

# La atención y asistencia primaria en el manejo de la obesidad

2022 adaptado por: González C<sup>i,ii</sup>, León P<sup>i</sup>, Henríquez O<sup>i,iii</sup>.  
El capítulo adaptado es de: Campbell-Scherer D, Walji S, Kemp A, Piccinini-Vallis H, Vallis TM. Canadian Adult Obesity Clinical Practice Guidelines: Primary Care and Primary Healthcare in Obesity Management. (version 1, 2020). Disponible en: <https://obesitycanada.ca/guidelines/primarycare>.  
© 2020 Obesity Canada.

- i) Sociedad Científica de Medicina Familiar y General de Chile, Santiago, Chile.
- ii) Facultad de Medicina, Universidad de los Andes, Santiago, Chile
- iii) Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile.

## Cómo citar este documento

La atención y asistencia primaria en el manejo de la obesidad.  
Adaptación de la guía de práctica clínica (Coalición chilena para el estudio de la obesidad, version 1, 2022) por González C, León P, Henríquez O. Capítulo adaptado de: Campbell-Scherer D, Walji S, Kemp A, Piccinini-Vallis H, Vallis TM. Canadian Adult Obesity Clinical Practice Guidelines: Primary Care and Primary Healthcare in Obesity Management. (version 1, 2020). Available from: <https://obesitycanada.ca/guidelines/primarycare>. © 2020 Obesity Canada.  
Disponible en: [guiasobesidadchile.com/atencionprimaria](https://guiasobesidadchile.com/atencionprimaria)  
Fecha de consulta [Fecha].

## MENSAJES CLAVE PARA EL PERSONAL EN SALUD



- El personal de la atención primaria en salud debería iniciar conversaciones centradas en el paciente sobre el sobrepeso o la obesidad. El enfoque de las 5As del Manejo de la Obesidad™ (Averiguar/Preguntar, Analizar, Asesorar, Acordar, Asistir), comenzando por pedir permiso para discutir el peso, resulta ser un formato apropiado.
- El personal de la atención primaria en salud debe promover un enfoque integral del peso y la salud, centrado en hábitos saludables y abordando las causas del aumento de peso con cuidado de evitar narrativas estigmatizantes y demasiado simplistas del tipo “coma menos y muévase más”.
- Los profesionales que prescriben deben ser conscientes de los medicamentos obesogénicos y considerar alternativas para las personas con sobrepeso y obesidad. Cuando se deban utilizar medicamentos obesogénicos, los médicos deben discutir los riesgos con los pacientes y establecer un monitoreo del aumento de peso.
- Los profesionales y los pacientes deben ser conscientes de los riesgos de los ciclos de peso y adoptar estrategias que se centren en cambios sostenidos para mantener hábitos saludables a lo largo del tiempo.

## MENSAJES CLAVE PARA LAS PERSONAS CON OBESIDAD



- La prevención del aumento de peso es importante y relevante, la pérdida de peso es potencialmente muy difícil dependiendo de los impulsores del aumento de peso de la persona. Establecer un objetivo funcional basado en el valor cambia el enfoque del peso a la salud y la calidad de vida, lo cual puede ayudar a realizar cambios sostenibles.
- El asesoramiento nutricional individualizado puede dar lugar a discretas reducciones tanto del peso como de la circunferencia de la cintura.
- Se pueden considerar terapias de atención plena (mindfulness), aceptación y compromiso, sumadas a las intervenciones conductuales multidimensionales en el desarrollo de una estrategia personal de manejo de la obesidad.

## MENSAJES CLAVE PARA LAS PERSONAS CON OBESIDAD - continuación

- Muchos problemas médicos, como las alteraciones del sueño, el dolor, los problemas locomotores, las alteraciones metabólicas y los trastornos psiquiátricos, pueden contribuir a dificultar el control de la obesidad. Las personas deben buscar ayuda médica si tienen problemas para mantener su peso o para reducirlo.
- Cuando se prescribe un nuevo medicamento para tratar una enfermedad, sobre todo si el medicamento está destinado para un uso prolongado, las personas con obesidad deben preguntar sobre los posibles efectos asociados al peso.

## RECOMENDACIONES ADOPTADAS



Para los profesionales de la salud:

1. Recomendamos que los profesionales de atención primaria identifiquen a las personas con sobrepeso y obesidad, e inicien con ellas conversaciones centradas en la salud del paciente (Nivel 3, Grado C).<sup>1</sup>
  2. Recomendamos que los profesionales de la salud se aseguren de pedir permiso a las personas antes de hablar del peso o de tomar medidas antropométricas (Nivel 3, Grado C).<sup>2</sup>
  3. Las intervenciones de atención primaria deben utilizarse para aumentar los conocimientos y las habilidades de los individuos sobre el control del peso como una manera eficaz de control (Nivel 1a, Grado A).<sup>3</sup>
  4. Los profesionales de atención primaria deberían tratar a las personas con sobrepeso u obesidad en programas multidisciplinarios de atención primaria con estrategias personalizadas de control de la obesidad como una manera eficaz de apoyar el tratamiento de la obesidad (Nivel 1b, Grado B).<sup>4,5,6,7,8</sup>
  5. Los profesionales de atención primaria pueden utilizar la deliberación colaborativa junto con la entrevista motivacional para adaptar los planes de acción al contexto vital de los individuos de forma manejable y sostenible para apoyar la mejora de la salud física y emocional, y el control del peso (Nivel 2b, Grado C).<sup>9</sup>
- Características de las intervenciones basadas en la comunidad de atención primaria y en las intervenciones comunitarias de asistencia sanitaria primaria para médicos y desarrolladores:
6. Las intervenciones dirigidas a un grupo específico deben tener en cuenta la diversidad de prácticas psicológicas y sociales en relación con el exceso de peso, la alimentación y la actividad física; así como las circunstancias socioeconómicas, ya que pueden diferir entre los grupos y dentro de los mismos (Nivel 1b, Grado B).<sup>10</sup>
  7. Las intervenciones transversales de atención primaria deben centrarse en cambios de comportamiento pequeños, graduales y personalizados (el “enfoque de los pequeños cambios”) para que sean eficaces a la hora de ayudar a las personas a controlar su peso (Nivel 1b, Grado B).<sup>11</sup>
  8. Los programas multidisciplinarios de atención primaria deben considerar estrategias personalizadas de tratamiento de la obesidad como una forma efectiva de apoyo (Nivel 1b, Grado B).<sup>7,8,12</sup>
  9. Las intervenciones de atención primaria basadas en el comportamiento (nutrición, ejercicio, intervenciones conductuales), solas o en combinación con la farmacoterapia, deberían utilizarse para controlar el sobrepeso y la obesidad (Nivel 1a, Grado A).<sup>13,14,15</sup>
  10. Las sesiones grupales de nutrición y actividad física como las informadas por el Programa de Prevención de la Diabetes y en los programas Look AHEAD (Acción para la Salud en la Diabetes) deberían utilizarse como una opción para el tratamiento eficaz de adultos con sobrepeso y obesidad (Nivel 1b, Grado A).<sup>16,17,18</sup>
  11. Las intervenciones que utilizan la tecnología para aumentar el alcance a un mayor número de personas de forma asincrónica deberían ser una intervención potencialmente viable de menor costo en un entorno comunitario (Nivel 1b, Grado B).<sup>19</sup>
- Recomendaciones educativas para apoyar el desarrollo de habilidades del tratamiento de la obesidad en el personal clínico de atención primaria:
12. Los educadores de los programas de pregrado, postgrado y de formación continua para los profesionales de la atención primaria de la salud deben ofrecer cursos y experiencias clínicas para abordar las brechas en las habilidades, el conocimiento de la evidencia y las actitudes necesarias para apoyar con confianza y eficacia a las personas con obesidad (Nivel 1a, Grado A).<sup>20</sup>

## RECOMENDACIÓN NUEVA

1. En personas adultas que viven con sobrepeso u obesidad, sugerimos realizar intervención familiar como medida no farmacológica para la prevención del sobrepeso, la obesidad y el control del peso (Ver aquí el [resumen de la metodología](#)) de la evidencia).

*Certeza de la evidencia: Baja*

*Fuerza de la recomendación: Condicional*

## INTRODUCCIÓN

La obesidad es una enfermedad crónica y compleja vinculada a la intrincada interacción entre un amplio espectro de causas básicas relacionadas con influencias biológicas, determinantes sociales de la salud, prácticas y creencias socioculturales, efectos ambientales, políticas públicas y factores psicológicos. En la actualidad, existen percepciones erróneas significativas y generalizadas en cuanto a la naturaleza tanto de la etiología como del tratamiento eficaz de esta afección, lo que se complica por los prejuicios y el estigma arraigados en la sociedad sobre el peso. Los cambios en el cuidado de las personas que viven con obesidad para lograr una atención coherente, de alta calidad y centrada en la persona, requerirá también cambios en términos de conocimientos, habilidades y normas de práctica del personal sanitario, así como una mejor organización en la atención.

En otros capítulos nos hemos centrado en el estado de la evidencia sobre la eficacia de los diferentes modos de tratamiento de la obesidad. En este capítulo sintetizaremos la evidencia sobre efectividad, es decir, cómo funcionan las intervenciones en el mundo real. Nos centraremos en las intervenciones realizadas en la atención primaria. La atención primaria se refiere a la atención de pacientes dentro de los centros de atención ambulatoria, tanto públicos como privados. La asistencia sanitaria primaria se refiere a las intervenciones dentro de la comunidad. Además, discutiremos lo que se sabe sobre cómo dotar al personal de la atención primaria para atender las necesidades de las personas para mejorar la atención. Las intervenciones realizadas a través de entornos comerciales se analizan en el capítulo [Productos y programas comerciales para el control de la obesidad](#) de esta guía.

La mayoría de los trabajos en este ámbito se centran en la evaluación de intervenciones complejas. Una intervención compleja (por ejemplo, una intervención conductual o educativa) consta de componentes que interactúan, donde las personas se combinan en una acción colectiva para ejecutar los componentes objetivos. Por lo tanto, los resultados varían según el contexto. Para entender cómo y por qué se adopta una intervención es necesario explorar los factores que afectan:

- La capacidad de los actores para comprometerse con la intervención;
- Las barreras y facilitadores que tienen las personas influyen en la participación en la intervención;

- Si el proceso de implementación satisface las necesidades de las partes interesadas; y,
- Si la intervención en sí fue eficaz para lograr el resultado deseado.

Además, para lograr un cambio sostenido en el sistema, las partes interesadas deben percibir la intervención como algo que vale la pena y que se puede lograr dentro de las estructuras asistenciales existentes una vez que se haya completado la finalización de la investigación. Para lograr esta comprensión se requieren estudios de métodos mixtos con una evaluación cualitativa sólida para dilucidar los principios que son clave para lograr el resultado deseado. Agrupar los datos de distintas intervenciones es un reto. Sin embargo, la comprensión de los principios subyacentes puede permitir su aplicabilidad.

En este capítulo, consideraremos las intervenciones en la práctica de la atención primaria y en el contexto comunitario más amplio de la asistencia sanitaria primaria que pongan énfasis en la organización del cuidado de las personas con obesidad, y en el manejo de la obesidad en la atención primaria. Reconocemos que la heterogeneidad de las intervenciones, los contextos, las poblaciones y los resultados limita la capacidad de sacar conclusiones sobre la mejor manera de ayudar a las personas. Sin embargo, somos conscientes de que el personal de atención primaria en salud atiende a un gran número de personas que buscan ayuda y necesitan tener algunas ideas a partir de las cuales proporcionar y organizar la atención clínica. La falta de investigaciones que proporcionen una orientación clara en este ámbito debería poner de manifiesto la necesidad de que las instituciones investigadoras y quienes financian las investigaciones reflexionen sobre por qué la enfermedad crónica más prevalente ha recibido tan poca atención sistemática.

## MANEJO DE LA OBESIDAD EN LA ATENCIÓN PRIMARIA Y EN LA ASISTENCIA SANITARIA PRIMARIA

### 1. ¿Cuál es la naturaleza de la brecha asistencial que hay que abordar?

En una serie reciente publicada en The Lancet, Dietz et al. destacaron que la obesidad no se está manejando bien en los

sistemas de salud actuales.<sup>21</sup> Citan preocupaciones en varias áreas: la formación del personal sanitario, las suposiciones infundadas de las personas con obesidad, la falta de experiencia en el trabajo en equipos interdisciplinarios y la falta de capacitación en estrategias de cambio de comportamiento.<sup>21</sup>

Existe una enorme brecha entre las recomendaciones basadas en la evidencia y la práctica clínica actual. Fitzpatrick et al. argumentaron que, a pesar de las nuevas recomendaciones y políticas nacionales desde 2008, el tratamiento de la obesidad en la atención primaria en Canadá sigue siendo insuficiente.<sup>22</sup> De hecho, una encuesta nacional canadiense realizada en 2009, en la que la mitad de los encuestados tenía sobrepeso u obesidad, reveló que solo un tercio de las personas adultas había consultado alguna vez a un profesional de la salud sobre cómo perder peso.<sup>23</sup> De ellos, aproximadamente tres cuartas partes consultaron a su médico de familia, una cuarta parte a un dietista y una séptima parte a un nutricionista, un enfermero o enfermero especializado. Algunos habían consultado a varios profesionales. Menos de un tercio de las personas con sobrepeso u obesidad habían recibido alguna vez el consejo de un médico de perder peso sin preguntar específicamente por el aumento de peso.

Según la Encuesta Nacional de Salud (ENS) de Chile, realizada entre el 2016 y el 2017, Chile no es la excepción a esta realidad. Según los datos de la encuesta, 39.8% de la población se encontraba en sobrepeso, 31.2 % en obesidad y 3.2% en obesidad severa.<sup>24</sup> Los porcentajes de malnutrición por exceso son aún mayores en mujeres y en población vulnerable con menos nivel educacional. Estos números fueron aún mayores a la encuesta nacional previa.

La última ENS (2016-2017) puso también en evidencia las altas tasas de sedentarismo que se dan en la población nacional, estimada en 86,7% (esto es, 90% en las mujeres y 83% en los hombres mayores de 15 años de edad).<sup>24</sup> La prevalencia de sedentarismo de tiempo libre disminuye con el nivel educacional tanto en hombres como en mujeres.

Adicionalmente, el acceso a la atención bariátrica sigue siendo muy deficiente.<sup>25</sup> Torti et al. realizaron un estudio cualitativo con pacientes de atención primaria con obesidad para explorar sus percepciones sobre el papel de los profesionales de atención primaria.<sup>1</sup> Los pacientes tenían claras expectativas de que su médico de atención primaria iniciara la discusión en torno a las preocupaciones sobre el peso en el contexto de un enfoque coordinado y centrado en la persona para la atención, abordando las múltiples condiciones y factores que influyen en su peso y su salud.<sup>1</sup> Como la mayoría de los pacientes quieren discutir sus preocupaciones sobre el peso con su médico, existe la necesidad de rediseñar la prestación de atención primaria para facilitar, en lugar de obstaculizar, que los médicos aborden el tema de la obesidad con sus pacientes. Parte de este rediseño consiste en aumentar las habilidades del personal de atención primaria para iniciar la conversación y abordar con sensibilidad el tema de la obesidad con el paciente.

No es realista esperar que el personal de atención primaria ofrezca

un asesoramiento intensivo sobre el control de la obesidad a todos sus pacientes con obesidad. Por lo tanto, el proceso de solicitar derivaciones o a los programas comunitarios debería ser más fácil aumentando la cobertura de estas prestaciones, de tal manera de tener más opciones de derivación para los médicos y el acceso a la atención por parte de los pacientes.<sup>22</sup> La revisión sistemática de Tsai y Waddens sobre el tratamiento de la obesidad en la práctica de la atención primaria pone de manifiesto lo poco que se ha investigado en este ámbito.<sup>26</sup> Descubrieron que la consejería del médico de atención primaria por sí solo tiene una capacidad limitada para lograr una pérdida de peso clínicamente significativa.<sup>26</sup> Se observan más beneficios con la consejería del médico de atención primaria más la farmacoterapia, o consejería intensiva de un nutricionista o un enfermero junto con la terapia de sustitución de comidas. Dada la epidemia de obesidad y el aumento del riesgo de padecer enfermedades crónicas, la identificación de estrategias prácticas para apoyar la implementación de servicios de tratamiento basados en la evidencia en la atención primaria debería ser una alta prioridad en la reforma sanitaria.

El cambio en el tratamiento de la obesidad en la atención primaria representa un reto adaptativo que requiere un cambio en las creencias y prácticas de los profesionales sanitarios. Se trata de abordar los prejuicios sobre el peso y el estigma en las consultas clínicas y los entornos asistenciales. Además, es necesario estructurar los encuentros clínicos para hacer frente a los prejuicios autodirigidos de los pacientes (estigmatización interiorizada), creando enfoques eficientes para las consultas personalizadas que den lugar a cambios sostenidos en los comportamientos y acciones, que sean escalables según la magnitud del problema.

## **2. ¿Cómo repercuten los prejuicios sobre el peso y el estigma en el sistema de atención primaria y cómo se pueden rectificar?**

Como se destaca en el capítulo [Prácticas y políticas para reducir los prejuicios sobre el peso en el manejo de la obesidad](#) hay evidencias que indican que tanto los profesionales de la salud como los pacientes con obesidad tienen actitudes y creencias prejuiciosas sobre la obesidad basadas en el peso. Los estudios también demuestran que los pacientes con obesidad perciben un trato sesgado en la asistencia sanitaria y esto influye en el modo en que acceden a los servicios sanitarios para la obesidad y para sus otros problemas de salud. El personal de la atención primaria debe ser consciente de que la mayoría de los pacientes con obesidad habrán experimentado prejuicios y estigmas sobre el peso en los entornos de asistencia sanitaria y que esto puede afectar los comportamientos de los pacientes y a sus respuestas a las intervenciones sanitarias. El personal de salud debe evitar hacer suposiciones o juicios sobre la salud y el comportamiento de los pacientes basándose en su peso.

Kirk et al. llevaron a cabo un estudio cualitativo sobre el tratamiento de la obesidad en el que destacan la culpa como una relación de poder devastadora, las tensiones en el manejo y la prevención de la obesidad, y el discurso predominante de manejo médico.<sup>2</sup> Destacaron los mensajes clínicos de “come menos y

muévete más” promovidos por el personal de salud, el sistema de salud y la sociedad como culpabilizadores y que contribuyen al estigma interiorizado. Esta contraposición entre las realidades vividas relacionadas con complejos factores biológicos y sociales de la obesidad junto con este mensaje simplista e ineficaz, se traduce en una profunda frustración de los pacientes, en parte porque los médicos parecen ignorar todo lo que han hecho para controlar su peso.<sup>2</sup>

También ponen de manifiesto las dificultades de los profesionales de la salud para saber cómo ayudar, y la sensación de ineficacia cuando la atención se centra únicamente en el peso corporal. La sensibilidad del tema también dificulta la confianza de los profesionales a la hora de plantearlo a la gente.<sup>2</sup> Thille llevó a cabo un sólido estudio cualitativo en el que utilizó la teoría del estigma interaccional para analizar diálogos de atención primaria grabados en audio sobre el peso.<sup>27</sup> Además de destacar la importancia de pedir permiso para hablar del peso, propuso varias acciones para mitigar el estigma contra la obesidad en las consultas de atención primaria:

1. Reconocer explícitamente los múltiples determinantes del peso, como se hace con otras biometrías, eliminando los estereotipos estigmatizantes de fracaso/éxito personal asociados a la composición corporal;
2. Antes de hablar de resultados, evalúe las rutinas de comportamiento saludable que afectan a la salud por separado para identificar en qué medida las intervenciones conductuales pueden ayudar a mejorar la salud en general.
3. Redefinir el éxito como un cambio de comportamiento saludable sostenido (por ejemplo, un mayor consumo de fruta y verdura) independientemente del tamaño o el peso corporal.<sup>27</sup>

A continuación, se presenta una lista de algunas estrategias prácticas de reducción del prejuicio sobre el peso que los profesionales de atención primaria pueden utilizar en su consulta:

- Evaluar sus propias actitudes y creencias sesgadas sobre el peso.<sup>28</sup>
- Considere las experiencias previas de prejuicio internalizado sobre el peso y evalúe el prejuicio internalizado sobre el peso.
- Reconocer que tener obesidad es producto de muchos factores.
- Desvincular el peso de la salud: explorar todas las causas de los problemas de salud que se presentan, no solamente el peso.
- Hacer hincapié en la importancia de los objetivos de comportamiento en lugar de los objetivos de pérdida de peso.
- Retirar todo el material de la sala de espera que genere estereotipos contra las personas con obesidad.
- Disponer de batas, manguitos de presión arterial, pesas adecuadas, cintas métricas y otros equipos de diagnóstico diseñados para adaptarse a cuerpos más grandes.

- Instalar barras de apoyo en los baños y proporcionar asientos que acomoden/soporten cuerpos de mayor tamaño y forma.

### **3. ¿Cuáles son las consideraciones clave para identificar las causas de la obesidad y reducir las causas iatrogénicas del aumento de peso a partir de las terapias médicas y para apoyar la capacidad de las personas en su compromiso con su cuidado?**

Como se ha destacado en el capítulo dedicado a la [Evaluación de las personas que viven con obesidad](#) las causas fundamentales de la obesidad son múltiples. Son especialmente importantes los trastornos psicológicos y mentales, el dolor crónico, los problemas locomotores, incluidos el sueño y los trastornos metabólicos, el contexto cultural, social y político. Es importante destacar que el aumento del uso de medicamentos para tratar diversas afecciones médicas ha contribuido a aumentar las tasas de sobrepeso y obesidad que se han observado. Por lo tanto, es imperativo que el personal médico de atención primaria también esté familiarizado con los efectos sobre el peso de los medicamentos prescritos habitualmente. Más adelante revisaremos los medicamentos antipsicóticos y anticonceptivos.

Como parte de un metaanálisis destinado a proporcionar jerarquías basadas en la evidencia de la eficacia comparativa, los efectos secundarios y el riesgo de interrupción de 15 fármacos antipsicóticos diferentes, Leucht et al. incluyeron una evaluación de sus efectos sobre el peso.<sup>29</sup> Aparte del haloperidol, la ziprasidona y la lurasidona, todos los demás parecían producir más aumento de peso que el placebo, y la olanzapina producía un aumento de peso significativamente mayor que los demás. Este es un punto importante que debe equilibrarse con la eficacia y la necesidad a la hora de indicar estos medicamentos. Estos son en gran medida responsables de la creciente prevalencia de los trastornos metabólicos en pacientes con trastornos mentales concurrentes.

Hay algunas evidencias de menor calidad de que la metformina puede ser útil para contrarrestar el aumento de peso inducido por los antipsicóticos en las personas adultas.<sup>30</sup> Es necesario investigar más las estrategias para mitigar este aumento de peso inducido por la medicación.

Gallo et al. realizaron una revisión sistemática exhaustiva en la que evaluaron la asociación potencial entre el uso de anticonceptivos combinados y los cambios de peso.<sup>31</sup> De los 42 ensayos evaluados, solo cuatro incluían un grupo de placebo o de no intervención. Estos estudios, ya fechados, no demostraron evidencia que apoyara una asociación entre el uso de anticonceptivos combinados y el cambio de peso.<sup>31</sup> Esta falta de asociación podría deberse al limitado número de anticonceptivos evaluados. Se realizaron otras comparaciones de cambio de peso que evaluaban dos anticonceptivos combinados, de las cuales siete mostraron una diferencia en el cambio de peso promedio o en la proporción de mujeres que perdían o ganaban una cantidad determinada de peso. La mayoría de las comparaciones no mostraron diferencias sustanciales en el cambio de peso.<sup>31</sup>

Más del 25% de los ensayos tenían un alto riesgo de sesgo, y la gran mayoría tenía un riesgo de sesgo poco claro debido a la falta de información sobre la asignación aleatoria o la ocultación de la asignación.<sup>31</sup> En este momento no hay suficiente evidencia disponible para determinar el efecto de los anticonceptivos combinados sobre el peso. Sin embargo, Gaudet et al. descubrieron, en una encuesta de mujeres a las que se les había recetado un anticonceptivo oral, que el 68% recibió asesoramiento por parte de su médico sobre la posibilidad de aumentar de peso con la píldora.<sup>32</sup> De ellas, el 36% informó de que su peso se mantuvo igual. Se necesitan ensayos aleatorios controlados con placebo bien realizados para evaluar adecuadamente la relación entre los anticonceptivos combinados y el cambio de peso.<sup>32</sup>

Con respecto a las opciones de anticonceptivos de solo progestina, López et al. evaluaron el efecto de su uso en el peso corporal.<sup>33</sup> De los 15 estudios examinados, cuatro demostraron una diferencia en el aumento de peso cuando se comparó una opción de anticonceptivo de solo progestina con ningún anticonceptivo hormonal. Hubo poca evidencia de aumento de peso utilizando la píldora anticonceptiva de solo progestina. La Depo-Provera inyectable mostró un mayor aumento de la grasa corporal a los seis meses en comparación con un grupo sin anticonceptivos hormonales, así como una disminución de la masa corporal magra. En otro estudio, la Depo-Provera inyectable mostró un mayor aumento de peso al año, a los dos y a los tres años, en comparación con el grupo del DIU.<sup>33</sup> La preocupación por el aumento de peso puede disuadir de iniciar el uso de anticonceptivos, y el aumento de peso es la razón más frecuente para la interrupción temprana.

Estos son solamente algunos de los medicamentos implicados en el aumento de peso. Wharton et al. proporcionaron una visión más completa de los medicamentos disponibles que tienen una mayor propensión a causar un aumento de peso, con estimaciones de su efecto sobre el mismo, y alternativas que, en cambio, promueven resultados más favorables.<sup>34</sup> Las clases de medicamentos en este estudio incluyen antipsicóticos, estabilizadores del estado de ánimo, antidepresivos, antihiper glucémicos, antihipertensivos y corticosteroides. Los autores animan a los médicos a discutir con los pacientes los efectos secundarios relacionados con el peso de las distintas opciones de medicación para ayudar a facilitar las decisiones terapéuticas centradas en el paciente (toma de decisiones compartida), así como a manejar las expectativas relacionadas con el peso.<sup>34</sup>

Los autores recomiendan que, siempre que sea posible, el personal médico se esfuerce por seleccionar aquellos medicamentos que se asocian con una respuesta más favorable al peso corporal, o que realice cambios de medicación en caso de que los pacientes experimenten efectos secundarios de aumento de peso. El peso inicial debe medirse antes de iniciar el tratamiento farmacológico, y el peso debe monitorearse a intervalos regulares. Un aumento de peso >2,0 kg en cuatro semanas, en ausencia de cambios de comportamiento, justificaría la intervención. Cuando los medicamentos que favorecen el peso no son una opción, se podrían considerar las intervenciones en el comportamiento de la salud, con o sin terapia adyuvante, para mitigar el aumento de peso.<sup>34</sup>

## APOYAR LA CAPACIDAD DE LAS PERSONAS PARA PARTICIPAR EN SU CUIDADO

La educación en salud es un factor crucial para desarrollar la capacidad de las personas en comprometerse con el autocuidado del control de su obesidad. La reducción de peso requiere tanto la comprensión de lo que se necesita para controlar el peso, como de los factores que impiden la pérdida de peso y los que promueven su recuperación. Faruqi et al. llevaron a cabo una revisión sistemática de las intervenciones a nivel de atención primaria de la salud dirigidas a la alfabetización sanitaria y sus efectos sobre la pérdida de peso.<sup>3</sup> Identificaron 13 estudios que evaluaron intervenciones centradas en la educación sobre nutrición y actividad física, y enfoques psicológicos para mejorar los conocimientos y las habilidades necesarias para la pérdida de peso en personas adultas.

Debido al alto grado de heterogeneidad clínica entre los estudios, no se realizó un metaanálisis. Se identificaron siete ensayos controlados aleatorios, de los cuales cuatro mostraron ser metodológicamente sólidos. Aunque no se midieron específicamente los niveles de conocimientos de salud antes y después de la intervención, se observaron reducciones de peso significativas en 11 de los 13 estudios. En dos de los 11, la pérdida de peso no se mantuvo en los periodos de seguimiento, y en un tercer estudio se mantuvo en los participantes masculinos, pero no en los femeninos. Se observó que ocho de los 13 estudios identificados tenían tasas de retención >80%. Los autores concluyeron que había evidencia de la eficacia de las intervenciones centradas en la mejora de los conocimientos y las habilidades (es decir, la alfabetización en salud) para la pérdida de peso.<sup>3</sup>

Como principio general, las intervenciones para el control de la obesidad deben estar adaptadas culturalmente para maximizar el apoyo a las personas que participan en el autocuidado. Las intervenciones dirigidas a un grupo específico deben tener en cuenta la diversidad de prácticas psicológicas y sociales en relación con el exceso de peso, la alimentación y la actividad física, así como las circunstancias socioeconómicas, ya que pueden diferir entre los grupos y dentro de los mismos.

Pérez et al. llevaron a cabo una revisión sistemática de 22 intervenciones de tratamiento dirigidas a personas adultas latinas de EE.UU. que fueron evaluadas con sobrepeso u obesidad.<sup>10</sup> Se encontraron resultados significativos en 13 de los 22 estudios identificados. Los estudios de investigación que parecían tener más éxito en relación con la cultura eran los que incluían a miembros clave de la comunidad, como las promotoras (trabajadores de la salud para la comunidad), y las intervenciones que se establecían dentro de la comunidad y aplicaban estrategias culturalmente apropiadas (por ejemplo, utilizando materiales traducidos y apoyo social dentro de la comunidad).<sup>10</sup> Las intervenciones de esta revisión que produjeron grandes efectos se realizaron todas en entornos distintos (atención de salud, centro comunitario, hogar, iglesia). La mayoría de las intervenciones fueron dirigidas por profesionales biculturales/bilingües.<sup>10</sup> Aunque esta revisión se centró en las poblaciones latinas de Estados Unidos, contamos



con vasto respaldo en las ciencias sociales sobre la importancia de la cultura y perspectivas críticas sobre conceptos como la competencia cultural o la seguridad cultural.

Un líder en este campo es L. Kirmayer, del Instituto de Psiquiatría Transcultural de McGill. Repasa los conceptos clave en este ámbito en su artículo "Rethinking Cultural Competence".<sup>35</sup> Fundamentalmente, es necesario adoptar la humildad cultural. Esto implica una apertura a la comprensión de la persona dentro de su comunidad, con respeto y reflexión sobre cómo se sitúan las intervenciones sanitarias en un contexto socioeconómico y cultural específico. Las conversaciones tienen que ir más allá de adaptar las intervenciones de forma superficial sin comprender las jerarquías socioculturales en las que se diseñan las intervenciones y la prestación de la atención sanitaria.<sup>35</sup> Debemos tratar de comprender cómo perciben los problemas los distintos grupos, ya sea en términos de tamaño corporal, enfermedades, significado de la salud o significados de los determinantes sociales de la salud. También se ha realizado un amplio trabajo en el ámbito de la cultura y el tamaño del cuerpo, con puntos clave que reflexionan sobre los ideales occidentales de delgadez. Es importante que nos centremos en la salud y no en el tamaño del cuerpo.<sup>36</sup>

#### **4. ¿Cuál es la eficacia de las intervenciones de atención primaria que incluyen estrategias personalizadas de manejo de la obesidad?**

El personal de atención primaria identifica muchos retos a la hora de ayudar a los pacientes a controlar su obesidad. Asselin et al. llevaron a cabo un sólido estudio cualitativo como parte del programa 5As Team que pretendía comprender los retos de los profesionales a la hora de apoyar a las personas con obesidad.<sup>4-6</sup> En el contexto de la atención primaria, la obesidad es parte integral en muchas modalidades clínicas diferentes. El personal de atención primaria evitó con frecuencia mencionar el peso porque lo consideraban un tema delicado; este era mencionado de manera indirecta al hablar de otras cuestiones médicas. Había una falta de confianza para abordar el tema, y la preocupación de que podría llevar demasiado tiempo.<sup>5</sup> Descubrieron que la atención se veía obstaculizada cuando diferentes profesionales proporcionaban mensajes y recomendaciones contradictorias a los pacientes. Esto podría negociarse en entornos clínicos con sólidas estructuras de equipos interdisciplinarios con una comunicación eficaz, relaciones interprofesionales y comprensión de los roles.<sup>4</sup>

La intervención del Equipo 5As dio como resultado que los profesionales se sintieran más cómodos para iniciar conversaciones, adoptaran un enfoque de enfermedades crónicas, aumentara el uso de un lenguaje que diera prioridad a las personas y, en muchas clínicas, que se incrementara el trabajo en equipo de los profesionales interdisciplinarios para apoyar a los pacientes.<sup>6</sup> Los pacientes querían que los profesionales de la salud iniciaran conversaciones y proporcionaran enfoques integradores centrados en el paciente que abordaran su contexto personal y sus comorbilidades.<sup>1</sup> Existe una brecha asistencial en la capacidad de los profesionales para abordar estas necesidades de los pacientes. Sin embargo, las intervenciones centradas en este enfoque han sido eficaces.

En una revisión sistemática de las intervenciones prácticas eficaces para el control de la obesidad y de las intervenciones conductuales, Kirk et al. destacan la importancia de las intervenciones de componentes múltiples que incorporan la actividad física, la nutrición y las estrategias conductuales.<sup>7</sup> Basándose en varias revisiones sistemáticas, concluyeron que las intervenciones con múltiples componentes conducen a una mayor pérdida de peso, mientras que las intervenciones de un solo componente son más eficaces para mejorar la conducta objetivo, por ejemplo, la nutrición o la actividad física.<sup>7</sup> La heterogeneidad clínica de los estudios no permite realizar un metaanálisis.

Posteriormente, Eaton et al. destacaron la importancia de realizar estas intervenciones en la atención primaria en salud en su ensayo de control aleatorio multicéntrico de alta calidad. Este ensayo evaluó la eficacia de una intervención de pérdida de peso y actividad física en casa ("Choose to Lose" - Escoge perder) para personas adultas sedentarias con obesidad en Rhode Island.<sup>8</sup> Los médicos de familia identificaron a los pacientes que estaban motivados para perder peso y aumentar la actividad física, y los remitieron a la intervención. Los médicos de familia recibieron formación para proporcionar un entorno de apoyo en la pérdida de peso y al aumento de la actividad física, y para incorporar en sus visitas respaldo y espacios informativos. Se les informó de los progresos realizados durante el estudio y se les apoyó en la gestión de las comorbilidades relacionadas.<sup>8</sup>

Los pacientes recibieron un programa de intervención domiciliaria de 12 meses con una fase de mantenimiento de 12 meses. Los participantes recibieron un plan de comidas estructurado por un consejero de comportamiento que incluía un déficit calórico prescrito, así como un plan para aumentar la actividad física. Se les pidió que hicieran un seguimiento de sus progresos en los formularios de autocontrol proporcionados. La rama de intervención estándar realizó tres reuniones presenciales, y la rama de intervención mejorada también incluyó llamadas telefónicas periódicas, envíos por correo y retroalimentación.<sup>8</sup>

La pérdida de peso se produjo en ambos grupos; sin embargo, casi la mitad del grupo de intervención reforzada logró una pérdida de peso clínicamente significativa de al menos el 5% del peso corporal basal a los 12 meses (47,8% frente al 11,6%;  $p < 0,001$ ). A los 24 meses, el 33,3% de la intervención reforzada y el 24,6% de la intervención estándar tenían  $>5\%$  de pérdida de peso, y las diferencias entre los grupos ya no eran significativas. Hubo un aumento en la actividad física autoreportada, ya que el grupo de intervención mejorada afirmó realizar 126,1 minutos de ejercicio de moderado a intensidad alta por semana, en comparación con 73,7 minutos en el grupo estándar ( $p = 0,04$ ). Si bien hubo una reducción a 101,3 minutos en el grupo mejorado en la marca de 24 meses, seguía siendo superior a la rama de control en 75 minutos ( $p = 0,04$ ).<sup>8</sup>

Las entrevistas con los participantes después de la intervención destacaron que las llamadas telefónicas mensuales y el establecimiento de objetivos personalizados fueron lo más útil. Las principales conclusiones fueron:

1. El personal médico de atención primaria desempeña un papel fundamental a la hora de identificar a los pacientes que podrían beneficiarse de la ayuda/intervención en materia de obesidad y que están preparados para ello, y de remitirlos a los programas;
2. Las intervenciones a domicilio, adaptadas individualmente y con un contacto presencial mínimo, son eficaces para lograr una pérdida de peso clínicamente significativa; y
3. La gente valora los apoyos individualizados.

Las intervenciones pueden llevarse a cabo en entornos distintos de las clínicas.<sup>8</sup> Rejeski et al. realizaron un ensayo controlado aleatorio en un centro comunitario en el que compararon tres intervenciones: pérdida de peso, pérdida de peso y entrenamiento de resistencia, y pérdida de peso y entrenamiento aeróbico.<sup>12</sup> Los participantes eran personas adultas mayores (de 60 a 75 años de edad) que realizaban menos de 60 minutos de ejercicio de moderado a intenso a la semana, tenían un índice de masa corporal (IMC) entre 28 y 42 kg/m<sup>2</sup>, y tenían documentación de enfermedad cardiovascular o un diagnóstico de síndrome metabólico. Todos los grupos perdieron peso en comparación a la medición inicial: cambio medio ajustado al inicio de -6,1% (IC del 95%: -7,5% a -4,7%).<sup>12</sup>

Una estrategia constructiva en el ámbito de la atención primaria que puede utilizarse para promover la capacidad de las personas de participar activamente en su atención es darse cuenta del valor de trabajar con las personas para realizar pequeños cambios en los comportamientos de salud a lo largo del tiempo. El enfoque de Pequeños Cambios para el control de la obesidad es una intervención individualizada que anima a los participantes a marcarse pequeños objetivos que ellos mismos seleccionan en base a sus actuales patrones de comportamiento en materia de salud.<sup>11</sup> Pequeños Cambios plantea la hipótesis de que un déficit energético de 200-300 kcal al día puede ser suficiente para producir reducción de peso y mantenimiento de la pérdida de peso a largo plazo. Se cree que este enfoque del tratamiento reduce la sensación de privación y aumenta la autoeficacia y el empoderamiento, todo lo cual puede repercutir positivamente en la adherencia y el éxito a largo plazo.

El ensayo *Aspiring to Lifelong Health in VA (ASPIRE-VA)*, realizado por Lutes et al., es el único ensayo de control aleatorio en la atención primaria que evaluó la eficacia del enfoque Pequeños Cambios.<sup>11</sup> Se comparó entre veteranos estadounidenses con el programa habitual MOVE! de la Administración de Salud de Veteranos (VHA) para la pérdida de peso. Los veteranos con sobrepeso y obesidad fueron reclutados en dos centros médicos de la VHA y asignados aleatoriamente al grupo de Pequeños Cambios (grupo ASPIRE), al grupo de Pequeños Cambios por teléfono (ASPIRE-Teléfono) o al grupo de atención habitual (MOVE!). Los participantes que tenían un IMC promedio de 36,5 kg/m<sup>2</sup>, eran predominantemente hombres y declararon una alta prevalencia de comorbilidades de salud física y mental. Los asesores en salud son personas que no son médicos y que tienen al menos una licenciatura, pero no necesariamente experiencia

en psicología, cambio de comportamiento o *coaching*. Asistieron a un taller de formación de tres días y recibieron formación y supervisión continuas.<sup>11</sup>

Los participantes de ambas ramas de Pequeños Cambios se reunieron con los asesores en salud semanalmente durante los primeros tres meses, quincenalmente en los meses cuatro a nueve, y luego mensualmente de los meses 10 a 12. Los participantes de la atención habitual (MOVE!) se reunieron semanalmente durante 12 semanas, con opciones para continuar la atención de seguimiento después. El resultado principal fue el cambio de peso al comparar el basal después de 12 meses, y los resultados secundarios incluyeron resultados fisiológicos, conductuales y psicosociales, así como niveles de participación y adherencia.<sup>11</sup>

Los participantes de las tres ramas del ensayo perdieron un peso significativo a los 12 meses ( $p < 0,01$ ). Los del grupo ASPIRE perdieron significativamente más peso a los 12 meses que los de los otros dos grupos de tratamiento. (Grupo ASPIRE -2,8 kg, IC 95% -3,8 a -1,9; ASPIRE-Teléfono -1,4 kg, IC 95% -2,4 a -0,5; MOVE! -1,4 kg, IC 95% -2,3 a -0,4). Los porcentajes de personas que perdieron al menos 5% de su peso corporal basal a los 12 meses fueron del 23,8% en el grupo ASPIRE, del 21,7% en el grupo por teléfono ASPIRE y del 20,2% en el grupo MOVE! ( $p = 0,79$ ). Ambos programas ASPIRE tuvieron un nivel de compromiso más de dos veces superior al del programa MOVE! Los autores concluyeron que este tipo de enfoque de fijación de objetivos personalizados puede promover eficazmente la pérdida de peso; y que cuando se administraba en un entorno de grupo, era el más eficaz para producir una pérdida de peso clínicamente significativa a los 12 meses.<sup>11</sup>

## 5. ¿Cuáles son las estrategias para crear intervenciones de atención primaria que incluyan planes de manejo de la obesidad personalizados para los pacientes, que aborden el contexto vital individual del paciente y las causas fundamentales y apoyen la planificación de acciones?

Algunas de las políticas públicas realizadas en Chile para tratar de frenar el aumento de la malnutrición por exceso han sido:

- La instalación del Consejo Nacional para la Promoción de la Salud Vida Chile (2000-2005), una entidad de coordinación intersectorial, que fue reemplazada posteriormente por la Estrategia Global contra la Obesidad –EGOChile- (2006-2010);
- La creación en el año 2008 del Programa de Alimentación Saludable y Actividad Física para la Prevención de Enfermedades Crónicas en Niños, Niñas, Adolescentes y Adultos (PASAF), el cual fue reemplazado en el año 2011 por el Programa Vida Sana;
- La promoción del uso de etiquetado frontal de advertencia nutricional (Ley 20.606 del año 2012) con foco en la regulación del etiquetado, la publicidad y venta en el entorno escolar de alimentos altos en nutrientes críticos;



- La publicación de la Ley N° 20.670, de 2013, que crea el Sistema Elige Vivir Sano, constituido por políticas, planes y programas elaborados y ejecutados por distintos organismos del Estado, destinados a contribuir a generar hábitos y estilos de vida saludables;
- El establecimiento al incremento al Impuesto Adicional a Bebidas Analcohólicas (IABA) en el año 2014, con lo cual se aumenta el impuesto específico a las bebidas azucaradas, alcanzando al 18%;
- El lanzamiento de la Ley 20.869 en el año 2015, con la cual se regula la publicidad de los alimentos;
- En el año 2016, la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB), lanzó el programa “Contrapeso”, para ser implementado de forma paulatina en todos los establecimientos educacionales del sistema subvencionado del país. Incluía dentro del programa de Alimentación Escolar, por ejemplo, la incorporación de Salad Bar para la Educación Media, la incorporación de sal de mar en reemplazo de sal procesada, incorporación del 15% de los insumos en compras locales y 10% zonas rezagadas favoreciendo la compra de frutas y verduras frescas, restricción de azúcares libres al 5% de las calorías totales, y la promoción de actividad física a través de recreos participativos y usos de tecnologías;
- El lanzamiento de la Política Nacional de Actividad Física y Deporte 2016 -2025; y
- En enero 2018, la presentación de la Política Nacional de Alimentación y Nutrición (PAN), para enfrentar los problemas relacionados con la alimentación y nutrición en Chile.

Las 5As de Obesity Management™ (Averiguar/Preguntar, Analizar, Asesorar, Acordar, Asistir) son un conjunto de recursos y herramientas basadas en la evidencia para su uso en atención primaria. Se desarrollaron estas herramientas para resumir la evidencia sobre el manejo de la obesidad en consulta con pacientes, profesionales de atención médica y expertos en obesidad a través de la Red Canadiense de Obesidad (ahora Obesity Canada), apoyada por los Institutos Canadienses de Investigación en Salud y la Agencia de Salud Pública de Canadá.<sup>37</sup>

Rueda-Clausen et al., en un estudio no aleatorizado de diseño pre-post, mostraron que la aplicación de las 5As del manejo de la Obesidad dio lugar a un aumento del doble en el inicio del manejo de la obesidad (19% frente al 39%,  $p = 0,03$ ), y causó un aumento estadísticamente significativo en los esfuerzos de seguimiento/coordiación percibidos (componentes de la Evaluación del Paciente de la Atención de Enfermedades Crónicas autoinformada,  $45 \pm 22$  frente a  $67 \pm 12$  puntos,  $p = 0,002$ ), así como dos componentes del marco de las 5As: Analizar ( $50 \pm 29$  frente a  $66 \pm 15$  puntos,  $p = 0,03$ ) y Asistir ( $54 \pm 26$  frente a  $72 \pm 13$  puntos,  $p = 0,01$ ).<sup>38</sup>

Uno de los obstáculos es la confianza de los profesionales en la adopción de nuevos enfoques para el tratamiento de la

obesidad. El estudio del Equipo 5As co-creó una intervención con profesionales interdisciplinarios de atención primaria para aumentar la atención a la obesidad en un entorno de atención primaria. El análisis cualitativo del programa del Equipo 5As mostró cambios importantes que abordan las brechas identificadas por los profesionales en su práctica, y aumentaron su confianza en la realización de evaluaciones de la obesidad y el trabajo interdisciplinario.<sup>6</sup>

Se ha despertado el interés por desglosar el cuidado en la atención primaria para las personas con obesidad. Un elemento clave es apoyar el diálogo entre el profesional y el paciente, de forma que se adecuen las causas específicas de la obesidad y las barreras para su tratamiento y se ayude a aumentar la autoeficacia del paciente en el tratamiento de su salud en general.<sup>39</sup> En un estudio cualitativo en profundidad se incluyeron 20 pacientes y se grabaron en video los encuentros entre el profesional y el paciente. También se entrevistó a los pacientes y a los profesionales por separado, y se examinaron los impactos del encuentro a través de los diarios de los pacientes y de las entrevistas de seguimiento a los pacientes dos veces en un lapso aproximado de dos meses. Se identificaron ocho procesos clave que fomentan relaciones mediante una atención apropiada y planes de atención razonables que, en última instancia, ayudan a los pacientes a realizar cambios manejables para mejorar su salud general. Estos procesos incluyen:

1. Escucha compasiva y real;
2. Dar sentido a la historia;
3. Reconocer las fortalezas;
4. Cambio de creencias sobre la obesidad;
5. Centrarse en la salud integral de la persona;
6. Planificación de la acción;
7. Fomentar la reflexión; y
8. Experimentar.<sup>39</sup>

Este enfoque de deliberación colaborativa dio lugar a que los pacientes experimentaran un aumento en la esperanza, la autoeficacia, la autocompasión, la autoaceptación y el cambio sostenible para mejorar su salud. Los pacientes también informaron de mejoras percibidas en dimensiones de la salud física, como el sueño, el aumento de la fuerza, la energía y la resistencia, y la disminución del dolor y la fatiga.<sup>39</sup>

Dentro de la estructura teórica de la deliberación colaborativa, la entrevista motivacional es un enfoque que aumenta la automotivación, la autoeficacia y las restricciones alimentarias flexibles, y contribuye a mantener mejor la nutrición y los resultados del ejercicio a largo plazo. Basada en la potenciación de los patrones de motivación intrínseca, la entrevista motivacional se identifica como un método eficaz para contribuir

al mantenimiento a largo plazo de los cambios de conducta; y, en particular, al mantenimiento a largo plazo de la pérdida de peso y la actividad física regular. Además, es una estrategia que puede utilizarse para personalizar una intervención en función de los objetivos específicos de cada persona, en lugar de dictar un régimen estricto y predeterminado.

De Vos et al. evaluaron la eficacia a largo plazo de una intervención de pérdida de peso a la medida, que implicaba cambios en la nutrición y el ejercicio, utilizando el enfoque de la entrevista motivacional, con relación a la salud y el comportamiento de las mujeres con sobrepeso y obesidad.<sup>9</sup> Este estudio formaba parte de un ensayo controlado aleatorio sobre la prevención de la osteoartritis de rodilla denominado estudio PROOF (Prevention of knee Osteoarthritis in Overweight Females). Las mujeres de entre 50 y 60 años con un IMC superior a 27 kg/m<sup>2</sup> y que no padecían osteoartritis según la Asociación Americana de Reumatología, fueron asignadas aleatoriamente al grupo de intervención o al grupo de control. Los integrantes del grupo de intervención se reunieron con un nutricionista que utilizó la entrevista motivacional para establecer objetivos específicos de comportamiento adaptados individualmente incluyendo un seguimiento de 2,5 años de duración. También se invitó a los participantes a 20 sesiones de ejercicios con una persona experta en kinesiología.

Los del grupo de control no recibieron ninguna intervención y se les invitó a realizar cualquier actividad de promoción de la salud por su cuenta. Algunos de los resultados fueron el cambio de peso con respecto al inicio, la pérdida de peso categórica, los cambios en la actividad física, los hábitos nutricionales, la calidad de vida y el porcentaje de grasa corporal. Se les realizó seguimiento durante un período de 6,6 años después de la asignación aleatoria. La pérdida promedio de peso en el grupo de intervención a los seis y 12 meses fue significativamente mayor que en el grupo de control, pero las diferencias en el cambio de peso fueron pequeñas y no significativas después de 24 meses.<sup>9</sup> A los 6,6 años, el 19% del grupo de intervención perdió 5 kg o el 5% de su peso corporal inicial, en comparación con el 22% del grupo de control. A los 6,6 años, el 60,7% de todos los participantes aceptaron el seguimiento, sin que hubiera diferencias significativas en la deserción entre los dos grupos asignados aleatoriamente.

Esta cohorte era más sana, tenía un nivel socioeconómico más alto y se adhería más a la intervención de nutrición y ejercicio. En la cohorte total con datos de seguimiento disponibles, el 51% de las mujeres tenía un peso corporal inferior a su línea de base, y el 19% estaba 5 kg o 5% por debajo de su línea de base con datos de seguimiento. A los 6,6 años no había diferencias significativas entre los grupos en cuanto al peso. Hubo un efecto duradero y muy discreto de la intervención sobre el cambio en la actividad física, con diferencias significativas a favor de la intervención en todos los puntos temporales, excepto a los 12 meses (tamaño del efecto de Cohen  $d = 0,16$  a  $0,19$  entre los seis y los 80 meses).<sup>9</sup> Considerando que esta intervención estaba especialmente dirigida a lograr el mantenimiento a largo plazo de los cambios en el comportamiento de salud, apoya a que la

intervención personalizada utilizando la entrevista motivacional pueda traducirse en cambios en el comportamiento de salud que perduran durante un largo período de tiempo.

## **6. ¿Qué papel tienen la atención plena y la terapia de aceptación y compromiso como complementos de la terapia conductual multicomponente en las intervenciones de atención primaria?**

Ha surgido un interés por la terapia de aceptación y compromiso (TAC) y la atención plena en el tratamiento de la obesidad, como se destaca en el capítulo [Intervenciones psicológicas y conductuales eficaces en el tratamiento de la obesidad](#). Las intervenciones de atención plena se centran en cultivar una conciencia del momento con curiosidad y aceptación de los pensamientos, las reacciones y los acontecimientos externos. Esto es similar a la aceptación sin juicios de valor de los pensamientos y sentimientos (ACT), con un enfoque en los comportamientos basados en valores.<sup>40</sup>

Una revisión sistemática realizada por Rogers et al. evaluó la eficacia de las intervenciones en las que se centraba la terapia basada en la atención plena. Se incluyeron estudios que contemplaban múltiples sesiones y si los participantes tenían 18 años o más y un IMC de al menos 25 kg/m<sup>2</sup>. Con este criterio de inclusión, los autores encontraron tres tipos de implementación de atención plena: atención plena multifacética, terapia de aceptación y compromiso y meditación de atención plena. Estas intervenciones variaron en intensidad, desde cuatro hasta 40 sesiones, y desde 20 minutos hasta un taller de un día completo.<sup>9</sup>

En esta revisión sistemática se incluyeron tanto estudios observacionales como ensayos de control aleatorios. Los autores justificaron esta decisión como un método para comparar los tamaños de los efectos entre los diseños de los ensayos no experimentales y los de los controles aleatorios. También hubo una heterogeneidad clínica significativa entre los estudios. Considerando solo los resultados específicos de los siete ensayos de control aleatorio, hubo una pérdida de peso promedio de 3,5 kg ( $n = 4$ ,  $0,1 - 10,1$  kg). La dimensión del efecto en términos de ansiedad y conductas alimentarias fue promedio; y para las actitudes alimentarias y el IMC, los tamaños del efecto fueron pequeños. No se observaron tamaños de efecto significativos para la calidad de vida y la metacognición. La heterogeneidad dentro del grupo fue baja para todos los factores, excepto para los comportamientos alimentarios, que se consideraron altos.<sup>9</sup>

Los únicos estudios que incluyeron seguimientos fueron los de la terapia de aceptación y compromiso. Se comprobó que, tras la intervención, la mayoría de los participantes mantuvieron su pérdida de peso durante cuatro y seis meses. Entre estos hallazgos se encuentra un estudio de Forman et al., que descubrió que el 64% de los participantes era capaz de mantener una reducción del 10% del peso seis meses después del tratamiento.<sup>41</sup> Estos resultados se compararon con un tratamiento conductual estándar basado en el Programa de Prevención de la Diabetes (DPP por sus siglas en inglés), en el que solamente el 46% de los participantes era capaz de mantener una reducción del 10% del peso. Al éxito

de este programa puede deberse a su diseño intensivo en el que se impartieron 30 sesiones de grupo de 75 minutos.<sup>41</sup> Sin embargo, Rogers descubrió que más de 12 horas de tratamiento en total no dieron lugar a efectos mayores en los resultados individuales en comparación con las intervenciones de menos de 12 horas de tratamiento en total.<sup>40</sup>

Palmeira et al. llevaron a cabo un pequeño ensayo de control aleatorio para probar la eficacia de una intervención combinada de atención plena y aceptación y compromiso para reducir el autoestigma del peso, los patrones alimentarios poco saludables y aumentar la calidad de vida en mujeres con sobrepeso y obesidad tratadas en la práctica de atención primaria.<sup>42</sup> Ellos describieron la intervención correctamente. Hubo un aumento significativo de la calidad de vida relacionada con la salud y del ejercicio físico, con una disminución del autoestigma del peso, de las conductas alimentarias poco saludables, del IMC, de la autocrítica y de evitar experiencias relacionadas con el peso en las medidas validadas. No hubo una diferencia significativa en cuanto a autocompasión o atención plena.<sup>42</sup> Las investigaciones futuras deberán considerar si estos cambios se sostienen, ya que se trata de un estudio de intervención breve.

## **7. ¿Qué sabemos sobre la eficacia de las intervenciones conductuales multicomponentes, solas o combinadas con cambios en la conducta de salud e intervenciones farmacológicas en el ámbito de la atención primaria?**

Peirson et al. llevaron a cabo un metaanálisis de revisión sistemática de la eficacia de las intervenciones conductuales (que se definen como dieta, ejercicio y estilo de vida) y farmacológicas multicomponentes generalizables al ámbito de la atención primaria en Canadá.<sup>13</sup> Ampliaron la revisión anterior para el Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos (USPSTF) realizada por Leblanc et al.<sup>43</sup> Identificaron 68 estudios, de los cuales 66 eran ensayos controlados aleatorios, que analizaban la eficacia de las intervenciones para tratar el sobrepeso y la obesidad en personas adultas (IMC >25 kg/m<sup>2</sup>). En esta revisión los medicamentos incluidos fueron el orlistat y la metformina.<sup>13</sup> Concluyeron que, en el caso de los participantes en la intervención, el riesgo relativo de pérdida de más del 5% del peso corporal fue de 1,77 (IC del 95%: 1,58 a 1,99; NNT: 5, IC 95% 4 a 7). Los participantes en la intervención con prediabetes tuvieron una menor incidencia de diabetes tipo 2 (RR 0,62; IC del 95%: 0,50-0,77; NNT: 17, IC 95% 13 a 29). No hubo diferencias entre las intervenciones conductuales y las farmacológicas en ningún resultado con relación al peso en los casos de orlistat y metformina. Los agentes más recientes no se incluyeron en esta revisión de 2014.<sup>13</sup>

En 2014, Booth et al. llevaron a cabo una revisión sistemática y un metaanálisis de intervenciones conductuales multicomponentes realizadas en el ámbito de la atención primaria sobre la pérdida de peso de los participantes.<sup>44</sup> Esta revisión se centró en 15 ensayos controlados aleatorios que analizaban las técnicas de cambio de conducta realizadas en la atención primaria, algunas de las cuales también se incluyeron en la revisión de Peirson. En esta

revisión, hubo un alto nivel de heterogeneidad o de participantes, intervenciones, componentes conductuales y modelos de entrega, así como un informe deficiente de la metodología y los resultados.<sup>44</sup>

Lv et al. abordaron la cuestión de si las intervenciones conductuales multicomponentes eran eficaces para la pérdida de peso en personas con IMC >35 kg/m<sup>2</sup>.<sup>45</sup> Esta revisión sistemática identificó 12 estudios que probaron una intervención dietética y/o de actividad física con un componente de modificación conductual frente a un comparador, tuvieron un período de seguimiento de >6 meses y tuvieron un resultado primario relacionado con el peso. Hubo una importante heterogeneidad clínica y estadística, por lo que no se realizó un metaanálisis. Hubo algunas intervenciones que dieron lugar a una proporción comparativamente mayor de participantes que lograron una pérdida de peso clínicamente significativa. Estas tendieron a ser más intensivas y con una duración superior a un año, varias intervenciones lograron un alto porcentaje de pérdida de peso ofreciendo estancias en hospitales o en centros de rehabilitación, que no son pragmáticas ni sostenibles para la atención primaria.<sup>45</sup>

En una evaluación de estudios más largos con al menos 12 meses de seguimiento, Hartmann-Boyce et al. llevaron a cabo una revisión sistemática de la eficacia de los programas de manejo de la obesidad con componentes múltiples que contenían intervenciones dietéticas, de actividad física y de cambio de comportamiento.<sup>14</sup> Los tipos de contacto, la frecuencia y el contenido fueron heterogéneos; curiosamente, se observaron componentes similares entre las intervenciones conductuales, la mayoría de las cuales fueron eficaces. Utilizaron la metarregresión para evaluar las características de los programas que afectan a la pérdida promedio de peso. De los 37 estudios incluidos, 14 fueron evaluados como de bajo riesgo de sesgo. Pocos estudios de este análisis evaluaron la eficacia en contextos cotidianos; los resultados agrupados de las cinco intervenciones realizadas por equipos de atención primaria no mostraron un efecto sobre el peso.<sup>14</sup> Lamentablemente, los datos en general son demasiado imprecisos para determinar los elementos de las intervenciones que aumentan la eficacia, incluidos la frecuencia y el tipo de contacto.

Más recientemente, LeBlanc et al. completaron una revisión sistemática revisada para el USPSTF en la que se analizaban las intervenciones conductuales y farmacoterapéuticas contra la obesidad de múltiples componentes para prevenir la morbilidad y la mortalidad relacionadas con la obesidad en personas adultas.<sup>46</sup> Después de la publicación original del 2011,<sup>43</sup> LeBlanc destacó que había variabilidad en la naturaleza de las intervenciones, pero aun así observó que las intervenciones contra la obesidad basadas en la conducta, con o sin farmacología, daban lugar a una mayor pérdida de peso en comparación a las condiciones habituales. Proporcionan un excelente resumen de los estudios de intervenciones para la pérdida de peso, excluyendo los estudios de poblaciones seleccionadas en función de la presencia de una enfermedad crónica en los que la pérdida de peso o el control de peso están indicados para el control de la enfermedad crónica.<sup>46</sup>

Kanaya et al. llevaron a cabo un ensayo controlado aleatorio con 415 pacientes  $\geq 21$  años de edad con obesidad y más de un factor de riesgo cardiovascular (hipertensión, diabetes o hipercolesterolemia).<sup>15</sup> Había tres ramas en el estudio: una intervención conductual para la pérdida de peso con apoyo proporcionado por asesores para la pérdida de peso principalmente a través de sesiones individuales y de grupo presencial (grupo presencial,  $n = 138$ ), una intervención conductual para la pérdida de peso con apoyo proporcionado por teléfono (grupo a distancia,  $n = 139$ ), y la pérdida de peso autodirigida ( $n = 138$ ). Ambas intervenciones conductuales incluían el contacto regular con los pacientes por correo electrónico, el acceso a un sitio web específico del estudio y la participación del personal de atención primaria en realizar un seguimiento del progreso de los pacientes (pérdida de peso) y en proveer estímulos (no especificados). A los dos años, ambas intervenciones conductuales demostraron una mayor pérdida de peso que un enfoque autodirigido. Sin embargo, no hubo mayor diferencia entre las dos intervenciones conductuales. Concluyeron que las intervenciones conductuales realizadas en persona o a distancia eran mejores que un enfoque autodirigido para la pérdida de peso a los dos años en pacientes con obesidad.<sup>15</sup>

## 8. ¿Cuáles son los formatos eficaces de los programas de asistencia sanitaria primaria y programas de atención primaria para el control de la obesidad?

Aunque no hay evidencia suficiente para concluir cuáles son los formatos óptimos para la programación, se ha realizado un gran número de buenos trabajos que pueden informar sobre los esfuerzos actuales para diseñar la misma. En esta sección, consideraremos diferentes elementos que podemos extraer del trabajo existente de alta calidad que pueden ser de utilidad a los desarrolladores de programas.

### I. Estructura de la intervención

Una de las intervenciones más sólidas en atención primaria dirigida a la prevención de la diabetes es el estudio seminal DPP<sup>16</sup>. El estudio DPP asignó aleatoriamente a 3234 pacientes con mayor riesgo de desarrollar diabetes a una intervención conductual intensiva de nutrición y ejercicio frente a terapias farmacéuticas o placebo, demostrando una reducción significativa de la incidencia de la diabetes y del peso.<sup>16</sup> Basándose en este trabajo, Ma et al. realizaron un ensayo de control aleatorio para evaluar una versión adaptada de la intervención conductual DPP para las personas con sobrepeso y obesidad.<sup>17</sup> Se reclutaron a los pacientes en una clínica de atención primaria de Silicon Valley y para su inclusión se consideró si tenían 18 años de edad como mínimo, un IMC de al menos  $25 \text{ kg/m}^2$  y si mostraban signos de prediabetes o síndrome metabólico.

Los participantes fueron asignados aleatoriamente a una intervención dirigida por un asesor o a un programa de DVD autodirigido, o fueron asignados a la atención habitual. Los integrantes de cada uno de los grupos de intervención completaron una fase de esta actividad de tres meses y una fase

de mantenimiento de 12 meses. La fase de intervención incluyó 12 sesiones semanales, impartidas por un asesor o a través de DVD, así como una sesión inicial sobre la fijación de objetivos y el autocontrol. El mantenimiento incluyó mensajes motivacionales estandarizados; sin embargo, los que estaban en el grupo dirigido por el asesor recibieron mensajes personalizados mensualmente con retroalimentación.<sup>17</sup>

Ambas intervenciones condujeron a reducciones clínicamente significativas en el peso corporal, mejoras en la circunferencia de la cintura y en la glucemia en ayunas en comparación con la atención habitual durante un período de 15 meses. En el mes 15, el IMC era: Dirigido por el asesor:  $(-2,2 \text{ kg} \pm 0,3)$  frente a la atención habitual  $(0,9 \pm 0,3)$ ,  $p < 0,001$ . La intervención autodirigida logró:  $(-1,6 \text{ kg} \pm 0,3)$  frente a la atención habitual  $p = 0,02$ .<sup>17</sup> El 37% de los participantes del grupo dirigido por el asesor y el 35,9% del grupo autodirigido lograron una pérdida de peso clínicamente significativa del 7%. Esta cifra fue significativamente mayor en comparación con el tratamiento habitual, que fue del 14,4%. Una de las limitaciones de este estudio es que los participantes pertenecían a un grupo demográfico de altos ingresos. Los estudios futuros deberían considerar esta intervención con personas de diferente estatus socioeconómico.<sup>17</sup>

Borek et al. realizaron una revisión sistemática y metaanálisis de los ensayos de control aleatorio de intervención sobre la obesidad basados en la nutrición y la actividad física en grupo, centrados en evaluaciones adecuadas para la población general.<sup>18</sup> De los 47 estudios incluidos, el 38% se evaluó como de bajo riesgo de prejuicio. Destacaron otros retos en la información de buena calidad de las intervenciones.<sup>18</sup> Observaron que los ensayos informaban con mayor frecuencia de la duración de la intervención, y de la frecuencia y el número de sesiones de grupo. Sin embargo, hubo pocos informes sobre la capacitación a los facilitadores de grupos, la continuidad de la asignación de los facilitadores a los grupos, la continuidad de los miembros de los grupos y los detalles de cómo se asignaron los participantes a los grupos. Hubo variabilidad en el número de sesiones y su duración, así como en el contenido de las intervenciones. Los hallazgos no demostraron que la disposición en la que se realizaban las intervenciones se asociara significativamente con la eficacia de la misma, ni pudieron determinar si el tiempo de contacto se asociaba estrechamente a su eficacia.<sup>18</sup>

La revisión destacó dos estudios de alta calidad, bajo riesgo de sesgo y considerable potencial.

1. El estudio Nutrition and Exercise in Women (NEW), realizado por Foster-Schubert et al., comparó el impacto de la pérdida de peso a través de la dieta, del ejercicio aeróbico de intensidad moderada a alta, de las intervenciones combinadas de nutrición y ejercicio y del tratamiento habitual.<sup>47</sup> El porcentaje de pérdida de peso se midió a través de una absorciometría de rayos X de doble energía. El análisis final incluyó a 439 mujeres adultas, y a los 12 meses la intervención combinada de nutrición y ejercicio dio lugar a una pérdida de peso promedio del -10,8% de la grasa total, que fue significativamente mayor que la del control.

Los cambios en la nutrición sólo dieron lugar a una pérdida de peso promedio del -8,5%, mientras que el ejercicio dio lugar a una pérdida de peso promedio del -2,4%.<sup>47</sup> Esto sugiere que las intervenciones grupales que incluyen tanto la nutrición como el ejercicio dan como resultado una pérdida de peso clínicamente significativa.

2. El estudio Woman on the Move Through Activity and Nutrition (WOMAN), realizado por Kuller et al., comparó un grupo de educación sanitaria con un grupo de cambio de conducta que incluía objetivos dietéticos y de actividad física.<sup>48</sup> Descubrieron que los participantes perdieron la mayor cantidad de peso entre los seis y los 30 meses. Sin embargo, esto no se mantuvo al final del ensayo de 48 meses; la pérdida promedio de peso fue de 3,4 kg.<sup>48</sup>

## II. ¿Existen datos sobre la combinación óptima de profesionales que realizan la intervención?

Aunque los datos sugieren que el equipo interdisciplinario puede ser importante, no hay datos suficientes para comprender cuál sería la estructura óptima de estos equipos. En todas las revisiones sistemáticas, los tipos de contacto con los pacientes eran muy variados, ya que incluían sesiones por Internet, por teléfono, individuales y en grupo. Esta heterogeneidad dio lugar a datos demasiado imprecisos para sacar conclusiones sobre el formato de los programas eficaces.

La revisión sistemática y el metaanálisis de Cochrane de Flodgren et al. informaron sobre un estudio con 270 adultos que se centró en intervenciones organizacionales, evaluando si las personas adultas pueden perder más peso si son atendidas por un nutricionista o un equipo médico-nutricionista (evidencia de baja certeza).<sup>20</sup> Como se destacó anteriormente en el ensayo de Ma, surtió buen efecto la intervención dirigida por un asesor apoyado por un nutricionista y un instructor de fitness.<sup>17</sup>

Holtrop et al. exploraron además el papel de los gestores en la atención primaria para ayudar a los pacientes a coordinar su atención y autogestionar la diabetes y la obesidad.<sup>49</sup> Realizaron un ensayo aleatorio por grupos en 10 clínicas de atención primaria en Michigan. La intervención de gestión de la atención se centró en la formación del personal existente y de los nuevos gestores de la atención. También supuso la incorporación de un programa informático de gestión de la atención y la modificación del registro médico electrónico existente. Se nombró un nuevo gestor de cuidados. La intervención también incluía formación sobre estrategias de cambio de comportamiento, salud conductual, evaluaciones, una guía de recursos comunitarios y sesiones de práctica continuas para mejorar la práctica. Se recogieron datos sobre una amplia gama de indicadores de enfermedades crónicas. En los pacientes sin diabetes, descubrieron que el 26% de los pacientes que formaron parte de la intervención perdieron más del 5% de su peso en un año (IC del 95%: 2% a 28%) en comparación con el 10% de los pacientes sujetos de comparación. Este no fue el caso para los pacientes con diabetes.<sup>49</sup>

Una revisión sistemática realizada por Mitchell et al. evaluó si las consultas individuales de los nutricionistas en entornos de atención primaria eran eficaces con respecto a la antropometría, los indicadores clínicos y la ingesta dietética.<sup>50</sup> En el análisis final se incluyeron veintiséis ensayos controlados aleatorios, muchos de los cuales se llevaron a cabo en clínicas de atención primaria ambulatoria. La duración de la intervención osciló entre 3 y 12 meses. 18 de los 25 estudios arrojaron un tamaño de efecto positivo en los indicadores antropométricos, clínicos y/o de ingesta dietética, dependiendo del enfoque del estudio. Las intervenciones centradas en reducir el peso o en limitar el peso gestacional demostraron su eficacia. Al diseñar una intervención basada en la nutrición, los autores sugieren que los nutricionistas deberían ayudar a los pacientes a cambiar su comportamiento dietético.<sup>50</sup> Una limitación en este estudio sistemático es que no incluyó estudios con bajo riesgo de sesgo; 14 tenían un alto riesgo de sesgo y 12 tenían informes poco claros o inadecuados y no pudieron clasificarse.

Molenaar et al. llevaron a cabo un ensayo de control aleatorio exitoso sobre la práctica en la atención primaria, en el que se compararon dos intervenciones (N = 67 cada una) con ninguna intervención (N = 37).<sup>51</sup> Un nutricionista realizó una intervención de asesoramiento nutricional individual en siete sesiones (40 minutos, seguidas de 20 minutos de duración) durante seis meses, con seguimiento a los 12 meses. Esta intervención se comparó con una intervención de asesoramiento nutricional y de ejercicio en la que, además de la intervención nutricional, los participantes recibieron seis sesiones de asesoramiento individual con un kinesiólogo durante seis meses, y seguimiento a los 12 meses. La intervención nutricional se centró en los importantes beneficios para la salud de una pérdida de peso de entre el 5% y el 10%, haciendo hincapié en los cambios pequeños y realistas y en las expectativas realistas.

Los objetivos individualizados y alcanzables para la salud, la nutrición y la reducción de la ingesta calórica efectiva se personalizaron según el historial y las rutinas dietéticas, con la fijación de objetivos y seguimiento. Para la intervención de ejercicio, se evaluó el estado inicial y se elaboraron objetivos alcanzables individualizados en conjunto con los participantes. La adherencia fue muy buena durante el periodo intensivo de seis meses, con un 82% de deserción debido a razones médicas, problemas logísticos, razones personales y necesidades no satisfechas en las sesiones de asesoramiento. Tanto el grupo nutricional como el nutricional más ejercicio perdieron más peso que el control a los seis meses: -2,7 (-4,2 a -1,1) kg y -3,5 (-5,1 a -1,8) kg, respectivamente. A los 12 meses, el grupo de asesoramiento nutricional había conseguido -1,3 (-4,0 a -1,4) kg y el grupo de nutrición más ejercicio había conseguido -2,4 (-5,2 a 0,5) kg.<sup>51</sup>

En muchos contextos clínicos de atención primaria el acceso a los nutricionistas puede ser limitado. En un breve ensayo de control aleatorio bien realizado, Davis et al. aprovecharon un enfoque de equipo para crear una guía y evaluaron si un programa de control de peso adaptado que abordaba las necesidades de las mujeres afroamericanas de bajos ingresos con sobrepeso



u obesidad produciría una mayor reducción de peso que la atención médica estándar por sí sola.<sup>52</sup> La intervención adaptada consistió en seis visitas activas mensuales de 15 minutos con sus médicos de atención primaria frente a la atención habitual. Los médicos recibieron siete horas de formación sobre entrevistas de motivación, estrategias de comportamiento para la pérdida de peso, recomendaciones dietéticas adecuadas, lectura de las etiquetas de los alimentos y estrategias relacionadas con la preparación de alimentos saludables.

Cada participante se sometió a una exhaustiva evaluación de referencia en la que se consideraron diversos comportamientos de salud relacionados con la nutrición y la actividad física, así como otras dimensiones de la salud como el estado de ánimo, la autoeficacia y el estrés. Los pacientes asignados al grupo de intervención a medida recibieron recomendaciones por escrito de un psicólogo sanitario, un nutricionista titulado y un médico deportivo. El médico entregó estas recomendaciones que se adaptaron específicamente a la persona, teniendo en cuenta su origen socioeconómico y su perspectiva cultural. Los médicos proporcionaron información al equipo multidisciplinario, lo que constituyó la base para otras recomendaciones. El 20% de los participantes abandonó el estudio. El grupo de intervención perdió significativamente más peso que los del grupo de atención estándar (-2,0 kg, DE = 3,2, frente a +0,2 DE = 2,9; p = 0,03). Aunque la diferencia en el cambio de peso fue significativa entre los dos grupos, la pérdida de peso fue discreta (-1,78% en el grupo de intervención adaptada frente a +0,19% en el grupo de atención estándar), y el 12,5% del grupo de intervención había perdido el 5% de su peso corporal a los seis meses.<sup>52</sup>

### III. ¿Qué sabemos sobre las estrategias para ampliar las intervenciones de atención primaria para interactuar de forma asíncrona con un mayor número de pacientes?

El capítulo de este guía dedicado a [Tecnologías emergentes y medicina virtual para el tratamiento de la obesidad](#) explora la evidencia en torno al uso de la tecnología para apoyar las interacciones asíncronas con un mayor número de pacientes. En esta sección destacaremos solo algunos de los puntos relevantes para el contexto de la práctica en la atención primaria.

En 2014, Bennet et al. llevaron a cabo una revisión sistemática para evaluar la eficacia de las intervenciones electrónicas basadas en la web, específicamente en personas adultas pertenecientes a grupos minoritarios con sobrepeso u obesidad.<sup>53</sup> Se identificaron seis ensayos que cumplían los criterios de inclusión de ser realizados entre minorías étnicas. Se logró una mayor pérdida de peso en el grupo de intervención en comparación con el grupo de control. Se lograron mayores resultados de pérdida de peso con la intervención de salud por vía electrónica en relación con los controles, pero el efecto de pérdida de peso fue de un nivel bajo.<sup>53</sup> Cabe destacar también que no todas las intervenciones se llevaron a cabo en el entorno de la atención primaria, ni todas tuvieron en cuenta el contexto cultural.

Más recientemente, un ensayo clínico realizado por Hageman et

al. comparó la eficacia de una intervención basada únicamente en la web, con intervenciones basadas en la web complementadas con un grupo de apoyo de discusión dirigido por pares o con asesoramiento profesional por correo electrónico para lograr un cambio en el peso corporal. Este ensayo descubrió que un 42% de los participantes que solo utilizaron la web, un 38% de los que utilizaron la web más el grupo de discusión y un 51% de los que utilizaron la web más el correo electrónico fueron capaces de conseguir una pérdida de peso clínicamente relevante de > 5% a los seis meses.<sup>54</sup> La mitad de los participantes recuperaron el peso a los 30 meses. Esto podría deberse a que la intervención dietética era más indicativa y no individualizada; y, por lo tanto, insostenible. El uso de intervenciones basadas en la web puede seguir siendo una opción rentable en la comunidad para lograr una pérdida de peso relevante, especialmente en aquellas comunidades donde los recursos son escasos. Para mitigar la recuperación de peso, lo ideal es que el asesoramiento sobre la dieta y la actividad física se adapte a cada persona.

Esto se evaluó en el reciente estudio Positive Online Weight Reduction (POWeR). En este amplio estudio de control aleatorio, Little et al. evaluaron la eficacia clínica y la efectividad en relación con el costo de una intervención conductual basada en Internet con apoyo regular presencial o a distancia en la atención primaria, en comparación con el asesoramiento breve.<sup>19</sup> POWeR es una intervención de control de peso basada en Internet, de 24 sesiones a lo largo de seis meses. El programa fomenta el cambio a opciones alimentarias más saludables, en lugar de hacer hincapié en la restricción de alimentos o en un enfoque indicativo. A efectos de este estudio, una vez que los participantes se inscribieron, se les asignó aleatoriamente a POWeR solo (el grupo de control), a POWeR + F (apoyo presencial de la enfermera durante un máximo de siete visitas) o a POWeR + R (apoyo remoto de la enfermera mediante un máximo de cinco correos electrónicos o llamadas telefónicas). El envío de mensajes de texto es apropiado. La tasa de finalización fue del 81%.

A los 12 meses, el grupo de control (POWeR) mantuvo una pérdida de peso de 2,7 kg, el grupo POWeR + F logró una pérdida de peso adicional de 1,5 kg (IC del 95%: 0,6 a 2,4; p = 0,001), y POWeR + R logró una reducción de peso adicional de 1,3 kg (IC del 95%: 0,34 a 2,2; p = 0,007). La pérdida de peso no fue estadísticamente relevante entre los tres grupos; sin embargo, se logró una pérdida de peso clínicamente significativa de al menos el 5% del peso basal en el 20% del grupo POWeR, el 29,2% del grupo POWeR + F (IC del 95%: 0,96 a 2,51) y el 32,4% del grupo POWeR + R (IC del 95%: 1,31 a 2,74). Los autores concluyeron que este programa conductual basado en la web se traduce en una pérdida de peso clínicamente significativa en el 20% de las personas, con un 10% adicional de participantes que mantienen una pérdida de peso valiosa cuando se combina con un intervalo breve de apoyo.<sup>19</sup> El mantenimiento más allá de un año aún no está claro. Sin embargo, el mensaje es apropiado y puede adaptarse más fácilmente. Se trata de una estrategia práctica y de bajo costo con potencial para su aplicación generalizada en el ámbito comunitario.



## CONCLUSIÓN

La obesidad es una enfermedad crónica y recidivante cuyas causas son múltiples y tienen un impacto significativo en la vida y salud de las personas. La prevalencia de la obesidad sugiere que debe abordarse de forma temprana, eficaz y continua en la atención primaria en salud, donde existe una capacidad potencial para tratar la obesidad a mayor escala. Los beneficios de hacerlo son innumerables, no solamente para reducir la avalancha de enfermedades crónicas en nuestros sistemas de salud, sino también para mejorar la vida de las personas al reducir el sufrimiento y mejorar la salud mental, física y emocional. Para empezar a hacerlo, tenemos que cambiar los corazones y las mentes. Tenemos que respetar y tratar la obesidad como una enfermedad médica, educar al personal médico en su formación y apoyar su capacidad para realizar este trabajo en la práctica. En los últimos años, se ha realizado un enorme trabajo para ayudarnos a comprender mejor la fisiopatología de esta enfermedad y para desarrollar enfoques y tratamientos nuevos y eficaces para abordarla. Con una traducción efectiva de estos nuevos conocimientos en acción, podemos avanzar con optimismo. Esperamos que este capítulo sirva para apoyar el esfuerzo de transformación necesario para mejorar la atención a las personas que viven con sobrepeso u obesidad.

**Más información:** [info@ifsochile.cl](mailto:info@ifsochile.cl)



## Referencias

1. Torti J, Luig T, Borowitz M, Johnson JA, Sharma AM, Campbell-Scherer DL. The 5As team patient study: patient perspectives on the role of primary care in obesity management. *BMC Fam Pract*. 2017;18(1). doi:10.1186/s12875-017-0596-2
2. Kirk SFL, Price SL, Penney TL, et al. Blame, shame, and lack of support: A multilevel study on obesity management. *Qual Health Res*. 2014;24(6). doi:10.1177/1049732314529667
3. Faruqi N, Spooner C, Joshi C, et al. Primary health care-level interventions targeting health literacy and their effect on weight loss: A systematic review. *BMC Obes*. 2015;2(1). doi:10.1186/s40608-015-0035-7
4. Asselin J, Osunlana AM, Ogunleye AA, Sharma AM, Campbell-Scherer D. Challenges in interdisciplinary weight management in primary care: lessons learned from the 5 A s T eam study . *Clin Obes*. 2016;6(2). doi:10.1111/cob.12133
5. Asselin JD, Osunlana A, Ogunleye A, Sharma AM, Campbell-Scherer D. Challenges and Facilitators to Interdisciplinary Weight Management Collaboration in Primary Care. *Can J Diabetes*. 2015;39. doi:10.1016/j.cjcd.2015.01.202
6. Asselin J, Salami E, Osunlana AM, et al. Impact of the 5As Team study on clinical practice in primary care obesity management: a qualitative study. *CMAJ Open*. 2017;5(2). doi:10.9778/cmajo.20160090
7. Kirk SFL, Penney TL, McHugh TLF, Sharma AM. Effective weight management practice: A review of the lifestyle intervention evidence. *Int J Obes*. 2012;36(2). doi:10.1038/ijo.2011.80
8. Eaton CB, Hartman SJ, Perzanowski E, et al. A randomized clinical trial of a tailored lifestyle intervention for obese, sedentary, primary care patients. *Ann Fam Med*. 2016;14(4). doi:10.1370/afm.1952
9. De Vos BC, Runhaar J, Van Middelkoop M, Krul M, Bierma-Zeinstra SMA. Long-term effects of a randomized, controlled, tailor-made weight-loss intervention in primary care on the health and lifestyle of overweight and obese women. *American Journal of Clinical Nutrition*. 2016;104(1). doi:10.3945/ajcn.116.133512
10. Perez LG, Arredondo EM, Elder JP, Barquera S, Nagle B, Holub CK. Evidence-based obesity treatment interventions for Latino adults in the U.S.: A systematic review. *Am J Prev Med*. 2013;44(5). doi:10.1016/j.amepre.2013.01.016
11. Lutes LD, Damschroder LJ, Masheb R, et al. Behavioral Treatment for Veterans with Obesity: 24-Month Weight Outcomes from the ASPIRE-VA Small Changes Randomized Trial. *J Gen Intern Med*. 2017;32. doi:10.1007/s11606-017-3987-0
12. Rejeski WJ, Ambrosius WT, Burdette JH, Walkup MP, Marsh AP. Community Weight Loss to Combat Obesity and Disability in At-Risk Older Adults. *Journals of Gerontology - Series A Biological Sciences and Medical Sciences*. 2017;72(11). doi:10.1093/gerona/glw252
13. Peirson L, Douketis J, Ciliska D, Fitzpatrick-Lewis D, Ali MU, Raina P. Treatment for overweight and obesity in adult populations: a systematic review and meta-analysis. *CMAJ Open*. 2014;2(4). doi:10.9778/cmajo.20140012
14. Hartmann-Boyce J, Johns DJ, Jebb SA, Summerbell C, Aveyard P. Behavioural weight management programmes for adults assessed by trials conducted in everyday contexts: Systematic review and meta-analysis. *Obesity Reviews*. 2014;15(11). doi:10.1111/obr.12220
15. Kanaya AM. In-person or remote behavioral interventions for obesity were better than a self-directed approach. *Ann Intern Med*. 2012;156(6). doi:10.7326/0003-4819-156-6-201202210-02010
16. Diabetes Prevention Program Research Group. 10-year follow-up of diabetes incidence and weight loss in the Diabetes Prevention Program Outcomes Study. *The Lancet*. 2009;374(9702). doi:10.1016/S0140-6736(09)61457-4
17. Ma J, Yank V, Xiao L, et al. Translating the diabetes prevention program lifestyle intervention for weight loss into primary care: A randomized trial. *JAMA Intern Med*. 2013;173(2). doi:10.1001/2013.jamainternmed.987
18. Borek AJ, Abraham C, Greaves CJ, Tarrant M. Group-Based Diet and Physical Activity Weight-Loss Interventions: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomised Controlled Trials. *Appl Psychol Health Well Being*. 2018;10(1). doi:10.1111/aphw.12121
19. Little P, Stuart B, Richard Hobbs FD, et al. Randomised controlled trial and economic analysis of an internet-based weight management programme: POWeR+ (Positive Online Weight Reduction). *Health Technol Assess (Rockv)*. 2017;21(4). doi:10.3310/hta21040
20. Flodgren G, Gonçalves-Bradley DC, Summerbell CD. Interventions to change the behaviour of health professionals and the organisation of care to promote weight reduction in children and adults with overweight or obesity. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2017;2017(11). doi:10.1002/14651858.CD000984.pub3
21. Dietz WH, Baur LA, Hall K, et al. Management of obesity: Improvement of health-care training and systems for prevention and care. *The Lancet*. 2015;385(9986). doi:10.1016/S0140-6736(14)61748-7
22. Fitzpatrick SL, Stevens VJ. Adult obesity management in primary care, 2008–2013. *Prev Med (Baltim)*. 2017;99. doi:10.1016/j.ypmed.2017.02.020
23. Kirk SF, Tytus R, Tsuyuki RT, Sharma AM. Weight management experiences of overweight and obese Canadian adults: Findings from a national survey. *Chronic Dis Inj Can*. 2012;32(2). doi:10.24095/hpcdp.32.2.01
24. Margozzini P, Passi Á. Encuesta Nacional de Salud, ENS 2016-2017: un aporte a la planificación sanitaria y políticas públicas en Chile. *ARS MEDICA Revista de Ciencias Médicas*. 2018;43(1). doi:10.11565/arsmed.v43i1.1354
25. Obesity Canada-Obésité Canada. Report Card on Access to Obesity Treatments for Adults in Canada 2019. Published online February 2019.
26. A.G. T, T.A. W. Treatment of obesity in primary care practice in the United States: A systematic review. *J Gen Intern Med*. 2009;24(9).
27. Thille P. Managing Anti-Fat Stigma in Primary Care: An Observational Study. *Health Commun*. 2019;34(8). doi:10.1080/10410236.2018.1439276
28. Project Implicit. Accessed August 5, 2022. <https://implicit.harvard.edu/implicit/>
29. Leucht S, Cipriani A, Spineli L, et al. Comparative efficacy and tolerability of 15 antipsychotic drugs in schizophrenia: a multiple-treatments meta-analysis. *The Lancet*. 2013;382(9896):951-962. doi:10.1016/S0140-6736(13)60733-3
30. Björkhem-Bergman L, Asplund AB, Lindh JD. Metformin for weight reduction in non-diabetic patients on antipsychotic drugs: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychopharmacology*. 2011;25(3). doi:10.1177/0269881109353461
31. Gallo MF, Lopez LM, Grimes DA, Carayon F, Schulz KF, Helmerhorst FM. Combination contraceptives: Effects on weight. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2014;2014(1). doi:10.1002/14651858.CD003987.pub5
32. Gaudet LM, Kives S, Hahn PM, Reid RL. What women believe about oral contraceptives and the effect of counseling. *Contraception*. 2004;69(1). doi:10.1016/j.contraception.2003.07.003
33. Lopez LM, Ramesh S, Chen M, et al. Progestin-only contraceptives: Effects on weight. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2016;2016(8). doi:10.1002/14651858.CD008815.pub4
34. Wharton S, Raiber L, Serodio KJ, Lee J, Christensen RAG. Medications that cause weight gain and alternatives in Canada: A narrative review. *Diabetes Metab Syndr Obes*. 2018;11. doi:10.2147/DMSO.S171365
35. Kirmayer LJ. Rethinking cultural competence. *Transcult Psychiatry*. 2012;49(2). doi:10.1177/1363461512444673
36. Gremillion H. The cultural politics of body size. *Annu Rev Anthropol*. 2005;34. doi:10.1146/annurev.anthro.33.070203.143814
37. 5As - Obesity Canada. Accessed August 5, 2022. <https://obesitycanada.ca/resources/5as/>
38. Rueda-Clausen CF, Benterud E, Bond T, Olszowka R, Vallis MT, Sharma AM. Effect of implementing the 5As of Obesity Management framework on provider-patient interactions in primary care. *Clin Obes*. 2014;4(1). doi:10.1111/cob.12038
39. Luig T, Elwyn G, Anderson R, Campbell-Scherer DL. Facing obesity: Adapting the collaborative deliberation model to deal with a complex long-term problem. *Patient Educ Couns*. 2019;102(2). doi:10.1016/j.pec.2018.09.021
40. Rogers JM, Ferrari M, Mosely K, Lang CP, Brennan L. Mindfulness-based interventions for adults who are overweight or obese: a meta-analysis of physical and psychological health outcomes. *Obesity Reviews*. 2017;18(1). doi:10.1111/obr.12461
41. Forman EM, Butryn ML, Manasse SM, Bradley LE. Acceptance-based behavioral treatment for weight control: A review and future directions. *Curr Opin Psychol*. 2015;2. doi:10.1016/j.copsyc.2014.12.020

42. Palmeira L, Pinto-Gouveia J, Cunha M. Exploring the efficacy of an acceptance, mindfulness & compassionate-based group intervention for women struggling with their weight (Kg-Free): A randomized controlled trial. *Appetite*. 2017;112. doi:10.1016/j.appet.2017.01.027
43. le Blanc ES, O'Connor E, Whitlock EP, Patnode CD, Kapka T. Effectiveness of primary care-relevant treatments for obesity in adults: A systematic evidence review for the U.S. preventive services task force. *Ann Intern Med*. 2011;155(7). doi:10.7326/0003-4819-155-7-201110040-00006
44. Booth HP, Prevost TA, Wright AJ, Gulliford MC. Effectiveness of behavioural weight loss interventions delivered in a primary care setting: A systematic review and meta-analysis. *Fam Pract*. 2014;31(6). doi:10.1093/fampra/cmu064
45. Lv N, Azar KMJ, Rosas LG, Wulfovich S, Xiao L, Ma J. Behavioral lifestyle interventions for moderate and severe obesity: A systematic review. *Prev Med (Baltim)*. 2017;100. doi:10.1016/j.ypmed.2017.04.022
46. LeBlanc ES, Patnode CD, Webber EM, Redmond N, Rushkin M, O'Connor EA. Behavioral and pharmacotherapy weight loss interventions to prevent obesity-related morbidity and mortality in adults updated evidence report and systematic review for the US preventive services task force. *JAMA - Journal of the American Medical Association*. 2018;320(11). doi:10.1001/jama.2018.7777
47. Foster-Schubert KE, Alfano CM, Duggan CR, et al. Effect of diet and exercise, alone or combined, on weight and body composition in overweight-to-obese postmenopausal women. *Obesity*. 2012;20(8). doi:10.1038/oby.2011.76
48. Kuller LH, Pettie Gabriel KK, Kinzel LS, et al. The Women on the Move through Activity and Nutrition (WOMAN) study: Final 48-month results. *Obesity*. 2012;20(3). doi:10.1038/oby.2011.80
49. Holtrop JS, Luo Z, Piatt G, Green LA, Chen Q, Piette J. Diabetic and obese patient clinical outcomes improve during a care management implementation in primary care. *J Prim Care Community Health*. 2017;8(4). doi:10.1177/2150131917715536
50. Mitchell LJ, Ball LE, Ross LJ, Barnes KA, Williams LT. Effectiveness of Dietetic Consultations in Primary Health Care: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. *J Acad Nutr Diet*. 2017;117(12). doi:10.1016/j.jand.2017.06.364
51. Molenaar EA, van Ameijden EJC, Vergouwe Y, Grobbee DE, Numans ME. Effect of nutritional counselling and nutritional plus exercise counselling in overweight adults: A randomized trial in multidisciplinary primary care practice. *Fam Pract*. 2009;27(2). doi:10.1093/fampra/cmp104
52. Martin PD, Rhode PC, Dutton GR, Redmann SM, Ryan DH, Brantley PJ. A primary care weight management intervention for low-income African-American women. *Obesity*. 2006;14(8). doi:10.1038/oby.2006.160
53. Bennett GG, Steinberg DM, Stoute C, et al. Electronic health (eHealth) interventions for weight management among racial/ethnic minority adults: A systematic review. *Obesity Reviews*. 2014;15. doi:10.1111/obr.12218
54. Hageman PA, Pullen CH, Hertzog M, Pozehl B, Eisenhauer C, Boeckner LS. Web-based interventions alone or supplemented with peer-led support or professional email counseling for weight loss and weight maintenance in women from rural communities: results of a clinical trial. *J Obes*. 2017;2017. doi:10.1155/2017/1602627
55. Schünemann HJ, Wiercioch W, Brozek J, et al. GRADE Evidence to Decision (EtD) frameworks for adoption, adaptation, and de novo development of trustworthy recommendations: GRADE-ADOLOPMENT. *J Clin Epidemiol*. 2017;81:101-110. doi:10.1016/j.jclinepi.2016.09.009/ATTACHMENT/D8C1C473-FCEB-4D1D-A258-ED7F592CF998/MMC2.PDF

El capítulo de **La atención y asistencia primaria en el manejo de la obesidad** está adaptado de las Guías Canadienses de Práctica Clínica de Obesidad en Adultos (las "**Guías**") que Obesity Canada posee y de quienes tenemos una licencia. La **Sociedad Chilena de Cirugía Bariátrica y Metabólica** adaptó las Guías teniendo en cuenta cualquier contexto relevante para a Chile utilizando un proceso de GRADE-ADOLOPMENT.<sup>59</sup>

La **Sociedad Chilena de Cirugía Bariátrica y Metabólica** reconoce que Obesity Canada y los autores de las Guías no han revisado el capítulo de **La atención y asistencia primaria en el manejo de la obesidad** y no asumen ninguna responsabilidad por los cambios realizados en dichas Guías, sobre cómo se presentan o difunden las Guías adaptadas. Como Obesity Canada y los autores de las Guías originales no han revisado el capítulo de **La atención y asistencia primaria en el manejo de la obesidad**, dichas partes, de acuerdo con su política, renuncian a cualquier asociación con dichos Materiales adaptados. Las Guías originales pueden consultarse en inglés en: [www.obesitycanada.ca/guidelines](http://www.obesitycanada.ca/guidelines).