



## Editorial

Artículo español

## ¿Por que no valoramos la obesidad?

### Why don't we evaluate obesity?

Josefa M<sup>a</sup> Panisello Royo<sup>1</sup>, Pedro J. Tárraga López<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna. Fufosa, Fundación para el Fomento de la Salud. España.

<sup>2</sup>Prof. Departamento de Ciencias Médicas. Universidad Castilla la Mancha. España.

La obesidad está adquiriendo características epidémicas en las sociedades desarrolladas y en las llamadas economías emergentes (China e India, por ejemplo). El exceso de peso no es solo una cuestión estética, la obesidad es una enfermedad en sí misma y es promotora de numerosas enfermedades. La obesidad central, junto con la resistencia a la insulina, son la base del síndrome cardiometabólico, que afecta a más del 40% de los habitantes de estos países.

Tanto el sobrepeso como la obesidad aumentan el riesgo de sufrir enfermedades importantes como son la diabetes, la hipertensión arterial, gota, cálculos biliares, enfermedad coronaria y cerebrovascular, insuficiencia venosa y algunos tipos de cáncer, asociándose todo ello a una importante reducción de la esperanza de vida lo que llevaría a una muerte prematura.

Es especialmente importante el impacto de la obesidad sobre la calidad de vida y sobre el sistema osteoarticular. La sobrecarga que conlleva el exceso de peso, daña huesos y articulaciones provocando artropatías, deformidades y dolor. El dolor impide la actividad física y origina un círculo vicioso que sólo hace que empeorar la obesidad, lo que lleva a una limitación importante de la actividad diaria incluso laboral que supone un importante coste socioeconómico por los tratamientos (médicos con prótesis articulares incluidas) y los días incluso años de pérdidas en jornadas laborales.

Las consecuencias de la obesidad a medio y a largo plazo son pues devastadoras y capaces de causar por sí mismas la insostenibilidad del sistema sanitario, asfixiando cualquier posibilidad de crecimiento económico. Dar respuestas y soluciones basadas en la mejor evidencia científica posible y con capacidad para alcanzar al mayor número posible de población se torna urgente y prioritario<sup>1</sup>.

Y pese a todo porque no tratamos la obesidad?

Diariamente tanto en las consultas de Atención Primaria como las de Salud Laboral asisten multitud de personas que tienen sobrepeso u obesidad y en el mejor de los casos pasan desapercibidas por los sanitarios, no se aborda el propio diagnóstico de obesidad como enfermedad inflamatoria que es, ni se les recomienda la pérdida de peso ni se les ofrece la ayuda para iniciar este proceso. A qué es debida esta actitud que todos nosotros repetimos diariamente? Muchos son los factores que intervendrían en esta actitud evitativa de enfrentar /abordar al paciente afecto de sobrepeso u obesidad, destacando entre ellos:

Factores relacionados con el propio sistema de salud:

1. Limitación del tiempo en nuestras consultas, frecuentemente sobrecargadas y en las que no es infrecuente que se acumulen retrasos, favorecidos por la ausencia de coberturas de las bajas laborales de los profesionales, que deben ser cubiertas por lo propios compañeros
2. Ausencia de programas bien estructurados basados en las recomendaciones de manejo del paciente obeso y, al tiempo, adaptadas a la realidad local tanto por lo que atañe a las características socioantropológicoculturales de la población a la que se atiende como de los perfiles de los profesionales que prestan sus servicios.
3. En nuestro sistema sanitaria no tenemos problemas relacionados con el pago de esta actividad (incentivos económicos o profesionales) que sí pesarían en otros sistemas de salud como en el americano.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [pitarraga@sescam.jccm.es](mailto:pitarraga@sescam.jccm.es) (Pedro J. Tárraga López).

Recibido el 14 de diciembre de 2016; aceptado el 19 de diciembre de 2016.



Los artículos publicados en esta revista se distribuyen con la licencia:  
Articles published in this journal are licensed with a:  
Creative Commons Attribution 4.0.  
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>  
La revista no cobra tasas por el envío de trabajos,  
ni tampoco cuotas por la publicación de sus artículos.

Factores relacionados con los profesionales:

1. Percepción por parte del profesional de la inutilidad de la intervención o/y de la carencia de interés del propio paciente en el proceso de pérdida de peso.
2. Carencia de formación específica en los tres pilares que debemos manejar en programas perfectamente estructurados, el nutricional, el de prescripción del ejercicio físico y el de cambio en hábitos bajo un abordaje motivacional,
3. Estar aquejado de sobrepeso u obesidad lo cual puede ser un elemento de freno a la hora de iniciar una intervención

Factores relacionados con el paciente

1. Percepción del sobrepeso y de la obesidad como un problema estético y no de salud.
2. Expectativas discordantes con los resultados que pueda obtener.
3. Percepción del centro de salud como lugar no adecuado para gestionar este problema específico.
4. Percepción de falta de tiempo o/y de preparación de los profesionales de la asistencia primaria frente a este problema.

Por otra parte la ausencia de fármacos efectivos pone en evidencia la dificultad del manejo terapéutico.

Sabemos que los pacientes que reciben consejo sobre la necesidad de perder peso y cómo llevarla a cabo tiene dos veces y media más de probabilidades de alcanzarlo que aquellos que no lo reciben. Así pues deberíamos contemplar la consulta como un espacio que nos presta la oportunidad de abordar con el paciente las consecuencias clínicas que le acarrea el exceso de peso, ayudándole a plantearse unos retos, realistas, en orden a disminuirlo. Diversos estudios nos muestran que el paciente prefiere y se vuelve más permeable cuando se aborda el impacto que esta reducción pueda tener sobre sus comorbidades o sobre la prevención de presentar otras en el futuro. En este contexto dar unas recomendaciones claras y específicas puede significar un buen punto de partida para seguir avanzando e iniciar una intervención estructurada que alcance el éxito.<sup>1</sup>

Ahora bien las recomendaciones más frecuentemente dadas por los médicos de asistencia primaria fueron aumentar la actividad física, reducir el consumo de comida rápida, reducir el tamaño de las porciones, y reducir el consumo de bebidas azucaradas. La recomendación de registrar regularmente y monitorizar el peso, la de autoregistrar la ingesta mediante recordatorios así como la de disminuir el tiempo de permanencia ante el televisor u otras pantallas raramente se dan cuando han mostrado una clara eficacia en el proceso de pérdida de peso. De hecho, los facultativos reconocen que frecuentemente basan sus recomendaciones en sus propias experiencias antes que en conocimientos contrastados y basados en la medicina basada en la evidencia. El estudio de Phelan<sup>2</sup> evidenció que la mayoría de los médicos de familia consideraban la pérdida de un 10% del peso corporal como un fracaso cuando la evidencia muestra que pérdidas de entre un 5 y un 10% de peso mantenidas suponen una gran mejoría en los parámetros cardiometabólicos y de salud. Los autores de este estudio proponían la necesidad de formar tanto a los pacientes como a los médicos sobre los beneficios de modestas pérdidas de peso y las estrategias para alcanzarlas.

La modificación de los hábitos higiénico dietéticos va a ser un pilar fundamental incluyendo la modificación de la pauta alimentaria del paciente por un modelo más saludable. Nosotros, que vivimos a orillas del mediterráneo, no podemos olvidar plantearnos el papel que la dieta mediterránea (DM) tradicional pueda tener en la salud en general y en el mantenimiento de un peso adecuado en particular. Es más, ¿tendría o no la DM tradicional, propiedades para alcanzar una pérdida de peso?. En el meta-análisis de Expósito<sup>3</sup> et al de ensayos aleatorizados, la asignación a una dieta mediterránea en comparación con dietas control mostró un efecto pequeño, pero significativo, en la reducción del peso corporal (diferencia de medias: -1,75 kg, IC 95%:-2,86 a -0,64 kg). Este efecto se duplicó cuando la restricción de energía se aplicó a la dieta mediterránea. En el mismo sentido en el estudio SUN<sup>4</sup>, sobre la adherencia a la dieta mediterránea y cambio de peso a largo plazo, se observó que el grupo con mayor adhesión a la dieta mediterránea mostró un menor riesgo de aumento de peso.

En el artículo<sup>5</sup> que se publica en este volumen se refleja la opción más frecuente de las consultas “no hacer nada con la obesidad” con lo cual el paciente sigue ganado peso y por tanto con más probabilidades de ir deteriorando su salud o con un sencillo método de telemedicina desde su Smartphone o Tablet seguir unos consejos y unas prácticas de forma periódica que como se aprecia reducen el peso y por tanto su salud global.

No podemos seguir ignorando esta epidemia del siglo XXI y queremos instar desde aquí a los sanitarios en primer lugar y a los sujetos que padecen esta enfermedad iniciar una lucha para cambiar el estilo de vida en primer lugar, modificando dietas y actividad física, para conseguir el objetivo final que es la reducción del peso.

## Referencias

1. Rao G, Burke LE, Spring BJ, et al, on behalf of the American Heart Association Obesity Committee of the Council on Nutrition, Physical Activity and Metabolism, Council on Clinical Cardiology, Council on Cardiovascular Nursing, Council on the Kidney in Cardiovascular Disease, and Stroke Council. New and emerging weight management strategies for busy ambulatory settings: a scientific statement from the American Heart Association endorsed by the Society of Behavioral Medicine. *Circulation*. 2011;124(10):1182–1203
2. Phelan S, Nallari M, Darroch FE, and Wing R. What Do Physicians Recommend To Their Overweight and Obese Patients? *J Am Board Fam Med* 2009;22:115–122.

3. Exposito K, Kastorini CM, Panagiotakos DB, Giugliano D. Mediterranean diet and weight loss: metaanalysis of randomized controlled trials. *Metab Syndr Relat Disord* 2011;9:1-12.
4. Sánchez-Villegas A, Delgado-Rodríguez M, Martínez-González MA, De Irala Estévez J. Gender, age, socio-demographic and lifestyle factors associated with major dietary patterns in the Spanish Project SUN (Seguimiento Universidad de Navarra). *Eur J Clin Nutr* 2003; 57: 285-92.
5. Maria Loreto Tarraga Marcos, Maria Josefa Panisello Royo, Nuria Rosich Domenech, , Josep Alins Presas, Eudald Castell Panisello, Ibrahim M. Sadek, Pedro J. Tárraga López. Mediterranean diet better adherence by digital intervention (MEDADIS study) on overweight and obese patients. *JONNPR* 2017;2(3):94-100. DOI: 10.19230/jonnpr.1249