2011; 17: 1228-1234.
7. Veitch J, van Stralen MM, Chinapaw MJM, te Velde SJ, Crawford D, Salmon J, et al. The neighborhood social environment and body mass index among youth: a mediation analysis. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2012; 9: 31
8. Crawford DA, Ball K, Cleland VJ, Campbell KJ, Timperio AF, Abbott G, Brug J, Baur LA, Salmon JA. Home and neighbourhood correlates of BMI among children living in socioeconomically disadvantaged neighbourhoods. *Br J Nutr.* 2012. 107: 1028-1036.
9. Ruiz Martínez I, Gomez-Martínez JC, Ferrán Castro J. Sobrepeso y obesidad: guía práctica de actuación desde la farmacia comunitaria. 2011. SEFAC. ABCD Group. Vila Artes Gráficas SL. ISBN 978-84-614-4144-0. Depósito Legal: B-8571-2011