

OBESIDAD MORBIDA, UNA ENFERMEDAD GRAVE, ANTE LA QUE INEXPLICABLEMENTE NO SE ENCIENDEN LAS ALARMAS. UNA PROPUESTA DE INTERVENCIÓN INTEDISCIPLINAR PREVENTIVA DESDE LA ATENCIÓN PRIMARIA.

FERRAN TAMARIT i CORELLA (Médico General del CAP Salt de Girona)

OBJETIVOS: La obesidad es una epidemia descontrolada. Del 1993 a 2006 la prevalencia de obesidad mórbida en España aumentó de 1,8 casos a 6,1 por cada 1000 habitantes, un 200%. Los objetivos son describir las características de la población afectada y proponer un plan de intervención preventivo desde primaria

METODOLOGÍA: Estudio descriptivo transversal. Se calculó la prevalencia de Obesidad Mórbida (Índice de Masa Corporal >40) de un contingente de Medicina General, por sexos y edades. Se describió las comorbilidades asociadas de los pacientes: Apnea del sueño. Patología tiroidea. Asma o EPOC. Lumbalgia crónica. Neoplasia. Diabetes. Hipertensión Arterial. Tabaquismo. Cardiopatía Isquémica. Ansiedad o Depresión. Dislipemia. Esteatosis hepática. Asimismo se estudiaron los niveles de proteínas totales, hiperuricemia y serotonina en sangre.

Propuesta de intervención des de la consulta: Abordaje individual. Talleres de educación grupal de 5 pacientes. Coordinación con fisioterapeuta, endocrinólogo y psicólogo.

RESULTADOS: Contingente de Medicina General estudiado 1505 pacientes.

Se detectan 20 pacientes (n=20) diagnosticados de Obesidad Mórbida, 15 mujeres y 5 hombres (25%). El 70% de menos de 60 años y solo una más de 68 años.

Comorbilidades: Apnea Sueño 25%. Patología tiroidea 25%. Asma o EPOC 25%. Lumbalgia 70%. Neoplasia 10%. Diabetes 40%. Hipertensión Arterial 85%. Tabaquismo 15%. Cardiopatía Isquémica 15%. Depresión o ansiedad 50%. Dislipemia 35%. Esteatosis hepática 25%. Proteínas totales inferior a normalidad 10% y serotonina 33%. Hiperuricemia 40%.

Planificación consulta específica individual en todo el ambulatorio con seguimiento bimensual. Derivación Psicólogo para valorar soporte emocional. Educación grupal de cinco: tres sesiones, una sobre alimentación, autoestima y sedentarismo. Derivación fisioterapeuta para realizar rehabilitación. Derivación endocrinología para valorar cirugía.

CONCLUSIONES: Prevalencia 12 casos por mil (dobla las estadísticas). El 75% mujeres. Solo dos pacientes más de 63 años (10%) y 6 menos de 50, el 35%. Como el tabaquismo la obesidad mórbida es no solamente invalidante sino mortal. Gran comorbilidad asociada sobretodo hipertensión. Comparable a un ictus, un infarto de miocardio o cáncer, pero porqué no se actúa ante un IMC de 40 como ante una glicemia de 400 o una hipertensión de 200/120. Minimizar riesgos, conseguir pequeñas victorias y evitar la frustración.



TABLA 1. Beneficios de la pérdida de 10 kg

Presión arterial
Disminución de 10 mmHg de la PAS
Disminución de 20 mmHg de la PAD
Diabetes
Reducción > 50% del riesgo de desarrollar diabetes mellitus tipo 2
Disminución de un 30-50% de la glucemia plasmática en ayunas
Disminución de un 15% en las concentraciones de HbA _{1c}
Lípidos
Disminución de un 10% del colesterol total
Disminución de un 15% en las concentraciones de cLDL
Disminución de un 30% en las concentraciones de triglicéridos
Síndrome apnea obstructiva del sueño
Disminución > 50% de los episodios de apneas
Mortalidad
Reducción de un 20-30% en la mortalidad por cualquier causa

PAS: presión arterial sistólica; PAD: presión arterial diastólica; HbA_{1c}: hemoglobina glucosilada; cLDL: colesterol ligado a lipoproteínas de baja densidad.

