

## **ABORDAJE DEL PACIENTE CON SOBREPESO DESDE LA OFICINA DE FARMACIA**

**Juan Romero Candau**

Vocal de Alimentación

Colegio de Farmacéuticos de Sevilla

Contacto: [farmaromero@telefonica.net](mailto:farmaromero@telefonica.net)

El farmacéutico goza de una situación de privilegio a la hora de abordar la prevención del sobrepeso y la obesidad. Su accesibilidad y cercanía al paciente, le confieren una ventaja nada desdeñable sobre otros agentes sanitarios también implicados en el tratamiento del sobrepeso.

Pero empezando por el principio, quiero pormenorizar en este artículo, lo que debiera ser una actuación correcta del farmacéutico en el manejo del paciente con sobrepeso para poder actuar de forma interdisciplinar con otros profesionales de la Salud en beneficio del paciente y sin incurrir en actitudes que pudieran ser tachadas de intrusismo.

La obesidad es el trastorno metabólico más común de la especie humana y de los más antiguamente descritos. Así lo demuestran, por ejemplo, algunas estatuillas encontradas, procedentes del período Paleolítico donde se apunta una relación entre la obesidad, la feminidad y la fertilidad.

Pero aunque la obesidad y el sobrepeso están relacionados, no son necesariamente interdependientes, ya que por sobrepeso se entiende un incremento del peso respecto de la altura y, puede ser debido al aumento del peso de cualquier tejido, como ocurre en la hipertrofia muscular por exceso de ejercicio o en la acumulación de líquidos. La obesidad en cambio, se define como el incremento de peso, exclusivamente, debido a una excesiva acumulación de grasa en el tejido adiposo.

Existen distintos criterios a la hora de clasificar la obesidad. El primero de ellos lo hace en función de la localización de la grasa en el cuerpo. Así, podemos distinguir dos tipos:

➤ Adiposidad Central, Androide o Abdominal, cuando la grasa se acumula a nivel abdominal. Confiere al individuo el típico “aspecto de manzana”. Afecta fundamentalmente a los hombres. La acumulación de grasa a nivel abdominal está relacionada con una mayor liberación de sustancias aterogénicas al torrente circulatorio, lo que implica un mayor peligro cardiovascular. Deberíamos erradicar de nuestro lenguaje términos como el de “barriga cervecera” cuando se refieren a este tipo de obesidad pues son en definitiva una forma irresponsable de minimizar, por ignorancia muchas veces, los peligrosos efectos de este tipo de obesidad.

➤ Adiposidad periférica o ginóide. La grasa se acumula fundamentalmente a nivel de nalgas y glúteos produciendo visualmente el “aspecto de pera”. Afecta fundamentalmente a mujeres.

En función de la distribución, tamaño y número de adipositos, distinguimos:

➤ Hiperplásica: aumento en el número de adipocitos. Se da fundamentalmente en la infancia y, cuando aparece tiene pocas posibilidades de tratamiento.

➤ Hipertrófica: aumento del tamaño de los adipocitos. Preferentemente en la edad adulta. Tiene mejores posibilidades de tratamiento.

Entre el 1<sup>er</sup> y 6<sup>o</sup> año, el n<sup>o</sup> de adipocitos aumenta poco y, los que hay aumentan en tamaño.

Entre los 5-7 años se produce el llamado "período de rebote adiposo". En este momento, debido a la acción de la hormona de crecimiento, el n<sup>o</sup> de adipocitos aumenta. Este parece ser el punto determinante para la aparición de la obesidad en la edad adulta, de modo que cuanto antes se produzca, más elevado es el riesgo de obesidad en la edad adulta. La aparición de este rebote parece más precoz cuanto mayor es el aporte protéico debido a que las proteínas favorecen la producción de hormona de crecimiento.

Si un niño tiene sobrepeso entre los 6 meses y 7 años, tiene un 40% de posibilidades de ser obeso de adulto. Si mantiene ese sobrepeso entre los 6-13 años de vida, las posibilidades aumentan al 70%. De aquí, la importancia de extremar la información a la población sobre todo en estas primeras edades. Además es importante adquirir los hábitos desde el principio pues cambiarlos con posterioridad se antoja mucho más difícil.

Pero lo complicado realmente de la obesidad es su multifactorialidad. No hay un sólo factor sino muchos y, ni siquiera uno que sea determinante. Así, podríamos hablar de:

- Factores genéticos: importantes pero no definitivos. Si uno de los padres es obeso, las posibilidades de obesidad en el hijo pueden llegar al 50%. Si lo son ambos progenitores, las posibilidades pueden llegar al 80%. Sigue habiendo un margen para que la adopción de hábitos de vida saludables pueda priorizar las posibilidades de no padecer la enfermedad.
- Ambientales: desgraciadamente, se siguen dando los binomios

Delgadez=enfermedad y obesidad=salud

Delgadez=pobreza y obesidad=riqueza

- Sedentarismo.
- Algunas enfermedades como ovario poliquístico, síndrome de Cushing, hipotiroidismo, hipogonadismo, síndrome de Stein-Leventhal, s. de Laurence-Moon-Bield, s. de Carpenter, s. de Summit, s. de Cohen, acromegalia, s. de Prader-Willi o bulimia .
- Medicamentos: glucocorticoides, antidepresivos tricíclicos y anticonceptivos.

Además, hay una serie de factores que en un momento determinado pueden desencadenar un proceso de sobrepeso/obesidad:

- Embarazo: en el embarazo se dan cambios hormonales y psíquicos que a veces se acompañan de aumento de ingesta. Si bien las necesidades energéticas aumentan en este estado entre 250 y 300 cal/día, lo cierto es que muchas veces estas cifras se sobrepasan ampliamente.
- Lactancia: las necesidades en esta etapa aumentan en unas 500 cal/día. Tras el parto aumenta el estado de ansiedad de la madre, lo que unido al reposo preceptivo y a un aumento superior al requerido de la ingesta, se traduce en aumento de peso.
- Menarquia
- Supresión de la actividad física
- Tras una intervención quirúrgica
- Abandono del tabaquismo
- Balance calórico positivo: que en definitiva es la causa principal.

Pero la obesidad no siempre ha tenido las mismas connotaciones que hoy padece. También ha estado sometida a modas y estereotipos. Así, repasando la Historia del Arte comprobamos por ejemplo las célebres “Gracias De Rubens” Eufrosine, Talía y Anglae hijas de Zeus y Eurymone. Siempre aparecen desnudas ya que “la belleza no necesita cubrirse”. Son las representación de la afabilidad, la simpatía y la delicadeza. Son mujeres entradas en carne pero proporcionadas, como correspondía a los cánones estéticos de la época.

Hoy sabemos en cambio que hay una larga serie de enfermedades relacionadas con la obesidad. Así podemos citar algunas como:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Diabetes                      | <input type="checkbox"/> Problemas respiratorios |
| <input type="checkbox"/> Hipertensión                  | <input type="checkbox"/> Dermatológicos          |
| <input type="checkbox"/> Hipercolesterolemia           | <input type="checkbox"/> Endocrinos              |
| <input type="checkbox"/> Problemas gastrointestinales. | <input type="checkbox"/> Cálculos biliares       |
| <input type="checkbox"/> Artritis                      | <input type="checkbox"/> Cáncer...               |

Pero además, los obesos van a ver disminuida su calidad de vida desde un punto de vista social, pues la mayor morbilidad obviamente va a aumentar la mortalidad lo que empiezan a argüir las compañías de seguros, especialmente las americanas, para no hacer seguros de vida y/o encarecerlos a personas con sobrepeso.

El obeso necesita de un mayor esfuerzo para realizar las actividades cotidianas, duerme peor, se cansa más, etc. Y, por supuesto su autoestima y reconocimiento social se ven seriamente perjudicados.

La OMS en un informe de 2002 define a la obesidad como un problema de salud pública mundial, una epidemia global que afecta ya a más de 300 millones de personas en todo el mundo. Las consecuencias del sobrepeso o de la obesidad son actualmente tan frecuentes que están sustituyendo a los problemas de salud pública tradicionales como la malnutrición y las enfermedades infecciosas, al igual que algunos de los factores que contribuyen de forma más significativa a esta enfermedad.

Se sabe que en el mundo existen más de mil millones de adultos con sobrepeso y que al menos 300 millones son obesos. Los resultados de una encuesta americana<sup>1</sup> han indicado que tienen sobrepeso aproximadamente el 64% de los adultos americanos y que son obesos el 30% según la definición de los criterios de índice de masa corporal (IMC) definidos por la OMS.

La obesidad se relaciona con tasas superiores de enfermedad crónica y con costes sanitarios más elevados que el tabaquismo, la bebida o vivir en la pobreza<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> NHANES 1999-2000 ("National Health and Nutrition Survey. Encuesta nacional realizada en EEUU.

<sup>2</sup> (Investigación RAND; Health Affairs, 2002)

Pero, el problema de la obesidad no sólo concierne a los adultos. El número de niños y adolescentes con sobrepeso y obesos se ha duplicado en la últimas 2-3 décadas. Los niños y adolescentes con sobrepeso/obesidad es más probable que tengan sobrepeso/obesidad en la edad adulta.

Las consecuencias de la obesidad incluyen un aumento de la morbilidad de otros trastornos como hipertensión, cardiopatía coronaria, dislipemia y diabetes tipo 2. La prevalencia de diabetes tipo 2 se ha triplicado en los últimos 30 años de forma paralela al aumento de la obesidad<sup>3</sup>. La D2 era una enfermedad que hace unos años era muy rara en niños y hoy empieza a ser enfermedad habitual en estos tramos de edad.

Podríamos abundar más en cifras pero, creo sinceramente que no es necesario. Lo que resulta realmente interesante es el planificar adecuadamente estrategias de prevención dirigidas a la población. Hay que proponer pérdidas moderadas de peso, en torno al 5-10% del peso con el fin de no marcar objetivos imposibles.

Una pérdida moderada de peso puede ser suficiente para:

- ❑ Reducir los sucesos cardiacos, la mortalidad cardiaca y la mortalidad total en pacientes con un IM previo.<sup>4</sup>
- ❑ La reducción de la mortalidad por diabetes (>30%) y la mortalidad total (>20%) en la diabetes tipo 2 . La disminución voluntaria del peso en mujeres de 40-60 años de edad que nunca han fumado disminuye la mortalidad global un 20% y la mortalidad asociada a diabetes un 30-40%<sup>5</sup>.
- ❑ Disminuir el riesgo de desarrollar diabetes tipo 2 en pacientes con sobrepeso (58%). El programa finlandés sobre prevención de diabetes ha puesto de manifiesto que los pacientes con sobrepeso que pierden aproximadamente un 5% de su peso corporal disminuyen un 58% el riesgo de desarrollar una diabetes tipo 2.<sup>6</sup>

---

<sup>3</sup> Mokdad *et al.* JAMA 1999, 282,1519; NIH,Obes Res.1998, 51S (Supp. 2); Kuczmarski *et al.* JAMA 1994, 272, 205

<sup>4</sup> Singh BMJ, 1992 .

<sup>5</sup> (Williamson, *Am J Epidemiol*, 1995).

<sup>6</sup> (Tuomilehto, *NEJM* 2001, *Diabetes Prevention Group*, *NEJM*, 2002).

Se ha demostrado que pérdidas de peso de en torno al 10%, pueden acarrear importante beneficios a distintos niveles:<sup>7</sup>

1. Mortalidad:

- Mortalidad total ↓ 20-25%
- ↓ 30-40% de las muertes relacionadas diabetes
- ↓ 40-50% de las muertes por cánceres relacionados con exceso de peso

2. Presión Arterial:

- Sistólica ↓ ~10 mm Hg
- Diastólica ↓ ~20 mm Hg

3. Diabetes:

- Riesgo de diabetes ↓ >50%
- Glucemia basal del ↓ 30-50%
- HbA1c del ↓ 15%

4. Perfil Lipídico:

- Colesterol total ↓ 10%
- LDL ↓ 15%, HDL ↑ 8%
- Triglicéridos ↓ 30%

Es importante transmitir al paciente esta información para que tanto el médico como el paciente se planteen objetivos realistas y alcanzables y que el paciente pueda valorar no sólo que se encuentra mejor físicamente, sino que tiene un control mucho mejor del colesterol, la tensión arterial, etc.

El farmacéutico va a jugar un papel muy importante a la hora de reconocer quién tiene sobrepeso. En todas las personas que acudan a la oficina de farmacia interesados de algún modo por el tema, habría que valorar lo siguiente:

- Peso

---

<sup>7</sup> (Jung RT. *Br Med Bull* 1997;53:307-21)

- Talla
- Perímetro de cintura. (Máximo: 102/88 cm hombre/mujer)
- Cálculo del IMC en adultos
- En la infancia emplearemos los percentiles infanto-juveniles (0-18 años) de IMC de la fundación Orbegozo: P>85 (sobrepeso) y P>95 (obesidad)
- Presión arterial
- Analítica básica inicial ( diabetes, perfil lipídico, artrosis en articulaciones de carga...)

También debería conocerse:

- Consumo de tabaco
- Consumo de alcohol
- Tipo de actividad física realizada a diario:
  - Sedentario: Camina menos de 30 min/día
  - Moderado: Camina, al menos, 30 min/día
  - Activo: Camina 60 min/día o más, practica gimnasia o algún deporte
- Y otras comorbilidades importantes: como los antecedentes familiares.

Es necesario que le paciente sepa que en el paciente hipertenso se produce una agrupación de factores de riesgo cardiovascular, especialmente dislipemia y diabetes mellitus, en una proporción superior que en los normotensos, lo que sugiere mecanismos fisiopatológicos comunes y, un riesgo cardiovascular mayor. Es lo que se conoce como El síndrome metabólico y, se define como un conjunto de rasgos clínicos que aumentan la resistencia a la insulina. Se deriva de la combinación de obesidad con dos o más factores como:

- Hipertensión
- Hipercolesterolemia
- Hipertrigliceridemia
- Diabetes



También se le conoce con otros muchos nombres como Síndrome X; S.Reaven;S. de insulina resistencia ;Síndrome dismetabólico; Dislipemia aterogénica; El Cuarteto de la muerte.

Los criterios diagnósticos<sup>8</sup> para el SM son los siguientes:

- Glucosa plasmática mayor o igual a 110 mmg/dl
- Obesidad abdominal
  - Varones: cintura mayor a 102 cm.
  - Mujeres: cintura mayor de 88 cm
- Triglicéridos suero mayor o igual 150 mg/dl
- HDL Colesterol
  - Varones menor de 40 mg/dl
  - Mujeres menor de 50 mg/dl
- Presión arterial mayor o igual a 130/85 mmHg

El riesgo de padecer el SM es muy importante, así podemos decir que multiplica por 3,5 el riesgo de muerte por alteración cardiovascular y por 3,6 el riesgo de mortalidad general.

Las medidas de prevención a aplicar desde la oficina de farmacia van a consistir básicamente en:

- Medidas de cintura: 102/88 (H/M)
- Hiperglucemia >110md/dl

Desde la oficina de farmacia se viene haciendo una labor constante con los pacientes susceptibles de padecer el SM. Cabe recordar aquí, el proyecto Farypa (FARmacéuticos Y Perímetro Abdominal) llevado a cabo en 2007. Se trató de un estudio transversal que surge como fruto de la colaboración entre el Consejo General de Farmacéuticos y la Sociedad Española de Hipertensión-Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial (SEH-LELHA).

---

<sup>8</sup> Según Adult Treatment Panel III (ATP III).

El objetivo principal de este estudio es el de conocer la prevalencia de obesidad abdominal entre la población que acude a las farmacias españolas.

En cuanto a sus objetivos secundarios se encuentran:

- Estimación del porcentaje de individuos obesos que no se han medido la tensión arterial y/o se han realizado una analítica sanguínea en el último año.
- Analizar los anteriores parámetros según el sexo, la edad y el área geográfica.
- Conocer la percepción de la población sobre la importancia de la distribución de la grasa en el organismo.

Este estudio se lleva a cabo con la participación voluntaria de las oficinas de farmacia de todo el ámbito nacional. La selección de la muestra de estudio se hace eligiendo la primera y la última persona de al menos 18 años que acuda a la farmacia, como cliente, durante una semana (de lunes a sábado) y que dé su consentimiento verbal para participar en el estudio, lo que da lugar a un total de 12 personas por farmacia, a las cuales se les mide el perímetro abdominal y se les realiza una sencilla encuesta.

De esta manera, y mediante la medida del perímetro abdominal realizada por el farmacéutico, se puede llegar a identificar a aquellas personas con obesidad central y, por lo tanto, con riesgo cardiovascular, además de percibir, a través de la encuesta, la importancia que el paciente le da a la misma. Así, se puede contar con datos consistentes para poder poner en marcha un programa de intervención correspondiente.

Tomando como referencia un programa de tratamiento de la obesidad,<sup>9</sup> adaptado a un informe de la OMS<sup>10</sup> se comprueba que el tratamiento de la obesidad va a requerir de al menos tres etapas bien definidas:

---

<sup>9</sup> (Adaptado de Anti-obesity drugs. Guidance on Appropriate Prescribing and Management. Royal College of Physicians, 2003)

<sup>10</sup> Adaptado de la serie 894 del informe técnico de la OMS

1. Una estrategia de primera línea para perder peso y posteriormente mantener la pérdida de peso combinando dieta, aumento del ejercicio y modificaciones de la conducta. Durante un período de 12 semanas.
2. El tratamiento farmacológico debe emplearse inicialmente como complemento de la dieta, el ejercicio y los cambios de estilo de vida durante un periodo de otras 12 semanas. Este tratamiento farmacológico debe interrumpirse en los pacientes que no han conseguido una disminución de peso del 5% después de ese tiempo.
3. Cuando se ha conseguido una pérdida de peso del 5%, el tratamiento farmacológico puede continuarse más allá de este periodo inicial siempre que se controle de forma continua y no se recupere el peso.

Pero la gran cantidad de factores que influyen en una enfermedad como la obesidad, va a requerir que los esfuerzos se dirijan fundamentalmente a la prevención del sobrepeso donde una actuación coordinada y multidisciplinar va a ser fundamental para poder conseguir resultados que hasta ahora han sido esquivos, por lo que conviene definir y delimitar la actuación profesional del farmacéutico.

Un esquema de protocolo básico de actuación podría ser como el de la figura 5. Donde vamos a dividir a los pacientes en tres grupos:

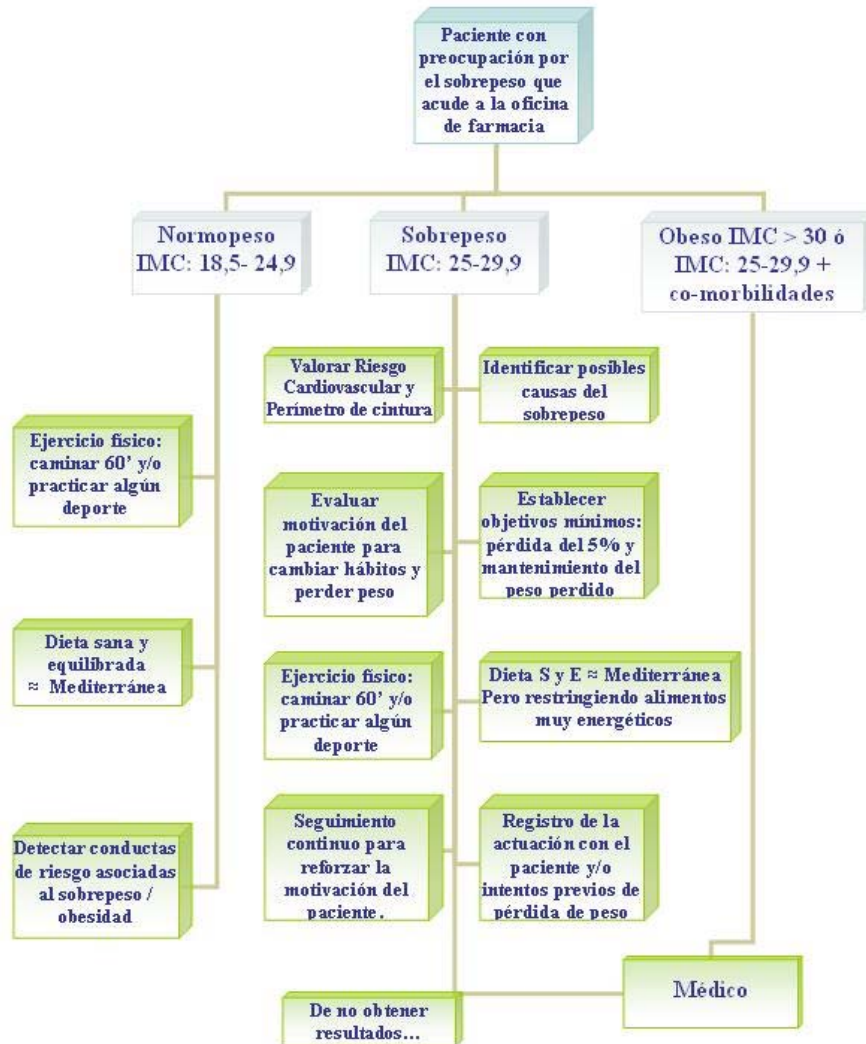
- Normopeso: donde vamos a intentar detectar conductas de riesgo para evitar problemas futuros.
- Sobrepeso: que vamos a pautarle un seguimiento, aunque hay distintos tipos como ahora veremos.
- Obeso: que derivaremos directamente al médico.

#### A- Paciente con Sobrepeso (IMC: 18,5-24,5)

1.A- Aconsejaremos que evite el sedentarismo y realice una alimentación saludable:

- Haga ejercicio diariamente. Camine entre 30-60 min, practique algún deporte.
- Consuma una alimentación saludable: frutas, verduras y hortalizas diariamente (5 raciones/día); cereales (preferentemente integrales), legumbres, productos

lácteos bajos en grasa, aceite de oliva, pescado, carne magra y huevos 3 veces por semana, controle la sal.



2.A- Observaremos y advertiremos sobre conductas de riesgo que se asocian a sobrepeso: hábitos de vida asociados a la obesidad

- Vida inactiva
- Prescindir de comidas principales como el desayuno
- "Picar" entre horas

- Comer mientras se ve la televisión
- Sentarse horas frente al ordenador o consolas
- Beber abundantes refrescos con azúcar y alcohol

**B- Paciente con sobrepeso (IMC: 25-29,9)**

**1.B- Valorar Riesgo cardiovascular y perímetro de cintura.**

- A estos pacientes se les explicará que tienen sobrepeso y los problemas que se pueden derivar del mismo: HTA, diabetes, dislipemias, eventos cardiovasculares y diversos cánceres.
- Identificaremos posibles causas que le hayan podido llevar al sobrepeso.
- Evaluar la motivación del paciente para cambiar su estilo de vida y para perder peso.

El objetivo para estos pacientes será:

**2.B- Pérdida del 5% del peso y mantenimiento del peso perdido.**

**3.B- Consejo: Camine, como mínimo, entre 30-60 min a paso ligero**

- El consejo dietético: será el mismo que en población con normopeso, pero restringiremos el consumo de alimentos muy energéticos (500 kcal/d la ingesta habitual), lo que se consigue proponiendo el consumo de lácteos desnatados y más frutas y verduras en la dieta diaria. El consumo de grasas debe ser preferentemente aceite de oliva pero restringido a solo 3 cucharadas al día (evitando las grasas saturadas).
- Todas las modificaciones guiadas que hagamos en la dieta y el control de pérdida de peso han de ser seguidas, al principio, por personal sanitario

(médicos y/o enfermería) cada 15 días, para garantizar un buen seguimiento y que el paciente se sienta ayudado y reforzado. Todo con la mayor empatía posible. Posteriormente, cuando el paciente vaya progresando adecuadamente, se harán revisiones cada 3-6 meses.

4.B- Si no hubiera alcanzado el objetivo de pérdida de peso estimada en pacientes que tienen comorbilidades asociadas, hay que valorar introducir fármacos apropiados para la pérdida de peso por lo que hay que remitirlos al médico con un historial detallado y la actuación farmacéutica desarrollada.

#### C- Paciente obeso IMC>30 ó entre 25-29,9 pero con comorbilidades

El deber del farmacéutico en estos casos, es siempre derivar al médico.

El farmacéutico en su actuación ha de tener muy claros tres puntos fundamentales:

1. Consejos al paciente
2. Puntos clave
3. Criterios de derivación al médico.

##### 1. Consejos al paciente que inicia una dieta

- Pactar objetivos alcanzables.
- Realizar cinco comidas al día y con horario fijo.
- Planificar de antemano lo que se va a comer (sobre todo en fiestas).
- Preparar las comidas cuando no se tiene hambre.
- Ir a comprar con una lista cerrada.
- Comer sentado, sin prisas y a ser posible en el mismo sitio.
- Utilizar platos pequeños.
- Masticar lentamente y a pequeños bocados.
- No comer dos cosas a la vez.

- No realizar otras tareas mientras se come (TV).
- Beber entre 1.5-2 l de agua al día.
- No picar entre horas.
- Pesarse cada 7-15 días, y no cada día.
- Buscar apoyo en la familia.
- Hacer una dieta variada y equilibrada.
- Evitar los fritos y rebozados.
- Utilizar condimentos.
- Intentar ser creativos en la cocina y apartarse de la monotonía.
- Evitar aportes calóricos sin valor nutritivo (refrescos, alcohol).
- Complementar la dieta con ejercicio físico adaptado a su estado.
- Buscar un sitio cómodo para hacer ejercicio.
- Lo ideal es una pérdida de 1-4 k/mes mantenida. Desconfiar de las dietas que prometen pérdidas superiores y sin esfuerzo.

## 2. Puntos clave en la actuación farmacéutica

- En todo momento el soporte anímico y el seguimiento han de ser especialmente importantes. Hay que solicitar el apoyo de la familia, educadores y entorno.
- Siempre concienciar al paciente de que se trata de un proceso largo, pero gratificante. Esto evitará que se desanime y deje de intentar la pérdida de peso gradual como decía el persistente pacifista indio “Si me quitas el éxito déjame fuerzas para aprender del fracaso...” (Mahatma Ghandi).
- En el caso de no ser muy efectivos en la pérdida de peso, al menos, procurar que el paciente no gane más peso del que tiene, aunque esto no sea la situación ideal.

## 3. Criterios de derivación al médico

Ya los he comentado, pero conviene recordarlos a modo de resumen:

- Pacientes con IMC >30.
- Pacientes con IMC entre 25-30 y comorbilidades.
- Fracaso en los casos de actuación del farmacéutico.

Me gustaría terminar este artículo sugiriendo un decálogo básico para el tratamiento del paciente con sobrepeso en la atención farmacéutica, como resumen a lo que he intentado exponer a lo largo de estas páginas de la forma más clara que he sabido y he podido, a “salto de mata” entre el trabajo diario de mi oficina de farmacia. Aunque mi artículo se dirige fundamentalmente al farmacéutico, bien se podría aplicar a otros sanitarios y educadores que se quieran implicar en el seguimiento del paciente con sobrepeso y, a los pacientes y sus familiares por la carga de consejos que espero puedan serle de utilidad para intentar disminuir esta escalada imparable de las cifras de obesidad en el mundo

1. La obesidad es una enfermedad crónica y además grave. Esto hay que dejarlo muy claro tanto al paciente como en las charlas de prevención que podamos y, de hecho, debemos impartir por ejemplo en centros escolares como estrategia primera de prevención. Y es que nuestra labor ya no puede ceñirse al ámbito reducido de nuestra oficina de farmacia sino que ha de ampliarse al entorno poblacional que nos rodea.
2. Los pacientes con sobrepeso, obesidad y perímetro de cintura  $>102$  cm en el hombre y  $>88$  cm en la mujer, deben tener un registro de factores de riesgo cardiovascular y comorbilidades.
3. Intentos previos de reducción de peso han de ser también registrados.
4. Fomentar una alimentación equilibrada y actividad física constituyen la base de la prevención y el tratamiento.
5. Para tratar el exceso de peso necesitamos un paciente motivado, una actitud empática hacia el paciente evitará el fracaso.
6. Los objetivos terapéuticos han de ser realistas, individualizados y pactados con el paciente.



7. Cualquier pérdida de peso ha de ser reconocida y valorada como positiva y beneficiosa.
8. Un objetivo mínimo pero a veces, el único realista es el mantenimiento del peso evitando incrementos progresivos.
9. En pacientes motivados en los que los cambios nutricionales y el estilo de vida no consiguen disminuir el peso a pesar de su cumplimiento, deben ser derivados al médico.
10. En pacientes que quieran perder peso rápidamente, el consejo del farmacéutico deberá disuadir del consumo de los llamados "productos y/o dietas milagro".

En definitiva, lo fundamental va a ser siempre la moderación en el consumo. En la Literatura encontramos muchísimas referencias en este sentido como principal virtud para mantener un estado saludable así, no se me ocurre mejor conclusión que recordar al genial Don Quijote aleccionando a su escudero en esta línea: Come poco, Sancho amigo, y cena menos, pues el estómago es la oficina donde se fragua la salud y la vida”.

**Bibliografía:**

1. Consejo General de Colegios Oficiales de farmacéuticos. Nutrición y Dietética.
2. Ponencia RICOFSE-ABBOT. 20/09/2007.
3. Enlaces:
  1. <http://www.xeniplan.com/>
  2. <http://www.artehistoria.jcyl.es>
  3. <http://www.semergen.es/semergen2/microsites/fichas/f11.pdf>