

Abordatge de l'obesitat en atenció primària

P. Orozco López* i M.R. García Cerdán**

* Medicina Familiar i Comunitària i ** ATS. ABS Castelldefels.

Introducció

L'obesitat és, sens dubte, una de les patologies que cada vegada és més observada en atenció primària i la prevalença de la qual augmenta de manera important en totes les societats occidentals. En el nostre país els estudis epidemiològics realitzats al respecte són escassos, tot i que es calcula que la seva prevalença oscil·la entre el 20-30 % o, fins i tot, el 50 % segons les zones^{1,2}.

No hem d'oblidar que l'obesitat es troba associada a nombroses patologies com la hipertensió arterial, la diabetis, malalties cardíco-vasculars, dislipèmia, insuficiència respiratòria, artropatia degenerativa, etc., agreujant l'evolució de les unes i sent causes més o menys directa de les altres. Totes aquestes malalties són motiu de consulta habitual en l'atenció primària.

Els tractaments utilitzats són múltiples, tot i que es podrien resumir en quatre: dieta, modificació del comportament, fàrmacs anorexígens i cirurgia. Els que han donat millors resultats són els dos primers, utilitzats de manera combinada i que foren els que decidírem de posar en marxa en el nostre centre.

En els següents apartats s'explicarà quina és la sistemàtica d'actuació davant un pacient obès que acudeix a una consulta de medicina general (un metge i un ATS) d'un centre d'assistència primària de la Seguretat Social.

Criteris d'obesitat i sobrepès

Criteri acadèmic. Augment del percentatge de greix per damunt del 25 % del pes total en l'home i del 30 % en la dona.

Criteri pràctic. Quan el pes és superior a l'ideal màxim:

$$\text{pes ideal màxim (kg)} = \text{talla (cm)} - 100$$

en persones de constitució forta o d'edat aquest valor es pot augmentar fins a un 10 %. En persones joves és aconsellable que sigui inferior.

Etiologia de l'obesitat

1. Alimentària o per engreixament
2. Disminució de l'activitat física
3. Endocrina: hipercorticisme, hipotiroidisme, insulino-ma, trastorns ovàrics (ovariectomia, síndrome de Stein-Leventhal).
4. Hipotalàmica: tumors, traumatismes, processos inflamatoris.

5. Genètica: síndrome de Lawrence-Moon-Bardet-Biedl, etc.

6. Induïda per fàrmacs: ciproheptadina, fenotiazines, hidròclides, etc.

Les més freqüents són les dues primeres, que acostumen a presentar-se combinades.

La patogènia és desconeguda, però sembla que l'augment d'ingesta produiria un augment de l'adipòcit, que a la vegada produeix un augment de resistència a la insulina, donant una hiperinsulinèmia reactiva la qual estimularia els centres de sacietat hipotalàmics, donant sensació de gana i, amb això, augmentant la ingesta.

També hi ha els factors psicològics, com ara l'ansietat, el nerviosisme, la frustració, etc., tot i que no hi ha un patró psicològic comú a tots els obesos.

Criteris d'abordatge del pacient obès

1. Detecció visual de l'obès en la consulta. Se li comunica que està obès i que hauria d'aprimar-se.

2. Interrogar per dietes aprimants anteriors i els resultats obtinguts.

3. Explicar els riscos de l'obesitat, fent èmfasi en aquells particulars per a cada malalt (artrosi, diabetis, dislipèmies, HTA, trastorns cardíco-vasculars, respiratoris, etc.). Si el pacient presenta patologia associada a la seva obesitat, s'insistirà en l'obligatorietat d'iniciar una dieta.

4. Si el pacient accepta realitzar la dieta, s'inclourà en el protocol d'obesitat. Si no l'accepta d'entrada, en posteriors consultes es tornarà a insistir, i es deixarà anotat el problema en la història.

Primera visita

Pot ser feta el mateix dia que es realitza el criteri d'abordatge. La farà el metge o l'ATS i la sistemàtica serà la següent:

1. Pes i talla actual, tensió arterial.
2. Història clínica breu: edat, sexe, patologia associada, possibles causes d'obesitat, obesitat infantil i familiar, activitat laboral i física.
3. Sol·licitar anàlítica bàsica: hemograma, glucosa, triglicèrids, colesterol, àcid úric, proves hepàtiques i proves renals.
4. Indicar al pacient que ha de portar un llistat escrit de tots els aliments que ingereix durant set dies consecutius i que correspongui al que menja normalment (pesat en cru sempre que sigui possible o bé donant la composició del plat).
5. Informar al pacient de quin és el seu sobrepès i el pes a disminuir, arribant a establir quin és el pes fita. El temps calculat per a aquesta visita és d'uns 15-20 minuts.

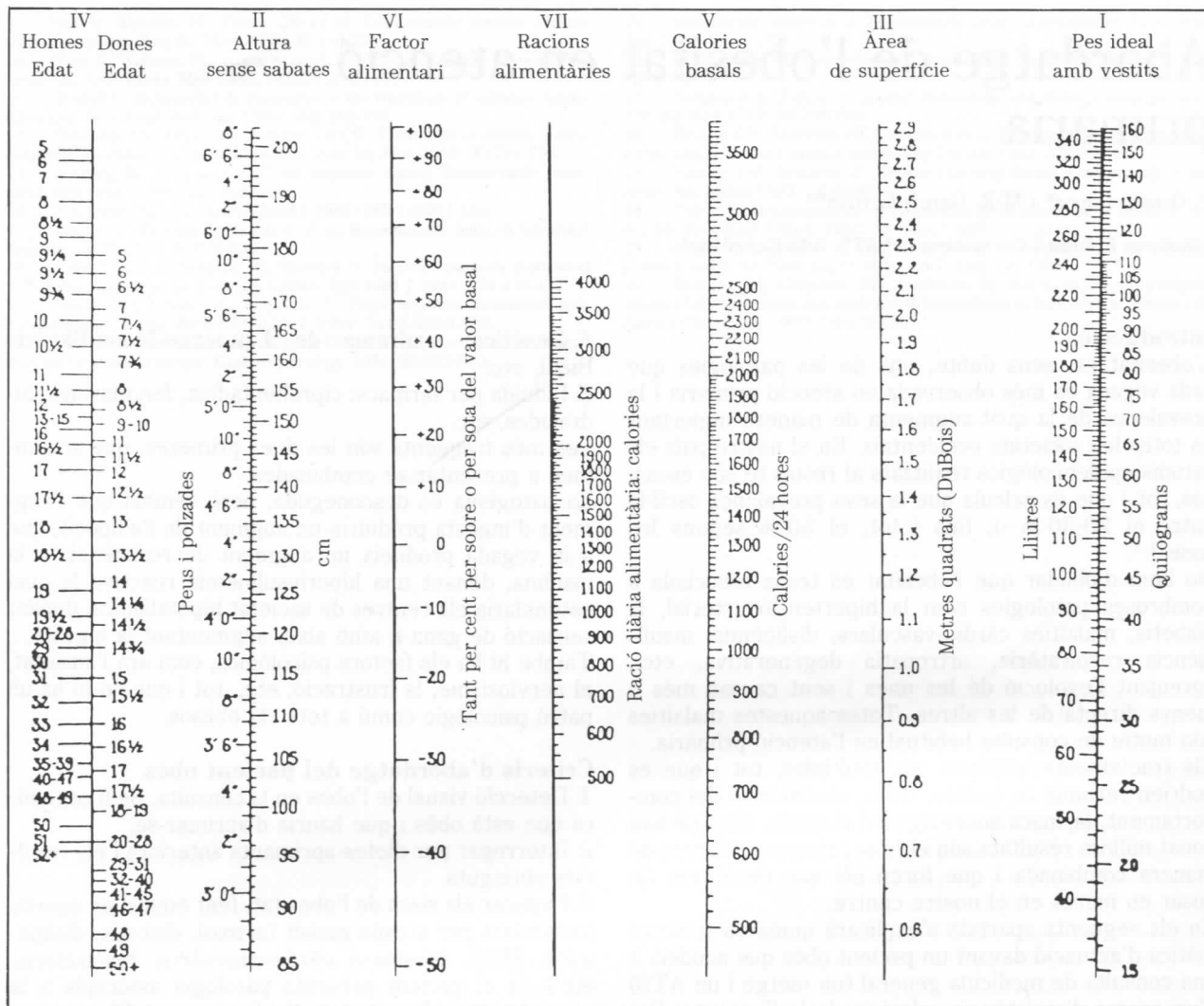


Fig. 1. Nomograma d'aliments.

Instruccions per estimar el requeriment calòric. Per determinar la ració desitjada de calories, procedir de la següent forma: 1. Localitzar el pes ideal a la columna I i marcar-lo amb una agulla. 2. Col·locar l'extrem d'un regle de 25 o 30 cm en l'agulla. 3. Moure l'altre extrem del regle cap a l'altura del pacient, columna II. 4. Traslladar l'agulla al punt en què el regle talla la columna III. 5. Situar el regle contra l'agulla a la columna III. 6. Moure l'extrem esquerre del regle cap a l'edat (darrer aniversari) i el sexe del pacient, a la columna IV (aquestes posicions corresponen als estàndards de metabolisme de la Clínica Mayo segons l'edat i el sexe). 7. Traslladar l'agulla al punt en què el regle talla la columna V. Amb això s'obté el requeriment calòric basal (calories basals) del pacient durant 24 hores, i representa les calories que necessita el pacient que dejuna mentre roman al llit. 8. Per obtenir les calories extra necessàries per a l'activitat i el treball, s'augmenten les calories basals en un determinat percentatge. A les calories basals per als adults afegir: 50 a 80 % per als treballadors manuals, 30 a 40 % per al treball lleuger, o 10 a 20 % per a l'activitat restringida, com ara romandre a l'habitació o al llit. A les calories basals per als infants, afegir: 50 o 100 % per als nens de 5 a 15 anys. Aquest càlcul es pot realitzar amb un càlcul aritmètic simple o utilitzant les columnes VI i VII. Per a aquest darrer mètode, localitzar a la columna VI el "percentatge per sobre o per sota del valor basal" desitjat. Amb l'ajut del regle, unir aquest punt amb l'agulla de la columna V. Traslladar l'agulla al punt en què el regle talla la columna VII. Així s'obtenen les calories requerides del pacient (presa de W.M. Boothby i J. Berkson, octubre 1933).

Segona visita

Es realitzarà quan es tingui el resultat de l'anàlisi i el llistat d'aliments. És preferible que sigui una visita concertada prèviament i sigui realitzada per l'ATS. Les dades a controlar (pes, i les possibles alteracions detectades) seran anotades en el full multiús d'acumulació de dades.

El temps emprat en aquesta visita és de 30 minuts.

1. Pes (valorar si hi ha disminució de pes). Utilitzar els fulls d'acumulació de dades del model oficial de l'ICS.
2. Completar la història clínica.

3. Valorar els resultats de l'anàlisi. La dieta estàndard haurà de ser modificada si hi ha anèmia, insuficiència hepàtica o renal, hipercolesterolèmia, hipertensió arterial, diabetis.

Si considerem que hi ha criteris clínics d'hipotiroidisme se sol·licitaran proves tiroides, tot i que mai no s'efectuarà de manera sistemàtica ja que la majoria d'obesos són eutiroides.

4. Anàlisi del llistat d'aliments: a) recompte de les calories que ingereix diàriament utilitzant unes taules com més completes millor³. Tenir en compte si ha hagut

ANNEX

ABS Castelldefels

Indicació:	Obesitat Dieta hipocalòrica 1.100 calories (hidrats carboni 125 g, proteïnes 78 g, greixos 33 g)
Esmorzar:	1 unitat taula I 2 unitats taula II 1 unitat taula III
Dinar:	2 unitats taula IV 1 unitat taula II 1 unitat taula V 1 unitat taula III
Sopar:	igual que el dinar, però treiem mitja unitat de la taula II. Si es vol berenar utilitzar una unitat de la taula III o IV.
Abans d'anar a dormir es pot prendre una unitat de la taula I ja que facilita la son.	

Normes a tenir en compte:

1. Els pesos dels aliments són de la part comestible, en cru, excepte els que van indicats específicament a la taula.
2. Additius: qualsevol excepte sucre (llimona, canyella, sal, julivert, farigola, all, etc.).
3. Begudes: qualsevol excepte les que continguin sucre o alcohol, ja que contenen calories. Es pot beure cervesa sense alcohol, refrescos *light*, cafè, te, infusions.
4. Oli per cuinar tot el dia: 2 unitats de la taula VI.
5. No refiar-se mai de la paraula aliments de règim o *light*. Llegeixi sempre la composició de les etiquetes, mirant quin és el contingut en greixos (m.g.). Els hidrats de carboni i les proteïnes contenen 4 calories per gram i els greixos 9 calories per gram.
6. És important que realitzi tots els àpats, l'esmorzar inclòs. No mengi entre hores.
7. Si ha de cuinar per a tota la família, acostumi's a fer plats que serveixin per a tots, variant únicament les quantitats, ja que li serà més fàcil fer la dieta. Pesi sempre els aliments i utilitzi mesures domèstiques (tassa, cullerades, etc.).

TAULA I

Unitats de llet (80 cal)

- 1 tassa (240 dl) llet desnatada o iogurt desnatat
- 1/2 tassa (120 dl) llet sencera o iogurt normal

TAULA II

Unitats de fècula (68 cal)

- 1 llesca (25 g) pa blanc normal o integral
- 4 llesques (20 g) pa torrat
- 1 (35 g) galeta normal de 5 cm de diàmetre
- 3/4 tassa (20 g) cereals llestos per menjar, no endolcits
- 1/2 tassa (100 g) arròs bullit
- 1/2 tassa (100 g) pasta bullida (fideus, macarrons, etc.)
- 8 tires (40 g) patates fregides, 5-9 cm llarg
- 1/2 tassa (100 g) puré de patata (sense greix)
- 1 (100 g) patata rostida o bullida
- 1/2 tassa (100 g) mongetes, pèsols, lletnies, faves cuites

TAULA III

Unitats de fruita (40 cal)

- 1 petita (80 g) poma
- 1 petita (100 g) taronja, préssec, pera, mandarina, pruna
- 10-12 grans cireres, raim
- 3/4 tassa (110 g) maduixes
- 1/2 tassa (120 dl) suc taronja, 1/4 tassa resta de suc
- 200 g meló, síndria
- 2 cullerades (15 g) panses, 1 figa, 2 dàtils

TAULA IV

Unitats de verdura (25 cal)

- Pes lliure: escarola, enciam, bolets, col-i-flor, col de cabdell, api, endívies, carbassons, pebrot, cogombre, raves
- 1/2 tassa (100 g): espàrrecs, bleda-rave, espinacs, bledes, cebes, mongeta tendra, tomàquet, col, albergínia, pastanaga, cols de Brussel·les

TAULA V

Unitats de carn (200 cal)

- 100 g carn sense greix de bou, xai, porc, vedella, pollastre
- 100 g peix de qualsevol mena
- 75 g carn mitjanament greixosa (fetge, ronyó, espatlla, tall rodó, pernil bullit)
- 50 g carn greixosa (picada, hamburguesa, pit, falda, llom, coll, pernil salat)
- 75 g embotits, frankfurt
- 50 g formatge manxego semisec o similar, 75 g formatge fresc
- 2 ous mitjans

TAULA VI

Unitats de greix (45 cal)

- 1 cullerada petita (5 dl) d'oli de qualsevol tipus
- 50 g olives
- 8-10 (10 g) ametlles, nous, 15 g pipes, cacauets

disminució de pes en relació amb la visita anterior;
b) càlcul de la ració alimentària diària en funció de la talla, edat, sexe, pes ideal i activitat física (utilitzar el nomograma de Boothby i Sandiford 1959) (fig. 1)⁴, i
c) càlcul de la dieta hipocalòrica: hem de donar una dieta que sigui com a mínim 500 calories inferior a la ració alimentària calculada en el punt anterior. A l'annex s'observa un dels models de dieta que utilitzem.
5. Comentaris al pacient: **a)** correcció dels mals hàbits alimentaris; **b)** explicar la dieta donant-li instruccions sobre la preparació dels aliments i begudes, així com l'ús de les taules d'equivalència. Instruir en la lectura d'etiquetes dels anomenats productes de "règim"; **c)** fer-li comprendre que ha d'aprendre a cuinar d'una altra manera i que és millor que faci el mateix menjar

per a tota la família, variant solament les quantitats, i
d) responsabilitzar-lo que l'èxit de la dieta depèn únicament i exclusiva d'ell i que al començament passarà gana. No és aconsellable la utilització de preparats anorexígens, ja que s'ha demostrat que el seu resultat és només temporal i que la fita del tractament no és solament la disminució de pes, sinó els canvis del comportament (alimentaris, exercici).
6. Variacions de la dieta: es realitzaran les variacions dietètiques corresponents en els casos d'hipertensió arterial (dieta hiposòdica), anèmia (tractament substitutiu), diabetis (control dels sucres), hipercolesterolèmia (reduir el consum de rovells d'ou, greixos saturats, alcohol i tabac). En les insuficiències hepàtica i renal remetre'l a un servei hospitalari de dietètica.

Controls posteriors

Seran realitzats per l'ATS, amb una periodicitat quinzenal, en visites concertades. El temps emprat és d'uns 15-20 minuts.

1. Valorar la pèrdua de pes. És aconsellable que sigui al voltant de 3 kg o més.

2. Repassar la dieta, remarcant aquells punts en els quals sospitem transgressions (el llistat d'aliments del pacient és útil, ja que ens ha subministrat informació sobre els seus hàbits). Esbrinar si consumeix productes de règim i valorar si ho són realment.

3. Valorar els problemes addicionals que comporta la realització de la dieta (encariment del pressupost familiar, manca de temps, àpats fora de la llar, sensació de gana, etc.), donant consells sobre com solucionar-ho.

4. En els pacients que ja han realitzat diversos controls i que la seva evolució és satisfactòria se'ls pot instar que realitzin modificacions pel seu compte en la dieta, valorant d'aquesta manera si hi ha hagut canvis en el seu comportament.

5. En els pacients que ja han realitzat diversos controls i en els que detectem un cansament en la realització de la dieta (per exemple obesitats molt importants en les quals la dieta ha de durar diversos mesos), es pot realitzar una interrupció temporal d'aquesta, amb la condició de no augmentar de pes.

Últim control

Quan s'hagi arribat al pes fita, el pacient serà donat d'alta i es tornarà a controlar als tres mesos, per valorar si hi ha hagut un augment significatiu de pes.

BIBLIOGRAFIA GENERAL

1. Mirada A, Clapés J, Martí C et al. Obesidad (monografía). Jano 1988; 843: 53-106.
2. CCDS (Centro Nacional de Demostración Sanitaria). Servicio de Luchas y Campañas. Talavera de la Reina. Noviembre 1979.
3. Clínica Mayo. Lista de Unidades de Alimentos. A: Manual de Dietética de la Clínica Mayo. Barcelona. Ed. Medici 1986: 36-44.
4. Boothby WM, Berkson J. Nomograma de Alimentos. A: Manual de Dietética de la Clínica Mayo. Barcelona, Ed. Medici 1986: 282.