

AUTORES

Isabel Ruiz Martínez^{1,2}
Jesús Ferrán Castro^{1,2}
Jesús C. Gómez Martínez¹
Basilio Ruiz Gómez^{1,3}
Rocío Cayuelas Sanchis^{1,2}
M^a Dolores Murillo Fernández⁴

1. Licenciado en Farmacia.
2. Diplomado en Nutrición Humana y Dietética.
3. Especialista en Análisis Clínicos.
4. Doctora en Farmacia.

GUÍA SIMPLIFICADA DE INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA EN NORMOPESO CON FACTORES DE RIESGO, SOBREPESO Y OBESIDAD

INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), "la obesidad es la epidemia del siglo XXI". Cerca del 20% de la población española es obesa y el 38% tiene sobrepeso. En Estados Unidos es la causa de 300.000 muertes al año y, en España, supone el 6,9% del gasto sanitario anual. Es, por tanto, un problema de salud pública frente al cual la intervención del farmacéutico está justificada por tratarse de una enfermedad crónica con una elevada prevalencia para la que existen tratamientos farmacológicos efectivos y seguros y un elevado número de pacientes en los que el tratamiento no resulta efectivo^{1,2}.

Esta guía está orientada a ayudar al farmacéutico comunitario en el seguimiento del sobrepeso y la obesidad en personas mayores de 18 años con un índice de masa corporal (IMC) entre 25 y 40 Kg/m², con o sin factores de riesgo asociado, y también en aquellas cuyo IMC sea menor de 25 Kg/m², pero que tienen algún factor de riesgo. La guía se ha elaborado sobre la base de las funciones asistenciales más habituales dentro de la práctica del ejercicio profesional del farmacéutico, contempladas tanto en el Consenso sobre Atención Farmacéutica del Ministerio de Sanidad (2001) como en el Documento de Consenso de Foro de Atención Farmacéutica (2008)^{3,4}.

El farmacéutico comunitario es el profesional sanitario que probablemente atiende al paciente de forma más regular, continuada y cercana, y puede conocer todos los tratamientos farmacológicos que el paciente toma en cada momento. Además, por su formación, el farmacéutico comunitario puede jugar un importante

papel como educador sanitario en general y concretamente en el ámbito de la alimentación como educador nutricional. Este profesional debe contribuir a la promoción de estilos de vida saludables, prevención y detección de la enfermedad^{5,6}. La intervención del farmacéutico comunitario en el manejo del paciente con sobrepeso u obesidad se puede realizar desde dos niveles de actuación:

✓ Farmacológico:

- Dispensación.
- Indicación farmacéutica.
- Seguimiento farmacoterapéutico.

✓ Nutricional:

- Educación para la salud: cambios conductuales y ejercicio.
- Educación nutricional:
 - Recomendaciones nutricionales en sobrepeso y obesidad.
 - Recomendaciones nutricionales en diferentes patologías.

La obesidad es un trastorno metabólico crónico caracterizado por una excesiva acumulación de energía en forma de grasa corporal, debida a una ingesta superior al gasto energético. Esta situación de exceso de tejido adiposo de reserva conlleva un aumento del peso corporal con respecto al valor esperado según sexo, talla, edad y situación fisiológica del individuo^{5,6}.

Tan importante como la cantidad de grasa corporal es su distribución, ya que se ha demostrado que una mayor tendencia al depósito abdominal de grasa está relacionada con una prevalencia mayor de enfermedades crónico-degenerativas. Se pueden distinguir tres tipos⁵:

- a) **Distribución gluteofemoral o ginoide (forma de pera):** caracterizada por la localización del exceso de grasa en la zona de los muslos y glúteos, lo que da lugar a un estilo de figura en forma de pera.



b) **Distribución central, abdominal o androide (forma de manzana):** caracterizada por la localización del exceso de grasa alrededor de la cintura y el abdomen alto, lo que da lugar a un estilo de figura en forma de manzana.

c) **Distribución homogénea:** exceso de grasa distribuida homogéneamente en todo el organismo.

Los patrones regionales del depósito de grasa dependen de factores genéticos y difieren entre varones y mujeres. En la distribución ginoide la acumulación de grasa es preferentemente de origen hiperplásico, es decir, existe un aumento del número de células en el tejido adiposo. Estas células -los adipocitos- sirven de lugar de almacenamiento del exceso de energía en forma de grasa. El origen de la distribución androide es normalmente un exceso de grasa hipertrófica y visceral, es decir, existe un aumento del tamaño de los adipocitos alrededor de las vísceras. La distribución androide se relaciona con un mayor riesgo de hipertensión, enfermedades cardiovasculares y diabetes tipo 2, mientras que la distribución ginoide se relaciona con problemas venosos en extremidades inferiores, así como con problemas osteoarticulares.

Cada vez se conoce más sobre los distintos tipos de problemas y patologías que se relacionan directamente con el sobrepeso y la obesidad, y entre ellos se podrían destacar los siguientes ^{7,8}:

- **Problemas físicos:** diabetes, dislipemias, hipertensión arterial (HTA), etc.
- **Problemas psíquicos:** pérdida de autoestima, depresión, ansiedad, etc.
- **Problemas sociales:** rechazo del obeso, discriminación laboral, etc.
- **Problemas económicos:** el coste de la obesidad en el global del gasto sanitario es muy elevado.

Los criterios favorables a la intervención en casos de obesidad y sobrepeso se basan en la demostración de que con una pérdida moderada de peso corporal (5-10%) se puede conseguir una notable mejoría en la comorbilidad asociada y en la calidad de vida del paciente en obesos de grado I y II. Pero, lo realmente complicado de la obesidad, es su multifactorialidad. No hay un sólo factor influyente, sino muchos, y ni siquiera existe uno que sea determinante. Es decir, todos cuentan, es una enfermedad que hay que abordarla con una concepción global⁶.

Son factores genéticos, de comportamiento alimentario, socioeconómicos, metabólicos y el aumento de la edad, los que influyen sobre el peso de las personas, así como el estilo de vida sedentario y los malos hábitos en la alimentación. Muchos de los factores hormonales y neuronales relacionados con el control de peso se regulan genéticamente, como pueden ser la saciedad y la actividad de la alimentación. Pequeños defectos en la expresión e interacción de algunos genes podrían contribuir de manera importante a un aumento de peso. El número y tamaño de las células adiposas, y la distribución regional de la grasa corporal también vienen determinados genéticamente y su expansión depende también de la ingesta y la actividad física ⁵.

DESCRIPCIÓN

DESCRIPCIÓN DE LA GUÍA

La presente guía de actuación se construye en torno a la figura de una pirámide similar a la clásica pirámide de la alimentación, que se divide en cinco escalones que se diferencian por colores. Conforme vamos subiendo escalones en la pirámide, vemos que la complejidad del tratamiento que hay que recomendar al paciente es mayor y que, en determinadas ocasiones, será necesario interactuar con el médico de familia, con el especialista, etc, para un control óptimo de la enfermedad.

En la base hay dos escalones de color verde, en los que el farmacéutico puede intervenir con cierta facilidad y flexibilidad, utilizando diversas herramientas que se describirán a lo largo de este artículo.

La pirámide se estrecha con un escalón de color amarillo-ámbar, que refleja que a medida que sube el IMC de los pacientes aumentan los factores de riesgo, y la intervención se hace más compleja.

Y en la cúspide, hay dos escalones color naranja, evitando el rojo de forma deliberada para simbolizar que el farmacéutico siempre tiene algo que aportar en el

manejo del paciente obeso. Estos pacientes necesitan ser derivados a servicios más especializados, pero, sin duda, la intervención del farmacéutico puede ser muy útil para quien se la solicite, siempre que éste esté motivado.

PRIMERA ENTREVISTA

La primera entrevista es fundamental para el éxito en cualquier intervención, ya que cuantos más datos tenga el farmacéutico sobre el paciente y sus hábitos, mejor podrá colaborar con el médico tanto en el uso racional de la medicación como en las recomendaciones nutricionales adecuadas en cada caso.

El tratamiento siempre deberá ser personalizado y adaptado a las características especiales de cada paciente. Es necesario establecer unos objetivos realistas y razonables con el fin de lograr la disminución inicial de peso y mantener a largo plazo la pérdida lograda.

Es muy importante marcarse objetivos a corto y a largo plazo. Estos deben ser fáciles de ir logrando poco a poco, para que el paciente se motive y luego pueda seguir manteniéndose en el peso conseguido.

Ficha del paciente⁹

Para hacer un correcto seguimiento del paciente, es preciso rellenar al inicio y durante todo el proceso, una ficha con al menos la siguiente información:

✓ **Datos personales:** nombre y apellidos, sexo, edad, dirección, teléfono, ocupación, estado civil, número de hijos. Nombre del médico.

✓ **Hábitos:** tabaco, deporte, ingesta de bebidas alcohólicas, etc.

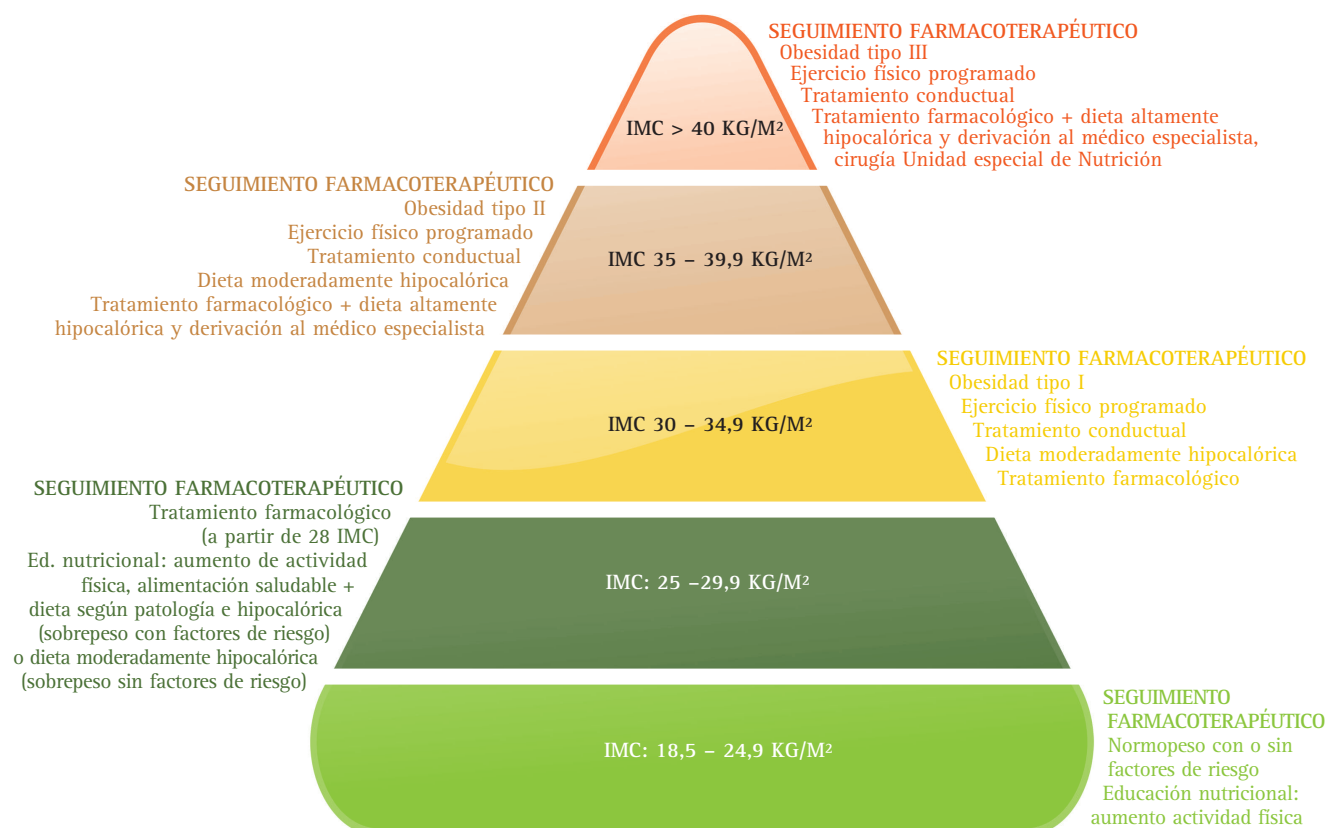
✓ **Datos antropométricos:** peso (siempre se pesará a la misma hora y con la misma ropa) y altura (para determinar el IMC), así como el contorno de cintura, que marca la acumulación de la grasa y permite extrapolar el posible riesgo de enfermedad cardiovascular (los valores aceptados como límite son de 102 cm en el hombre y 88 cm en la mujer) (tabla 1).

✓ **Antecedentes:** enfermedades que haya padecido y/o padezca en el momento

TABLA 1 RIESGO DE ENFERMEDAD RELATIVO A PESO NORMAL Y CIRCUNFERENCIA ABDOMINAL

DEFINICIÓN	IMC	CLASE DE OBESIDAD	HOMBRES ≤ 102 CM. MUJERES ≤ 88 CM.	HOMBRES ≤ 102 CM. MUJERES ≤ 88 CM.
Normal	18.5-24.9	----	----	----
Sobrepeso	25-29.9	----	Incrementado	Alto
Obesidad	30-34.9	I	Alto	Muy alto
Obesidad Mórbida	35-39.9	II	Muy alto	Muy alto
Extrema	≥40	III	Extremadamente alto	Extremadamente alto

FIGURA 1. PIRÁMIDE DE INTERVENCIÓN DEL FARMACÉUTICO EN EL MANEJO DEL PACIENTE CON SOBREPESO Y OBESIDAD



actual. Tipo de sobrepeso y desde cuándo. Antecedentes familiares en primer grado de sobrepeso u obesidad, así como de las patologías relacionadas.

✓ **Problemas de salud y datos analíticos:** tensión arterial, glucemia, urea, colesterol, ácido úrico, etc. Sería conveniente escribir una carta al médico pidiendo una analítica general.

✓ **Historia farmacoterapéutica:** se solicitará al paciente que lleve a la farmacia una bolsa con todos los medicamentos que toma, y se irán estudiando uno a uno tal como se describe en el método Dáder⁹.

✓ **Historia dietética:** es muy importante conocer los gustos y hábitos nutricionales del paciente al que se le va a realizar el seguimiento. Para ello, será útil la siguiente información:

1) Recuerdo de 24 horas: se le preguntará al paciente qué comió el día anterior.
2) Gustos y preferencias alimentarias.
3) Horarios y tipo de preparación de las comidas.

4) Otros datos: alergias a alimentos y/o a medicamentos; dietas realizadas.

5) Hoja de seguimiento semanal en la que se anotarán el peso, tensión arterial, dificultades que haya tenido el paciente durante la semana, objetivos logrados, etc.

PAUTAS DE ACTUACIÓN SEGÚN IMC

Una vez concluida la primera entrevista, nos situamos en el escalón de la pirámide que se corresponda con el IMC del paciente.

• IMC: 18,5-24,9 Kg/m²

En personas con peso normal en principio la única intervención sería la recomendación de hábitos saludables de alimentación y ejercicio físico. Sin embargo, se vigilará especialmente a las personas que:

- 1) Tengan antecedentes familiares de obesidad.
- 2) En el último año hayan ganado más de 5 kg.
- 3) Tengan grasa con tendencia a acumularse en el abdomen (cintura de riesgo).
- 4) No sigan hábitos dietéticos y de ejercicio físico correctos (persona sedentaria).
- 5) Presenten alteraciones en la presión arterial, metabolismo lipídico o hidrocarbonado.

• IMC: 25-29,9 Kg/m²

En esta franja de IMC está incluido alrededor del 30% de la población adulta española, y también hay que destacar que empieza a observarse un ligero incremento de la comorbilidad y mortalidad asociadas a la acumulación adiposa, especialmente si ésta es de tipo central. En estos

pacientes la educación nutricional, el aumento de actividad física y la alimentación saludable son obligados, además del seguimiento farmacoterapéutico, imprescindible en todos los tramos de la pirámide. También habría que valorar el tratamiento farmacológico para IMC ≥ 28.

a) **Sin factores de riesgo:** el peso es estable, la distribución topográfica de la grasa es femoroglútea y no hay otros factores de riesgo asociados. La intervención sería educación nutricional para una alimentación saludable. Serían también recomendables controles clínicos periódicos.

b) **Con factores de riesgo:** peso no estable, distribución grasa central o androide. El paciente debe ser tratado con el objetivo a de perder un 5-10% de su peso corporal y mantenerlo a largo plazo. Para conseguir este objetivo, deben usarse las medidas dietéticas, aumento de la actividad física y modificación conductual adecuada a cada paciente, controles clínicos periódicos y utilización de coadyuvantes en el tratamiento de la obesidad como los productos fitoterápicos.

• IMC: 30-34,9 Kg/m²

Los pacientes que estén en esta franja de IMC presentan un riesgo alto de aparición de comorbilidades. Patologías como la

diabetes, la hipertensión arterial o las dislipemias suelen estar presentes en la mayoría de ellos. En estos casos, el farmacéutico debe utilizar todas las estrategias que se han mencionado anteriormente y, además, debe plantearse la posible utilidad del arsenal farmacoterapéutico del que se dispone en la actualidad, y del que se hablará más adelante.

Como se ha mencionado anteriormente, el objetivo principal en estos pacientes es reducir el peso un 10% para que disminuya el riesgo cardiovascular. Una vez se logra esta disminución de peso es importante continuar con el seguimiento para lograr que mantengan ese peso perdido. Si los objetivos propuestos no se cumplen en un periodo de tiempo razonable, habrá que remitir al médico de cabecera, que será el que determine la conveniencia o no de instaurar un tratamiento farmacológico.

• IMC: 35-39,9 kg/m²

En esta franja de IMC, la comorbilidad y mortalidad asociadas son altas. Aquí el objetivo propuesto debe ser intentar superar la pérdida del 10% del peso corporal usando todas las herramientas anteriormente citadas.

Si el citado objetivo no se cumple en un periodo de tiempo razonable (6-7 meses), y el paciente presenta otros factores de riesgo, habrá que remitirlo al médico y/o a una unidad hospitalaria especializada en obesidad, a fin de estudiar la posibilidad y conveniencia de otras medidas terapéuticas, como dietas de muy bajo contenido calórico o cirugía bariátrica, entre otras.

• IMC: MÁS DE 40 kg/m²

En esta franja de IMC, la derivación a una unidad especializada en obesidad es fundamental. La actuación del farmacéutico puede ser clave durante el periodo de espera, de las habitualmente largas listas de espera para cirugía, acompañando al paciente en la difícil tarea de la pérdida de peso. La cirugía bariátrica es, con frecuencia, el tratamiento de elección, cuando todas las otras medidas han fracasado.

FASES

FASES DE LA INTERVENCIÓN

A) SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO

Estudio del estado de situación del paciente, y detección de resultados negativos de la medicación (RNM) y sus cau-

sas (PRM). En este caso es preciso dedicar una especial atención a las posibles interacciones entre los medicamentos y los alimentos. Una vez que se revisa el tratamiento del paciente, si hubiese que intervenir sobre cualquier RNM detectado con su medicación, se recomienda seguir las pautas del método Dáder⁹.

Interacciones alimento medicamento¹⁰.

1) Tetraciclinas con alimentos ricos en calcio - disminución absorción fármaco.
2) Bifosfonatos orales (alendronato, codronato, tidronato disódico) con alimentos ricos en calcio - disminución absorción fármaco.

3) Lincomicina con ciclamato (edulcorante presente en muchos alimentos) - disminución absorción 70%.

4) Alimentos muy ricos en grasas (aguacate por ejemplo) pueden reducir la absorción de anticoagulantes como la warfarina y el acenocumarol (margen terapéutico muy estrecho).

5) Alimentos muy ricos en fibra disminuyen la biodisponibilidad de digoxina y lovastatina.

B) EDUCACIÓN NUTRICIONAL^{2,5-8}

Recomendaciones básicas para la pérdida de peso:

1) Realizar mínimo cinco comidas al día: desayuno, media mañana, comida, media tarde y cena.

2) Evitar fritos y salsas.

3) Eliminar dulces, sobre todo, industriales, es preferible tomarlos caseros.

4) Aumentar el consumo de frutas y verduras.

5) Eliminar el alcohol.

6) Beber mínimo un litro y medio de agua al día.

7) No comer entre horas.

8) Comer sentado y evitar hacerlo rápido.

Listado de alimentos permitidos:

✓ Lácteos: leche o yogur desnatado, requesón o quesos con menos del 20% de materia grasa.

✓ Verduras: todas, crudas o cocidas

✓ Dulces: edulcorantes acalóricos.

✓ Bebidas: agua, refrescos sin azúcar, infusiones y café sin azúcar.

✓ Todo producto dietético que aporte menos o igual a 20 kcal por ración puede considerarse de consumo libre.

Alimentos de consumo limitado:

✓ Lácteos: leche semidesnatada, quesos bajos en grasa (20-30% de materia grasa).

✓ Carnes, pescados y huevos: carnes y pescados cocinados sin grasa:

• Aves sin piel.

• Conejo.

• Caballo, buey, ternera.

• Hígado.

• Pescado blanco, azul, marisco.

• Huevos.

✓ Charcutería: jamón york, jamón serrano.

✓ Cereales y féculas: pan, galletas María, cereales de desayuno, pasta, patata, legumbres, arroz, maíz.

✓ Frutas: frutas frescas y mermelada sin azúcar.

✓ Verduras.

✓ Grasas: es necesaria una pequeña cantidad de aceite de oliva, girasol o maíz (aproximadamente 20 gr/día).

Alimentos prohibidos:

✓ Lácteos: leche entera, quesos con más del 30% de materia grasa, lácteos que contengan leche entera (batidos, cremas...).

✓ Carnes, pescados, huevos: carnes, pescados o huevos fritos o cocinados con grasa:

• Cordero y cerdo.

• Pescados ahumados o en conserva.

• Sesos.

✓ Charcutería: toda menos el jamón.

✓ Cereales y féculas: patatas chips, cor-
tezas...

✓ Frutas: aceitunas, aguacate, compotas o mermeladas azucaradas, fruta en almíbar, frutos secos, frutas deshidratadas (pasas, ciruelas, higos).

✓ Dulces: pastelería, heladería, bollería, chocolate, mermelada, azúcar y miel.

✓ Bebidas: batidos, zumos de fruta, refrescos azucarados y bebidas alcohólicas.

✓ Alimentos precocinados: todos los que precisan fritura, todos los que llevan salsas.

✓ Grasas: mantequilla, margarina, nata. Se entregarán al paciente también recomendaciones específicas para cada patología, aquí se exponen algunos ejemplos, pero, con el tiempo y la experiencia, se van generando fichas a medida que se trabaja con los pacientes.

Recomendaciones nutricionales en patologías asociadas¹¹:

• **Reflujo gastroesofágico:** evitar bebidas alcohólicas, cafeína, cítricos y zumos, el ejercicio físico intenso si desencadena síntomas, las comidas copiosas, el tabaco, chocolate, colas, menta, intentar no tumbarse después de las comidas.

• **Gastritis crónica:** eliminar alimentos irritantes (charcutería, salazones, alimentos ahumados, fritos), comidas copiosas muy especiadas, demasiado calientes o

frías, las legumbres en general se toleran mal (se puede intentar solucionarlo poniéndolas a remojo unas horas antes con comino o laurel). En muchos casos a estos pacientes no les apetece la carne (pueden tomarla magra, asada o a la parrilla), pero aceptan bien los pescados cocidos o asados. Las grasas visibles deben tomarse en pequeña cantidad (50 gramos al día) y preferiblemente crudas. Aceptan bien los pescados cocidos o asados (sin salsas) y los huevos cocidos (mejor mezclados con otros alimentos). Toleran bien el pan blanco, la pasta, el arroz, la tapioca y la patata cocida.

• **Estreñimiento:** consumir alimentos ricos en fibra (frutas, verduras frescas, pan integral, zumos, caldos, avellanas, almendras, albaricoques, ciruelas, acelgas, espinacas...). Beber agua entre comidas, realizar algún tipo de ejercicio físico (son recomendables las abdominales). Pautas para inducir evacuación:

- 1) Tomar un vaso de agua caliente en ayunas.
- 2) Tomar una cucharada de aceite de oliva virgen en ayunas.
- 3) Tomar mermeladas laxantes.
- 4) Tomar fruta laxante como las ciruelas.
- 5) Tomar café en ayunas.

C) EJERCICIO FÍSICO⁸

No se puede pretender desde el primer día hacer mucho ejercicio físico. Según las limitaciones de cada paciente, se puede ir incrementando poco a poco, cada día o cada semana, haciendo un pequeño esfuerzo más. Es importante recalcar al paciente tanto verbalmente, como por escrito, los beneficios de la actividad física:

- 1) Favorece la pérdida de peso junto con un programa de alimentación adecuado.
- 2) Mejora el perfil lipídico.
- 3) Previene las enfermedades cardiovasculares.
- 4) Disminuye el depósito de grasa abdominal.
- 5) Mejora la capacidad respiratoria.
- 6) Tiene efectos psicológicos positivos.

La Asociación Internacional para el Estudio de la Obesidad (IASO) hace dos recomendaciones:

- 1) De 45 a 60 minutos de actividad física diaria para evitar que aquellas personas con sobrepeso puedan evolucionar a obesidad.
- 2) De 60 a 90 minutos al día de actividad intensa o moderada para evitar la recuperación del peso perdido.

Para ser realistas, como primera medida conviene reducir el sedentarismo fomentando el incremento de actividades cotidianas que impliquen un gasto calórico (subir escaleras, ir al trabajo caminando o al menos un tramo...), luego se llegaría a acuerdos con el paciente, como por ejemplo: tres días a la semana 30 minutos de ejercicio moderado, etc. A medida que la persona pierde peso y aumenta su capacidad funcional pueden incrementarse tanto la intensidad como el tiempo de duración de esta actividad.

Sólo los ejercicios de actividad moderada o intensa, como caminatas a paso rápido, natación, bicicleta, gimnasia aeróbica, tenis, baloncesto, fútbol, etc, permiten que la actividad física sea eficaz para adelgazar y mantener la pérdida de peso ponderal a largo plazo.

D) FITOTERAPIA¹¹

El uso de plantas en el tratamiento del sobrepeso y la obesidad debe ser en cualquier caso como coadyudante.

- ✓ Saciantes y modificantes de la absorción de nutrientes: fucus, lino, konjac...
- ✓ Plantas que modifican la absorción de azúcar: las partes aéreas de *Gymnema sylvestre*.
- ✓ Plantas con principios modificadores de la lipogénesis: garcinia.
- ✓ Plantas con actividad termogénica en especies con cafeína: cola, guaraná, mate, té.
- ✓ Diuréticas: ortosifon, abedul, cola de caballo, diente de león, judía...
- ✓ Plantas que modifican la función hepatobiliar y digestiva: alcachofa, boldo, romero, etc.
- ✓ Laxantes: cáscara sagrada.

Antes de recomendar cualquier planta, debemos considerar sus posibles interacciones, contraindicaciones y efectos secundarios, ya que como se ha mencionado, contienen principios activos que hay que considerar como medicamentos. Por ejemplo, con el fucus hay que tener precaución en tratamientos con hormonas tiroideas, ya que su contenido en yodo puede interferir. *Plantago ovata* (ispagula) no se debe usar en pacientes con estenosis esofágica o intestinal, ni diabetes descompensada, tampoco se debe usar simultáneamente con otras medicaciones ya que puede interferir en la absorción de sales minerales, vitaminas y fármacos.

Los preparados a base de especies con cafeína pueden provocar insomnio, excitabilidad, ansiedad, etc., por lo que se aconseja no consumirlos de noche. También pueden producir taquicardia y aumento de la presión arterial, por lo que como precaución, no deben usarlo pacientes con ansiedad, hipertensión, colon irritable o arritmias. El diente de león no se debe utilizar en casos de obstrucción de las vías biliares.

D) FARMACOTERAPIA¹²

Los fármacos para el tratamiento de la obesidad no deben usarse de forma aislada, sino como complemento a los tratamientos básicos de plan de alimentación, actividad física y cambios en el estilo de vida.

En la actualidad hay dos fármacos autorizados en España para el tratamiento de la obesidad: orlistat (60 mg, de indicación farmacéutica, y 120 mg, de prescripción médica) y sibutramina (prescripción médica). Su indicación está limitada a pacientes con IMC ≥ 28 kg/m² (orlistat 60 mg), o bien a pacientes con IMC ≥ 30 kg/m² o pacientes con IMC ≥ 27 kg/m² que presentan además otros factores de riesgo asociados (orlistat 120 mg y sibutramina).

> Orlistat

Es un inhibidor potente de las lipasas pancreática y gástrica, con lo que un 25% (orlistat 60 mg) ó 30% (orlistat 120 mg) de la grasa ingerida no se absorbe y se elimina en heces.

Puesto que orlistat de indicación farmacéutica es de 60 mg, será del que se ocupe este artículo:

✓ **Eficacia:** la pérdida de peso media tras seguir un tratamiento con orlistat y dieta ligeramente hipocalórica fue de 4,4 kg en seis meses de tratamiento.

✓ **Seguridad:** como actúa en el tubo digestivo no acelera el metabolismo ni eleva la tensión arterial. Menos del 2% se absorbe por vía sistémica y no se acumula en el organismo. No actúa sobre el sistema nervioso central (SNC). No produce adicción.

✓ **Indicaciones:** orlistat 60 mg está indicado para la pérdida de peso en adultos con IMC mayor o igual a 28 kg/m², debe acompañarse de una dieta ligeramente hipocalórica y baja en grasa.

✓ **Posología:** la dosis recomendada es de una cápsula de 60 mg tres veces al día. La cápsula debe tomarse con agua inmediatamente antes, durante o hasta una hora después de las comidas.

✓ **Contraindicaciones:**

- Niños y adolescentes menores de 18 años.
- Hipersensibilidad al principio activo o a alguno de los excipientes.
- Colestasis.
- Embarazo y lactancia.
- Tratamiento con warfarina u otros anticoagulantes orales.
- Síndrome de malabsorción crónica.

✓ **Efectos adversos:** los efectos adversos más frecuentes son de tipo gastrointestinal: flatulencia, gases, heces oleosas, urgencia fecal. Con menor frecuencia dolor abdominal, incontinencia fecal, heces líquidas y aumento de la defecación. Estos efectos adversos son más frecuentes en las primeras semanas de tratamiento y disminuyen si se consume una dieta baja en grasa.

✓ **Advertencias:**

- Puede disminuir la absorción de vitaminas liposolubles. Si el paciente está tomando algún complejo vitamínico sería recomendable distanciarlo de la toma de orlistat.
 - Pacientes diabéticos: podría ser necesario reajustar la dosis del medicamento antidiabético.
 - La pérdida de peso normalmente irá acompañada de una disminución de la tensión y de los niveles de colesterol, por lo que sería necesario ajustar las dosis de la medicación.
 - Los pacientes tratados con anticoagulantes orales, incluida la warfarina, pueden ver alterados los valores de INR.
 - Se puede reducir indirectamente la disponibilidad de los anticonceptivos orales y dar lugar a embarazos inesperados en algunos casos individuales. Por lo que debe aconsejarse la utilización de métodos anticonceptivos adicionales si se produce diarrea grave.
 - En pacientes con enfermedad renal es aconsejable consultar al médico antes de iniciar el tratamiento.
 - Los pacientes en tratamiento con levotiroxina pueden necesitar un ajuste de la dosis debido a una reducción de la absorción de la misma.
 - Los pacientes en tratamiento con anti-epilépticos deben consultar a un médico antes de iniciar el tratamiento, ya que deben ser monitorizados para detectar posibles cambios en la frecuencia y gravedad de las convulsiones.
- ✓ **Interacciones:**
- Ciclosporina y amiodarona.

- Vitaminas liposolubles.
- Anticoagulantes orales.
- Acarbosa.
- Levotiroxina.
- Antiepilépticos (valproato y lamotrigina).

➤ **Sibutramina**

Es una amina terciaria que inhibe selectivamente la recaptación de noradrenalina y serotonina, actúa a nivel del SNC y produce pérdida del apetito y aumento de la sensación de saciedad.

✓ **Eficacia:** después de 12 meses de tratamiento la pérdida media de peso con sibutramina (combinada con una dieta reductora del peso) fue de 3,5 kg.

✓ **Seguridad:** como actúa a nivel del SNC tiene muchos más efectos secundarios y contraindicaciones que orlistat.

✓ **Indicaciones:** adultos obesos con IMC ≥ 30 kg/m²; adultos con IMC ≥ 27 kg/m² que presentan además otros factores de riesgo asociados.

✓ **Posología:** la dosis habitual es de 10 a 15 mg al día en el desayuno.

✓ **Farmacocinética:** se absorbe en el tracto digestivo, concentración máxima a las 1,2 horas. Se metaboliza en el hígado por la isoenzima 3A4 del citocromo P450. El 85 por ciento de la dosis única se elimina en la orina y heces en 15 días.

✓ **Efectos adversos:** los principales efectos adversos son un aumento de la tensión arterial y de la frecuencia cardíaca (no utilizar en pacientes con hipertensión no controlada, insuficiencia cardíaca congestiva, vasculopatía periférica, arritmias o enfermedad cerebrovascular). Más frecuentes: cefalea, sequedad bucal, anorexia, insomnio y constipación. Puede producir midriasis y se debe evitar en pacientes con glaucoma. Posible actividad anti-depresiva (estudios con animales). No utilizar en pacientes con trastorno bipolar. En raras ocasiones se ha descrito ideación suicida, suicidio y depresión.

✓ **Contraindicaciones:** glaucoma de ángulo estrecho, hipertrofia benigna de próstata avanzada con síndrome miccional, enfermedad coronaria, arritmias, accidente cerebrovascular, hipertensión descontrolada.

NOTA NOTA FINAL

Esta guía simplificada es el primer paso de un proyecto de mucho mayor calado en el que se desarrollará una guía que profundi-

zará en cada uno de los aspectos relacionados con la intervención del farmacéutico en el manejo del paciente con sobrepeso u obesidad.

En esta obra se justificará desde el punto de vista jurídico, ético y clínico el papel del farmacéutico en esta materia y se identificarán las herramientas de las que dispone con el objetivo de que le sirva como instrumento útil para contribuir a combatir este problema de salud pública en auge. La obra, que está siendo elaborada por un amplio grupo de farmacéuticos del Grupo de Nutrición de la Sociedad Española de Farmacia Comunitaria (SEFAC), está enfocada a que el profesional farmacéutico disponga de una herramienta lo más clara, útil y sencilla posible para asegurar el éxito en cualquier intervención nutricional. **FC**

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Moreno Esteban B, Monereo Megías S, Álvarez Hernández J. Obesidad: la epidemia del siglo XXI. 2ª ed. Madrid: Díaz de Santos; 2000 (p. 20-70).
2. Aranceta Bartrina J, Serra Majem L, Pérez Rodrigo C, Foz Sala M, Moreno Esteban B, y Grupo Colaborativo SEEDO. Prevalencia de obesidad en España. Med Clin (Barc) 2005; 125: 460-466.
3. Ministerio de Sanidad y Consumo. Consenso sobre Atención Farmacéutica. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2001.
4. Foro de Atención Farmacéutica. Documento de Consenso. Madrid: Foro de Atención Farmacéutica; 2008.
5. Calero Yáñez, F. Atención sanitaria integral de la obesidad. Alcalá la Real: Formación Alcalá; 2005 (p. 93-281).
6. Russolillo G, Astiasaran I, Martínez A. Intervención dietética en la obesidad. Pamplona: EUNSA; 2003 (p. 11-69).
7. Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO). Consenso SEEDO 2000 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica. Med Clin (Barc) 2000; 115: 587-597.
8. Salas-Salvado J, Rubio MA, Barbany M, Moreno B. Grupo Colaborativo de la SEEDO. Consenso SEEDO 2007 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica. Med Clin (Barc) 2007; 128: 184-96.
9. Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada. Programa Dáder de Implantación del Seguimiento del Tratamiento Farmacológico. [Acceso 13/11/2009]. Disponible en: http://www.atencion-farmaceutica.com/atencion_farmaceutica2.htm
10. Salas-Salvado J, Boada A, Trallero R, Engracia Salón M. Nutrición y dietética clínica. Barcelona: Masson; 2008 (p. 161-169).
11. Ríos Cañavate JL, Sendra Pons R. Máster de dietética y dietoterapia. Mód. VIII. Valencia: Universidad de Valencia; 2006 (p. 35-80).
12. Martí A, Martínez A, Torija E, Ruiz I, Gómez J. Abordaje del sobrepeso desde la farmacia comunitaria. Madrid: SEFAC; 2009 (p. 93-108).