



ESQUEMAS PRACTICOS MENSUALES DE MANEJO DE OBESIDAD

Manejo Farmacológico Moderno de la Obesidad Esencial

Dr. Pedro Kaufmann

Nota: Este comentario es una comunicación confidencial, de índole estrictamente personal entre Editorial Clínica y el suscriptor y no puede ser reproducido ni diseminado por cualquier medio, sin autorización escrita expresa de Editorial Clínica. El mismo representa la opinión personal del autor sobre el tema referido y debe ser complementado con el estudio de los textos habituales y la experiencia clínica. No representa guía oficial de manejo de pacientes sino exclusivamente información sobre conceptos generales basados en la experiencia del autor, por lo cual no se aceptará ningún reclamo legal por la utilización de esta información en la práctica clínica. © Copyright

El objetivo del curso es encarar la práctica clínica con menos ilusiones y mas realidades. La intención no es formular verdades absolutas sino darnos herramientas para elegir. No hay soluciones fáciles para problemas difíciles...

El Dr. Pedro Kaufmann es Ex - Profesor Agregado de Nutrición y Digestivo de la Facultad de Medicina del Uruguay, Ex Presidente de la Sociedad Uruguaya para el Estudio de la Obesidad, y actualmente es Vicepresidente para Comunicaciones y Servicios de la Asociación Internacional para el Estudio de la Obesidad.

1- Porqué limitar el tema a la obesidad "esencial"? Si bien nada es totalmente "esencial" y la obesidad también tiene su etiología (genética y ambiental) nos referimos a que excluirémos el análisis de obesidades que integran enfermedades definidas, dentro de las cuales la obesidad es un síntoma más, como las enfermedades dismórfico-genéticas como el Prader Willy por ejemplo, así como aquellas relacionadas a otras afecciones endócrinas como el Cushing, para nombrar una.

2- Porqué dar fármacos en el tratamiento de la obesidad? Porque es muy difícil adelgazar sin fármacos. Y es muy difícil mantenerse sin fármacos. No digo que sea imposible; hay muchos que lo logran; pero para los que no , podemos ayudarles con fármacos. Los pacientes con exceso de peso tienen un duelo personal diario entre la razón y el deseo y el tratamiento puede volcarlo un poco hacia la razón.

3- Cuales son los objetivos de un tratamiento farmacológico?

Depende del caso: desde simplemente no seguir engordando como mínimo en una persona mayor en una punta del espectro, hasta darle la silueta ideal a una mujer joven en la otra punta, pasando por mejorar el síndrome metabólico, la apnea del sueño o los dolores de la artrosis de rodilla.

4- Qué pacientes con obesidad pueden ser tratados farmacológicamente?

La IOTF (International Obesity Task Force) de la IASO (International Association for the Study of Obesity) sugiere que pueden ser tratados con fármacos aquellos pacientes que no responden al tratamiento dietético y de actividad física luego de 3 meses, ya sea en obesos (BMI +30) en cualquier caso, o en pacientes con sobrepeso (BMI+25) cuando tengan comorbilidades (diabetes, dislipemia, hipertensión). El sentido común nos indica que si el paciente ya trató varias veces infructuosamente de adelgazar sin fármacos, no hay que esperar otra vez esos tres meses, porque posiblemente ya estuvo intentándolo antes bastante más tiempo, y se le pueden dar fármacos de entrada.

5- A quien darle Orlistat?

Este producto que bloquea alrededor del 30% de la absorción de las grasas por bloqueo de la lipasa intestinal, puede indicarse a cualquier paciente que no tenga las contraindicaciones clásicas, a saber fundamentalmente diarrea crónica. Es de primera opción en obesos adolescentes, en añosos, cardiopatas e hipertensos, diabéticos y dislipémicos. Si bien la dosis es de 120 mgrs. 3 veces por día, una cápsula con cada comida, se puede comenzar con una dosis de 1 a 2 por día solamente y aumentar luego, testando el efecto secundario más frecuente que es la diarrea.. Es un producto muy seguro pues, como es de acción a nivel del aparato digestivo y no se absorbe, carece prácticamente de acción sistémica. No se ha demostrado que haya que reponer vitaminas liposolubles que pudieran absorberse menos, porque pareciera que la cantidad de grasa que se sigue absorbiendo es suficiente para que entren la cantidad de vitaminas necesarias al organismo. Sus únicos efectos secundario son digestivos.

6- A quien darle Sibutramina?

Este producto, que produce anorexia por inhibición de la recaptación de serotonina y noradrenalina hipotalámica es de primera indicación en adultos de mucho apetito, sin hipertensión ni cardiopatía. Puede usarse en adolescentes con cuidado. Puede asociarse con el Orlistat. Se comienza habitualmente con 10 mgrs. día que se puede aumentar a 15 mgrs. En adolescentes o añosos comenzar con 5 mgrs. Puede dar leve excitación, insomnio, sequedad de boca. Debe controlarse la P. Arterial. No conviene asociarlo a antidepresivos; su asociación con inhibidores de la acción de la serotonina puede dar (en raros casos) un síndrome serotoninérgico. Puede usarse en obesos hipertensos una vez normalizada la hipertensión con fármacos, pero con control cuidadoso y periódico. Contraindicado en arritmias y epilepsia.

7- A quien darle Bupropion? Esta sustancia, un antidepresivo que aumenta la actividad noradrenérgica y dopaminérgica, tiene un leve efecto anorexígeno y disminuye la ansiedad de fumar, por lo que suele indicarse especialmente cuando se trata de un fumador que quiere dejar de fumar y no engordar y eventualmente adelgazar. Se usa a la dosis primero de 1 cápsula de 150 mgrs. día durante 4 días y luego se aumenta a dos dosis diarias separadas por 8 hs. Contraindicado en pacientes con antecedentes de convulsiones.

8- A quien darle Fluoxetina? Este fármaco, un antidepresivo inhibidor de la recaptación de la serotonina hipotalámica está indicado en pacientes con exceso de peso y con perturbaciones del comportamiento alimentario (atracones, comedor nocturno, bulimia). Se comienza a la dosis de 20 mgrs. diarios que se puede subir lentamente a 60 mgrs. Tiene cierto fenómeno del "escape" (desaparición del efecto) a los 6 meses. Frecuentemente da disminución de libido. Es buena opción en obesos deprimidos y en obesos hipertensos. También lo es para tratar a la paciente "comedora premenstrual". También para los que tienen apnea del sueño que mejoran en un buen % de casos.

9- A quien darle Venlafaxina? Esta droga, antidepresivo inhibidor de la recaptación de serotonina y noradrenalina, tiene solo leve efecto anorexígeno pero un buen efecto sobre las alteraciones del comportamiento alimentario, en especial atracones (binge). Se comienza a la dosis de 25 mgrs. día que se puede aumentar a 100 mgrs. A menudo da efectos secundarios digestivos (nauseas)

10- A quien darle topiramato? Este producto antiepiléptico y de uso psiquiátrico en bipolares, tiene cierto efecto adelgazante , pero como tiene bastantes efectos secundarios, se prefiere reservarlo para su utilización en el tratamiento del exceso de peso justamente en bipolares. Puede disminuir el aumento de peso en pacientes tratados con olanzapina.

11- A quien darle metformina? Este hipoglucemiante oral derivado de la biguanida está especialmente indicado en el tratamiento del obeso con síndrome de resistencia a la insulina. La dosis es desde 500 a 2000 mgrs. diarios. Da frecuentemente síntomas secundarios digestivos. Su utilización se analizará en profundidad en otro tema del curso. Puede utilizarse para disminuir el aumento de peso de pacientes tratados con antipsicóticos.

12- A quien darle Clonazepam? Los comedores nocturnos a menudo se benefician de una dosis de 1 a 2 mgrs. de noche, de este derivado de las benzodiazepinas con acción hipnótica. Si el resultado fuera insuficiente, se obtiene a veces aun mejor resultado asociándolo a 20 mgrs. de fluoxetina.

13- Por cuanto tiempo tratar? Si se comienza un tratamiento farmacológico en un paciente obeso, es por largo tiempo. Tratamientos cortos producen rebote en un alto porcentaje al suspenderlos. Por eso se preconiza luego de llegar al peso deseado, un mínimo de un año de tratamiento de mantenimiento que en pacientes hiperobesos o con muchas recaídas puede necesitar ampliarse aún bastante mas.

14- Puede indicarse solamente tratamiento farmacológico sin dieta? No parece lógico; un plan alimentario cualitativo, racional, adaptado a las características del paciente, es imprescindible para tener éxito, así como un plan de actividad física acompañando el tratamiento dietético y farmacológico.

15- Pueden utilizarse preparaciones magistrales? Se puede, pero no se debieran usar en condiciones normales. Hoy en día no hay mayor motivo científico en ello habiendo disponibilidad de medicamentos fabricados por la industria farmacéutica en las mejores condiciones técnicas. Se justificaría si se van a usar, por razones científicamente fundadas, dosis distintas a las de los laboratorios tradicionales, o si el fármaco no estuviera disponible en preparados comerciales comunes.

16- Cada cuanto hay que controlar al paciente? Un obeso tratado con fármacos debe ser controlado cada 1 a 2 semanas en el periodo de adelgazamiento y cada 4 semanas en el periodo de mantenimiento, para evaluar evolución, ajustar tratamiento, descartar efectos secundarios, y darle apoyo emocional.

17- Que hay de las viejas anfetaminas? En la mayoría de los medios científicos se considera que deben ser olvidadas, debido a sus efectos secundarios y adictivos. Junto con la fenilpropanolamina y la dexfenfluramina (retiradas del mercado por efectos tóxicos), ya no pertenecen al tratamiento moderno de la obesidad.

18- Que hay de la cafeína-efedrina? No tengo experiencia personal pero por lectura creo que es poco efectiva y tiene algún efecto secundario.

19- Que hay de las inyecciones de leptina? En la obesidad esencial común no tiene mayor efecto. El obeso es naturalmente un hiperleptinémico y lo que tiene es una resistencia hipotalámica a reaccionar a esta sustancia que le informa que tiene grasa demás y debiera comer menos. Ahora, en los rarísimos casos de niños con ausencia genética de secreción de leptina, tiene muy buen efecto. Quizás en el futuro el axokine, una sustancia que tiene una acción en cierto modo similar a la leptina, podrá ser utilizada en algunos casos.

20- Que hay de los tratamientos "naturales"? En general son inefectivos: Flores de Bach y homeopatía no sirven, las "hierbas", aparte de no saberse qué contienen, han resultado tóxicas en algún caso; los productos tipo carnitina no se han evidenciado efectivos; el picolinato de cromo tampoco. Las cremas para adelgazar solo tienen efecto placebo; la mesoterapia tampoco ha demostrado ser útil..

21- Que hay de los diuréticos? Hacen obviamente perder peso por pérdida de agua que se recupera inmediatamente al suspenderlos, por lo que no tienen indicación en el tratamiento de la obesidad salvo que ésta se acompañe de insuficiencia cardíaca.

22- Cuando pueden usarse derivados tiroideos? En dos situaciones: Una, indiscutida, al inicio del tratamiento, cuando el paciente tenga un hipotiroidismo comprobado por la paraclínica; otra, más discutida, hacia la finalización del mismo, si se produce el conocido descenso de la T3 por el propio adelgazamiento.

23- Son inocuos los edulcorantes artificiales? Salvo que se tenga una fenilcetonuria (enfermedad genética bastante rara) o se consuman a dosis exageradísimas, sí.

24- Que hay de las grasas artificiales? Si bien se puso mucha esperanza en este tipo de productos tipo Olestra, ya sea por su costo ya sea por sus efectos secundarios (diarrea) nunca llegaron a imponerse.

25- Cuales son algunas combinaciones de fármacos lógicas? *En el caso de obesidad y comedor nocturno: sibutramina diurna + clonazepam nocturno. *En el caso de desear mejor resultado: orlistat+ sibutramina. *En hipertenso: orlistat + fluoxetina. En obesidad en bulímica: fluoxetina + orlistat. *En obesa comedora premenstrual: fluoxetina + orlistat. *En obesa con atracones: venlafaxina+orlistat.

26- Que es "éxito" en el tratamiento farmacológico de la obesidad? Depende del objetivo (ver punto 3) pero en general se acepta que éxito es que el paciente descienda alrededor de 10 kilos en el primer año y lo mantenga en los años subsiguientes. Si bien a menudo pretendemos más, y en muchos casos lo conseguimos, en promedio en grandes series, es esto lo que se logra por el momento en la mayoría de las estadísticas. Incluso con el nuevo producto Rimonabant (inhibidor de los receptores endo-cannabinoides) que aún no está en el mercado, los estudios preliminares tampoco muestran cifras mayores que éstas. Quizás en un futuro mediato con modificadores del "set point" como la oleilestrona o el axokine ya mencionado, o los inhibidores de la NPY, se consigan mejores resultados.

27- Alguna vez se usarán fármacos preventivos de la obesidad?

Teniendo en cuenta el aumento de la epidemia quizás en el futuro esto llegue a plantearse en poblaciones de riesgo. Por el momento solamente se puede considerar el uso preventivo del bupropion en persona de normopeso que deja de fumar, para que logre disminuir o evitar el aumento de peso además de ayudarlo a dejar el cigarrillo. También hay que mencionar el eventual uso en un futuro próximo del pramlintide en diabéticos que requieran insulina.

NOTA: Si es Ud. abonado al curso tiene el derecho de enviarnos una pregunta o plantear un caso difícil; envíelo al mail de Editorial Clínica , y el autor le responderá.



Agradecemos el apoyo de:

Diamond Sponsors

ROCHE INTERNATIONAL

