

Revista de Endocrinología y Nutrición

Volumen 12
Volume

Suplemento 3
Suplemento

Octubre-Diciembre 2004
October-December

Artículo:

¿En qué consiste el tratamiento
multidisciplinario de la obesidad?

Derechos reservados, Copyright © 2004:
Sociedad Mexicana de Nutrición y Endocrinología, AC

**Otras secciones de
este sitio:**

- 👉 [Índice de este número](#)
- 👉 [Más revistas](#)
- 👉 [Búsqueda](#)

***Others sections in
this web site:***

- 👉 [Contents of this number](#)
- 👉 [More journals](#)
- 👉 [Search](#)



www.Medigraphic.com



Tratamiento de la obesidad

¿En qué consiste el tratamiento multidisciplinario de la obesidad?

Eduardo García García

INTRODUCCIÓN

En los últimos años ha venido quedando claro que la obesidad es un padecimiento de gran complejidad. Como pocos problemas biológicos está determinada en su expresión por factores ambientales. Éstos a su vez son producto de dos situaciones: la estructura psicológica del individuo y los factores sociales que lo envuelven. La investigación de la obesidad desde distintas disciplinas ha permitido construir un complejo entramado de situaciones biológicas, psicológicas y sociales que permiten explicar el creciente problema de la obesidad. Privilegiar o ignorar alguno de los elementos que dan lugar a la obesidad resulta inadecuado para la comprensión y tratamiento de este padecimiento.

ANTECEDENTES: EL TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD

Son dos las propuestas terapéuticas que se plantean al paciente obeso:

1. Cambios en el estilo de vida que lleven a un aumento de la actividad física y a una disminución significativa y sostenida del consumo de alimentos.
2. Uso de fármacos para el tratamiento de la obesidad y sus comorbilidades tales como diabetes, dislipidemias, hipertensión, etc.

Ambas propuestas tienen una eficacia limitada. Los cambios en el estilo de vida resultan difíciles para el paciente por un sinnúmero de razones entre las que destacan:

- La falta de comprensión que el paciente tiene de la naturaleza del padecimiento.
- Ausencia de conciencia de enfermedad.
- Expectativas de poder encontrar una solución que evite la necesidad de cambios en el estilo de vida.
- Frustración ante la falta de resultados claros y rápidos luego de iniciar un programa de ejercicio o de dieta.

- Una gran variedad de situaciones económicas y sociales, que hacen difícil realizar los cambios propuestos.

En lo que toca a los fármacos, su eficacia limitada y elevados costos, constituyen las razones principales para que el paciente abandone su uso.

Por todo lo anterior, en la actualidad sólo una minoría de obesos que intentan controlar su padecimiento logran hacerlo de manera satisfactoria.

¿QUÉ SON LOS GRUPOS DE ESTUDIO Y TRATAMIENTO MULTIDISCIPLINARIOS?

El estudio y tratamiento de los problemas de salud desde una perspectiva multidisciplinaria que involucra a distintos profesionales, es un fenómeno espontáneo. La complejidad y heterogeneidad de padecimientos como la obesidad hace necesaria la intervención de distintos profesionales en los procesos de estudio y tratamiento de la enfermedad. Médicos, nutriólogos y psicólogos son los integrantes que se encuentran presentes de manera más consistente en los grupos especializados en el estudio y tratamiento de la obesidad. Otros especialistas suelen integrarse a estos grupos para complementar las labores de investigación y tratamiento de los pacientes, pero en general éstos participan en la evaluación de preguntas y problemas específicos.

Son tres los objetivos generales de estos grupos:

1. La investigación que conduce a la caracterización de los pacientes, la creación de modelos que pretenden explicar la enfermedad y la generación de propuestas para su tratamiento.
2. El tratamiento de pacientes obesos a través de consultas especializadas y de programas específicos.
3. La sistematización de la información para el diagnóstico y tratamiento de la obesidad con el fin de desarrollar propuestas de prevención, diagnóstico y tratamiento de la obesidad, que puedan ser aplicadas en los distintos niveles de atención a los pacientes obesos.

En la práctica clínica los grupos multidisciplinarios tienen las siguientes ventajas en el estudio y tratamiento de la obesidad.

1. Pueden establecer diagnósticos más completos y precisos. A partir de ellos el tratamiento resulta mejor dirigido.
2. Pueden contender con la complejidad de los problemas psicosociales del paciente obeso, mismos que con frecuencia rebasan el modelo médico tradicional.
3. Mejoran las probabilidades de que el paciente comprenda la naturaleza compleja y dinámica de su padecimiento a través de un proceso educativo.
4. Facilitan el trabajo de cada uno de los profesionales involucrados en el tratamiento de la obesidad.

¿CÓMO FUNCIONAN LOS EQUIPOS MULTIDISCIPLINARIOS?

La formación de un grupo multidisciplinario es un proceso complejo. Se conforma por uno o más profesionales de cada una de las disciplinas involucradas. La mayoría de los grupos cuentan con:

- Médico internista, endocrinólogo o bariatra
- Nutriólogo
- Psicólogo
- Equipo de cirugía bariátrica (en el caso de contar con esta opción terapéutica)
- Preparadores físicos
- El posible contacto con otros especialistas en caso de ser necesario

La comunicación entre estos profesionales tiene que ser fácil y frecuente. La revisión de casos clínicos y análisis de la literatura forman parte del intercambio de conocimientos que lleva a un proceso educativo que acaba por enriquecer el saber de los distintos participantes del grupo. Cuando no se da esta comunicación y discusión, en realidad no puede considerarse que el grupo esté funcionando como tal. En estas condiciones la probabilidad de que el paciente sea visto en forma fragmentada e insuficiente es muy alta. También es claro que el crecimiento profesional de los distintos miembros del grupo no alcanza todo su potencial.

La atención brindada al paciente puede darse bajo dos formas generales:

- La atención individualizada.
- La atención con base en un programa que se aplica a todo paciente candidato de ser beneficiado por el mismo.
- La atención individualizada. Ésta debe tener al menos los siguientes componentes:

1. Evaluación inicial del paciente y elaboración de un diagnóstico médico, nutricional y psicológico-psiquiátrico
2. Propuestas de objetivos individualizados
3. Formación de redes de apoyo en el ámbito familiar y laboral
4. Prescripción de un programa de alimentación, un programa de ejercicio, fármacos para el tratamiento de la obesidad, fármacos para el tratamiento de comorbilidades, psicoterapias de distintos tipos, etc.
5. Establecimiento de un programa de seguimiento

- La atención con base en un programa. Requiere de que éste tenga un proceso de evaluación periódica con el fin de establecer su eficacia y de precisar cuáles son las características que debe tener el paciente para tener las mejores probabilidades de éxito. Sus componentes mínimos son:

1. Definición precisa de las características generales que el candidato a tratamiento debe poseer
2. Evaluación inicial de los candidatos al programa para la elaboración de un diagnóstico médico, nutricional y psicológico. Sólo después de esta evaluación puede considerarse si el paciente es o no un buen candidato para seguir el programa propuesto. Existen programas flexibles que ingresan a los pacientes a distintos tratamientos, así logran ampliar su cobertura de distintos tipos de obesos
3. El programa debe tener objetivos claros. Éstos tienen que ser comunicados con claridad a los pacientes.
4. De acuerdo con sus características los programas involucran en mayor o menor grado a la familia del paciente.
5. Se prescribe un programa de alimentación, programa de ejercicio, fármacos para el tratamiento de la obesidad, fármacos para el tratamiento de comorbilidades, etc.
6. Se establece un programa de seguimiento.

LA NECESIDAD DE UN DIAGNÓSTICO PRECISO

El diagnóstico del paciente obeso es particularmente difícil. A la fecha, el problema biológico del obeso es el mejor caracterizado. A pesar de ello, debe subrayarse que el proceso de diagnóstico, en la inmensa mayoría de los casos, se limita a evaluar las comorbilidades de la obesidad. Alteraciones tales como la intolerancia a los carbohidratos, la diabetes mellitus, las dislipidemias, la hipertensión, la hiperuricemia, el hipogonadismo, etc., constituyen los problemas metabólicos más frecuentemente encontrados. El correcto diagnóstico de estas alteraciones y de otros problemas frecuentes en el paciente obeso, tiene sin dudas, beneficios potenciales para el paciente. El diagnóstico y tratamiento de los mismos, en algunos casos puede motivar al paciente para que tenga una mejor adherencia al tratamiento de la obesidad.

Por otra parte los diagnósticos de trastornos de la conducta alimentaria y del estado emocional del paciente obeso pueden resultar primordiales para establecer estrategias de tratamiento. Los efectos psicopatológicos de la obesidad han sido ampliamente descritos: Una mayor prevalencia de depresión, disminución de la autoestima y alteraciones de la imagen corporal han sido informados. Estas tres situaciones conducen a una pobre adherencia a los tratamientos por distintos mecanismos. En particular las alteraciones de la imagen corporal parecen ser parte de la fisiopatogenia de los trastornos de la conducta alimentaria observada en los obesos. En 1959 A. Stunkard describió el trastorno alimentario por atracón (Binge Eating Disorder -BED-). Éste se caracteriza por la ingesta de cantidades "grandes" de alimentos en períodos cortos de tiempo y durante la ingestión de los mismos los pacientes experimentan la sensación de pérdida de control. Los pacientes no tienen conducta compensatoria (vómito, uso de laxantes, ejercicio intenso, etc.). Esta alteración se ha encontrado en distintos grupos de obesos con una prevalencia que va del 7.6% hasta un 30%. Un poco más tarde se describió el llamado síndrome del comer nocturno (night-eating syndrome) que se caracteriza por anorexia matutina, hiperfagia por la noche y en algunos casos insomnio. Afecta en mayor o menor grado de 10 a 64% de los obesos.

En cuanto a la prevalencia de ansiedad y depresión, ésta parece ser mayor que en la población no obesa. La disfunción sexual y de pareja se ha informado como más frecuente que en la población no obesa. La subjetividad de los elementos en los que se fundamenta el diagnóstico de las alteraciones descritas ha dificultado su investigación. De cualquier manera parece claro que sin poder precisar si las alteraciones de la conducta alimentaria y otros problemas psicológicos y psiquiátricos del obeso son causa o consecuencia de la obesidad, éstos finalmente resultan determinantes para el mantenimiento y progresión de la obesidad.

RESULTADOS ALCANZADOS POR LA APROXIMACIÓN MULTIDISCIPLINARIA EN EL ESTUDIO Y TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD

Es difícil precisar cuáles han sido los logros alcanzados por la aproximación multidisciplinaria en el estudio y tratamiento de la obesidad. Sin embargo, la mayoría de los estudios concluyen que al comparar la respuesta alcanzada por una intervención limitada a la prescripción de dieta y recomendaciones de realizar ejercicio vs la evaluación, prescripción y vigilancia periódica por parte de un grupo multidisciplinario, los resultados son significativamente superiores en el segundo caso. Más aún los resultados son mejores en relación con la magnitud de la

intervención. No existen resultados confiables de lo que ocurre al suspender la intervención.

Por otra parte, las preguntas puntuales que han sido formuladas por distintos grupos multidisciplinarios han sido muy diversas. Algunas de ellas se describen a continuación:

1. La presencia de depresión, el tabaquismo, la vida sedentaria y la presencia de hipertensión arterial no tratada son factores que pronostican una elevada frecuencia de abandono al tratamiento.
2. En niños, el principal factor pronóstico es la asistencia a las visitas programadas. Las variables tales como porcentaje de grasa, antropometría, patrón de obesidad de la familia, duración de la obesidad y el estado puberal no correlacionaron con el resultado de la intervención. Se concluye que la comprensión del problema por parte de la familia, el apoyo de ésta al niño y la asistencia a visitas frecuentes en cortos intervalos de tiempo son necesarios para un buen resultado. En un estudio de obesos con IMC ≥ 35 con afectación de la función ventilatoria sometidos a un programa multidisciplinario con duración de un año, se logró una pérdida de más de 15 kg en 48.6% de los pacientes. La función ventilatoria y la patología del sueño mejoró de manera significativa.

EL SABER DERIVADO DE LOS MODELOS MULTIDISCIPLINARIOS Y EL QUEHACER DEL MÉDICO PRIMARIO

Como en otros padecimientos complejos con alta prevalencia, la obesidad es tratada en distintos niveles de atención. Por la prevalencia del problema, se ha concluido por distintos expertos que la inmensa mayoría de los pacientes tienen que ser tratados por el médico de primer contacto. Esto implica que un saber complejo como el generado a través de los grupos multidisciplinarios debe ser sistematizado para que pueda transmitirse al médico de primer contacto. Por otra parte el médico de primer contacto debe conocer esta información y a partir de ella tiene que comenzar a generar su propia experiencia.

La actualización frecuente de la información en los temas relacionados con la obesidad es una necesidad y obligación para todos los médicos.

Se recomienda que el médico primario conozca y disponga de una variedad de planes de alimentación para el obeso. También es indispensable que disponga de programas para realizar ejercicio y para modificar progresivamente patrones de conducta frente a los alimentos y a las distintas actividades físicas con el fin de promover cambios hacia los patrones más convenientes para mejorar la salud.

Un conocimiento preciso de los mecanismos de acción de los fármacos para el tratamiento de la obesidad es

indispensable. La contraindicación absoluta del uso de compuestos y fármacos que carecen del adecuado proceso de evaluación tiene que ser enfatizado por el médico primario.

Las medidas anteriores requieren de un cambio drástico en los programas de educación para darle un lugar de relevancia a las enfermedades cronicodegenerativas en general y en particular a la obesidad.

CONCLUSIONES

1. La conveniencia del estudio y tratamiento multidisciplinario de la obesidad parece incuestionable y a la fecha es considerada la aproximación terapéutica que conduce a los mejores resultados.
2. Por sus costos elevados, el estudio y tratamiento multidisciplinario está al alcance de una minoría de pacientes obesos.
3. La información y el conocimiento generado por los grupos multidisciplinarios que estudian y tratan el problema de la obesidad con un interés académico deben ser sistematizados con el fin de difundirlo entre los médicos de primer contacto con el fin de que las habilidades terapéuticas de estos últimos mejoren.

LECTURAS RECOMENDADAS

- Clark MM, Niaura R, King TK, Perea V. Depression, smoking, activity level and health status: pretreatment predictors of attrition in obesity treatment. *Addict Behav* 1996; 21(4): 509-513.
- Hill JO, Wyatt H. Outpatient management of obesity: a primary care perspective. *Obes Res* 2002; 10: 124S-130S.
- Luque R, Berdejo R, Elbusto A, Arrasola X, Rojo I, Salegi I, Del Campo L, De la Torre P. The evaluation of the efficacy of a multidisciplinary treatment in a group of obese patients with a BMI ≥ 35 and a change in lung function. *Arch Bronconeumol* 2000; 36: 77-83.
- Neumark-Sztainer D. The weight dilemma: A range of philosophical perspectives. *Int J Obes* 1999; 31S-37S.
- Ogden J, Evans C. The problem with weighing: effects on mood, self-esteem and body image. *Int J Obes* 1996; 27: 272-277.
- Pi-Sunyer FX. The obesity epidemic: Pathophysiology and consequences of obesity. *Obes Res* 2002; 97S-107S.
- Roberts AE, Kaplan GA, Shema SJ, Strawbridge WJ. Are the obese at greater risk for depression? *Am J Epidemiol* 2000; 152(2): 163-170.
- Stunkard A, Berkowitz R, Wadden T, Tanrikut C, Reiss E, Young L. Binge eating disorder and the night-eating syndrome. *Int J Obes Relat Metab Disord* 1996; 20(1): 1-6.
- Trischitta V. Relationship between obesity-related metabolic abnormalities and sexual function. *J Endocrinol Invest* 2003; 26(Suppl 3): 62-64.
- Valverde MA, Patin RV, Oliveira FL, López FA, Vitolo MR. Outcomes of obese children and adolescents enrolled in a multidisciplinary health program. *Int J Obes Relat Metab Disord* 1998; 22(6): 513-519.
- Vansant G, Hulens M, van der Borght W, Demuyttenaere K, Lysens R, Muls E. A multidisciplinary approach to the treatment of obesity. *Int J Obes Relat Metab Disord* 1999; 23(Suppl 1): 65-68.
- Wadden TA, Berkowitz RI, Sarwer DB, Prus-Wisniewski, Steinberg C. Benefits of lifestyle modification in the pharmacologic treatment of obesity. *Arch Intern Med* 2001; 161: 218-227.
- Willet WC, Dietz WH, Colditz GA. Guidelines for healthy weight. *N Engl J Med* 1999; 341: 427-434.