

PREGUNTA 56

¿Cuál es la eficacia de las intervenciones para perder peso?

Francisco Javier Ortega Ríos

Médico de familia. Centro de Salud Campos-Lampreana. Villarrín de Campos (Zamora)

La obesidad se debe considerar un estado de enfermedad crónica. En la actualidad solo una minoría de médicos presta estos cuidados¹. Hoy día, el 67 % de la población de EE. UU. presenta sobrepeso u obesidad, y en la mayoría de los países de Europa los rangos de prevalencia se sitúan en un 40-50 %². Los profesionales de Atención Primaria desempeñan un papel crítico en iniciar y seguir el tratamiento de la obesidad^{3,4}. Las guías de práctica clínica recomiendan una reducción de peso para mantener un peso deseable (índice de masa corporal de 19-25 kg/m²)⁵. En pacientes obesos y con sobrepeso, se aconseja una pérdida del 5-7 % del peso que sea gradual (0,5-1 kg por semana)⁶.

INTERVENCIONES PARA PERDER PESO

Cambios en el estilo de vida

La modificación del estilo de vida, que engloba dieta, actividad física y terapia conductual, puede usarse para facilitar la pérdida de peso en conjunción con varios enfoques dietéticos distintos. Estos incluyen dietas bajas en hidratos de carbono, bajas en grasas, de bajo índice glucémico y dieta mediterránea⁷ (RS de ECA 1+).

Se requieren programas intensivos sobre el estilo de vida con seguimiento frecuente. No hay evidencia clara sobre un patrón de ingesta ideal o la distribución óptima de macronutrientes. Varios patrones alimentarios han mostrado ser efectivos en el manejo de la diabetes mellitus, incluyendo el estilo mediterráneo⁸ (RS de ECA 1+).

Las intervenciones dietéticas (dietas bajas o muy bajas en calorías), el fomento de la actividad física y las terapias conductuales logran una modesta reducción de peso. Los programas de conducta combinados de control de peso junto con dieta y actividad física son más eficaces⁹ (RS de ECA 1+).

Las dietas con bajo contenido en grasa frente a otras con reducciones moderadas de grasa o reducciones de la cantidad de hidratos de carbono producen una mayor disminución de peso¹⁰ (RS de ECA 1+).

Dietas hipocalóricas con hidratos de carbono entre el 55 y el 60 % de las calorías y alto contenido en fibra (> 20 g/día) facilitan la pérdida moderada de peso y mejoran la glucemia y los lípidos¹¹ (RS de ECA 1+).

Hay publicadas más de 1000 dietas para perder peso, con gran presencia en la prensa y en los medios de comunicación sin una base regular. La mejor dieta para mantenimiento a largo plazo de un peso corporal saludable es aquella que el paciente sigue e incorpora en su vida diaria¹² (opinión de experto 4).

El ejercicio es efectivo para perder peso, particularmente cuando se combina con dieta¹³ (RS de ECA 1+).

Los reemplazos de comida y las dietas altas en proteínas se asocian con mejoría en el mantenimiento de la pérdida de peso después de un período de dieta muy baja o baja en calorías¹⁴ (RS de ECA 1+).

Tratamiento farmacológico

Actualmente, los fármacos disponibles en EE. UU. para el tratamiento de la obesidad son: fentermina, orlistat, lorcaserina y fentermina/topiramato de liberación sostenida. Promueven de manera modestamente efectiva la pérdida de peso^{15,16} (RS de ECA 1+). Ninguno está aprobado en España.

Las medicaciones aprobadas para el tratamiento a largo plazo de la obesidad, cuando se usan junto con intervención sobre el estilo de vida, conducen a una mayor pérdida de peso de promedio¹⁷ (RS de ECA 1+).

Tratamiento quirúrgico

Las técnicas quirúrgicas más efectivas para el tratamiento de la obesidad son: banda gástrica laparoscópica ajustable, manga gástrica laparoscópica y *bypass* gástrico en Y de Roux¹⁵ (RS de ECA 1+).

La cirugía bariátrica lleva a una gran pérdida de peso y elevadas tasas de remisión de la diabetes mellitus tipo 2 y síndrome metabólico. Sin embargo, los resultados están limitados a dos años de seguimiento y se basan en un pequeño número de estudios e individuos¹⁸ (RS de ECA 1+).

Ha surgido un creciente interés por la gastrectomía en manga laparoscópica¹⁹ (RS de ECA 1+).

La cirugía consigue gran mejoría en perder peso y en las comorbilidades asociadas, independientemente del tipo de procedimiento. Sus efectos a largo plazo siguen sin estar claros²⁰ (RS de ECA 1+).

El *bypass* gástrico tiene mejores resultados que los procedimientos de banda gástrica para la pérdida de peso a largo plazo, control y remisión de la diabetes mellitus tipo 2, hipertensión e hiperlipidemia. Mirando los resultados a largo plazo, existe una evidencia insuficiente sobre las resecciones gástricas en manga²¹ (RS de ECA 1+).

BIBLIOGRAFÍA

1. Kushner RF. Weight loss strategies for treatment of obesity. *Prog Cardiovasc Dis* 2014;856:465-72.
2. World Health Organization. WHO global database on body mass index. Disponible en: URL: <http://apps.who.int/bmi/index.jsp>.
3. Bray G, Look M, Ryan D. Treatment of the obese patient in primary care: targeting and meeting goals and expectations. *Postgrad Med* 2013;125(5):67-77.
4. Kushner RF, Ryan DH. Assessment and lifestyle management of patients with obesity: clinical recommendations from systematic reviews. *JAMA* 2014;312(9):943-52.
5. NICE. Clinical guideline. Management of type 2 diabetes: management of blood glucose. London: National Institute for Clinical Excellence; 2002.
6. IDF Clinical Guidelines Task Force. Guía global para la diabetes tipo 2. Bruxelles: International Diabetes Federation; 2006.
7. Vetter ML, Amaro A, Volger S. Nutritional management of type 2 diabetes mellitus and obesity and pharmacologic therapies to facilitate weight loss. *Postgrad Med* 2014;126(1):139-52.
8. American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes 2015: summary of revisions. *Diabetes Care* 2015;38(Suppl 1):S4.
9. Johns DJ, Hartmann-Boyce J, Jebb SA, Aveyard P; Behavioural Weight Management Review Group.

Otras intervenciones

Se han utilizado numerosos medios alternativos para el tratamiento de la obesidad, que incluyen: acupuntura, medicina herbal china (extractos de té verde y alimentos con efedra), bioactivos naturales (probióticos, prebióticos y péptidos bioactivos), intervenciones asistidas por ordenador, etc., que no han demostrado una evidencia científica suficiente para ser recomendados de manera general (opinión de expertos 4).

RECOMENDACIONES

Basadas en las últimas directrices de la **American Diabetes Association** (ADA)⁸, la **Canadian Task Force on Preventive Health Care** (CTFPHC)²², el **National Institute for Health and Care Excellence** (NICE)²³, la **United States Preventive Services Task Force** (USPSTF)²⁴, la **Scottish Intercollegiate Guidelines Network** (SIGN)²⁵ y el **American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines/The Obesity Society** (AHA/ACC/TOS)¹⁵.

Grados de recomendación

Véase la tabla 1.

- Diet or exercise interventions vs combined behavioral weight management programs: a systematic review and meta-analysis of direct comparisons. *J Acad Nutr Diet* 2014;114(10):1557-68.
10. Nield L, Moore H, Hooper L, Cruickshank J, Vyas A, Whittaker V, et al. Dietary advice for treatment of type 2 diabetes mellitus in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2007;(3):CD004097.
11. Anderson JW, Randles KM, Kendall CWC, Jenkins DJA. Carbohydrate and fiber recommendations for individuals with diabetes: a quantitative assessment and meta-analysis of the evidence. *J Am Coll Nutr* 2004;23(1):5-17.
12. Matarese LE, Pories WJ. Adult weight loss diets: metabolic effects and outcomes. *Nutr Clin Pract* 2014; 29(6):759-67.
13. Shaw KA, Gennat HC, O'Rourke P, Del Mar C. Exercise for overweight or obesity. *Cochrane Database Syst Rev* 2006;(4):CD003817.
14. Johansson K, Neovius M, Hemmingsson E. Effects of anti-obesity drugs, diet, and exercise on weight-loss maintenance after a very-low-calorie diet or low-calorie diet: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Am J Clin Nutr* 2014;99:14-23.
15. Jensen MD, Ryan DH, Apovian CM, Ard JD, Comuzzie AG, Donato KA, et al.; American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines; Obesity Society. 2013 AHA/ACC/TOS guideline for the management

Tabla 1

Grados de recomendación

Cambios en el estilo de vida	
A	Se recomienda promover la pérdida de peso en los adultos con sobrepeso u obesos con DM2 o en riesgo de DM, reduciendo el consumo de energía y manteniendo una alimentación saludable
A	Para lograr una modesta pérdida de peso, se aconsejan intervenciones intensivas sobre el estilo de vida (actividad física, cambios en la dieta y componentes conductuales) con apoyo continuo
A	Se debe prescribir una dieta como parte integral de la intervención sobre el estilo de vida, utilizando: <ul style="list-style-type: none"> • Dieta de 1200-1500 kcal/día para la mujer o 1500-1800 kcal/día para hombres • Déficit de energía de 500 a 750 kcal/día • Dieta basada en la evidencia que restringe ciertos tipos de alimentos (comidas altas en hidratos de carbono, bajas en fibra o elevadas en grasas) para producir un déficit energético por reducción de la ingesta de comida
A	Se ha de prescribir una dieta restringida en calorías basada en las preferencias del paciente y en el estado de salud. Es preferible remitirlo a un dietista profesional para recibir consejo
A	Se ha de sugerir al paciente participar en un exhaustivo programa de estilo de vida con duración mayor de seis meses, a través de la utilización de estrategias sobre el comportamiento
A	Se puede utilizar una dieta muy baja en calorías (< 800 kcal/día) solo en circunstancias limitadas y bajo supervisión médica
A	Se debe asesorar a las personas que han perdido peso para participar a largo plazo (≥ 1 año) en un programa integral de mantenimiento, con un intervencionista capacitado
A	Para los adultos que son obesos (IMC: 30-39,9 kg/m ²) y tienen un riesgo alto de DM2, se recomienda que los profesionales ofrezcan intervenciones conductuales estructuradas (programas intensivos de modificación de conducta que implican varias sesiones a lo largo de semanas o meses)
A	Las estrategias de cambio de comportamiento con intervenciones con varios componentes (incremento de la actividad física, descenso de la inactividad, mejora de la comida y calidad de la dieta reduciendo la ingesta calórica) son de elección. El tratamiento farmacológico debe considerarse solo después de iniciar y evaluar la dieta, el ejercicio y los enfoques conductuales
A	En ausencia de contraindicaciones, debe alentarse a todos los adultos con DM2 a llevar a cabo ejercicio de resistencia al menos 2 veces por semana
B	Todos los individuos, incluidos aquellos con DM2, deben ser alentados a reducir el sedentarismo
Tratamiento farmacológico	
D	No existe evidencia suficiente para recomendar tratamiento farmacológico para la obesidad en España, ya que no existen preparados autorizados con dicha indicación
Tratamiento quirúrgico	
B	La cirugía bariátrica debe considerarse para adultos con un IMC > 35 kg/m ² y DM2, especialmente si la DM o las comorbilidades asociadas son de difícil control con estilo de vida y fármacos
B	Los pacientes con DM2 que han sufrido cirugía bariátrica necesitan soporte en el estilo de vida a lo largo de su vida y monitorización médica
D	Aunque pequeños estudios han mostrado beneficios glucémicos de la cirugía bariátrica en pacientes con DM2 e IMC entre 30 y 35 kg/m ² , actualmente hay insuficiente evidencia para generalizar la recomendación de cirugía en pacientes con IMC < 35 kg/m ²
Otras intervenciones	
D	No existe evidencia científica suficiente para recomendar de manera general tratamientos basados en acupuntura o fitoterapia para el manejo de la obesidad
DM: diabetes mellitus; DM2: diabetes mellitus tipo 2; IMC: índice de masa corporal.	

of overweight and obesity in adults: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines and The Obesity Society. *Circulation* 2014;129(25 Suppl 2):S102-38.

16. Apovian CM, Aronne LJ, Bessesen DH, McDonnell ME, Murad MH, Pagotto U, et al.; Endocrine Society. Pharmacological management of obesity: an endocrine Society clinical practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab* 2015;100(2):342-62.
17. Yanovski SZ, Yanovski JA. Long-term drug treatment for obesity: a systematic and clinical review. *JAMA* 2014;311(1):74-86.
18. Gloy VL, Briel M, Bhatt DL, Kashyap SR, Schauer PR, Mingrone G, et al. Bariatric surgery versus non-surgical treatment for obesity: a systematic review

and meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ* 2013;347:f5934.

19. Lo Menzo E, Szomstein S, Rosenthal RJ. Changing trends in bariatric surgery. *Scand J Surg* 2015;104(1):18-23.
20. Colquitt JL, Pickett K, Loveman E, Frampton GK. Surgery for weight loss in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2014;8:CD003641.
21. Puzifferri N, Roshek TB 3rd, Mayo HG, Gallagher R, Belle SH, Livinstong EH. Long-term follow-up after bariatric surgery: a systematic review. *JAMA* 2014;312(9):934-42.
22. Brauer P, Connor Gorber S, Shaw E, Singh H, Bell N, Shane AR, et al.; Canadian Task Force on Preventive Health Care. Recommendations for prevention of weight gain and use of behavioural and pharmacologic interventions to manage overweight and obesity in adults in primary care. *CMAJ* 2015;187(3):184-95.
23. National Institute for Health and Clinical Excellence. Obesity: the prevention, identification, assessment and management of overweight and obesity in adults and children. NICE clinical guideline 43. London: National Institute for Health and Clinical Excellence; 2006. Disponible en: URL: <http://www.nice.org.uk/CG43>.
24. LeFevre ML. Behavioral counseling to promote a healthful diet and physical activity for cardiovascular disease prevention in adults with cardiovascular risk factors: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med* 2014;161:587-93.
25. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Management of obesity: a national clinical guideline. Edinburgh: Scottish Intercollegiate Guidelines Network; 2010. Disponible en: URL: www.sign.ac.uk/pdf/sign115.pdf.