

## MANEJO DE LA OBESIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA

### Sumario

- Definición
- Valoración del paciente
- Tratamiento de la obesidad
  - Modificaciones del estilo de vida:
    - Dieta
    - Ejercicio físico
    - Modificaciones conductuales
  - Tratamiento farmacológico
  - Suplementos dietéticos
  - Tratamiento quirúrgico
- Síndrome metabólico

«El boletín INFAC es una publicación mensual que se distribuye gratuitamente a las y los profesionales sanitarios de la CAPV. El objetivo de este boletín es la promoción del uso racional del medicamento para obtener un mejor estado de salud de la población».

### Editorial

La obesidad es uno de los problemas de salud más comunes asociado con los estilos de vida; de hecho, es la patología metabólica más prevalente en los países desarrollados o en vías de desarrollo<sup>1</sup>.

Su prevalencia está aumentando de forma alarmante en nuestra sociedad, sobre todo en la población adolescente; según la Encuesta de Salud 2007, de la Comunidad Autónoma del País Vasco, un 44,8% de los hombres y un 29,8% de las mujeres tienen sobrepeso, mientras que la prevalencia de obesidad es del 13,3% en los hombres y del 11,8% en las mujeres<sup>2</sup>. Si nos referimos a la población comprendida entre 4 y 18 años, el 12,2% es obesa (12,7% niños y 11,7% niñas), con una mayor prevalencia en los grupos de 7-14 años en niños y de 15-18 años en niñas<sup>3</sup>.

La obesidad aumenta sustancialmente el riesgo de padecer no sólo diabetes y enfermedad cardiovascular, sino también ciertos tipos de cáncer y otras enfermedades altamente prevalentes, de tal manera que se ha convertido en la segunda causa de mortalidad prematura y evitable, después del tabaco<sup>4</sup>.

La prevención de la obesidad es una prioridad. Los contenidos de los programas de prevención de la obesidad han de difundir consejos sobre una alimentación saludable, fomentar el ejercicio físico y procurar cambios en los estilos de vida de la población<sup>4</sup>.

Obesitatea bizi estiloekin loturiko osasun arazo ohikoenetako bat da; hain zuzen, patologia metaboliko arruntena da bai herrialde garatuetan eta bai garapen bidean direnetan ere<sup>1</sup>.

Bere prebalentzia era kezagarrian ari da areagotzen gure gizartean, batez ere nerabeen populazioan; 2007ko Osasun Inkestaren arabera, Euskal Herriko Autonomia Erkidegoan, gizonezkoen %44,8k eta emakumeen %29,8k gainkarga daukate; obesitatearen prebalentzia, berriz, %13,3koa da gizonezkoetan eta %11,8koa emakumeen artean<sup>2</sup>. 4 urtetik 18ra bitarteko populazioa hartzen badugu, %12,2 obesoak dira (%12,7 mutikoak eta %11,7 neskatok), prebalentziarik altuena 7-14 urteko taldean mutikoetan eta 15-18 urteko taldean neskatoketan<sup>3</sup>.

Obesitateak nabarmenki areagotzen du hainbat gaixotasun jasateko arriskua, diabetesa eta gaixotasun kardiobaskularra ez ezik, bai eta zenbait minbizi mota eta prebalentzia altuko beste gaixotasun batzuk ere; hala, garaiz aurreko hilkortasun saihesgarriaren bigarren kausa bihurtu da, tabakismoaren ondoren<sup>4</sup>.

Obesitatearen prebentzioa lehenatasuneko arazoa da. Obesitatearen prebentzio programetako edukien artean hainbat aholku barne hartu behar dira elikapen osasungarriari buruz, jarduera fisikoa sustatu behar dute eta populazioaren bizi estiloetan aldaketa batzuk bultzatu behar dituzte<sup>4</sup>.

## DEFINICIÓN

La obesidad es un trastorno metabólico complejo, de origen multifactorial, que se caracteriza por un aumento patológico de la cantidad corporal de grasa. La medida utilizada habitualmente para definir el sobrepeso y la obesidad en adultos es el Índice de Masa Corporal (IMC) que se calcula realizando el cociente entre el peso (en Kg) y el cuadrado de la talla (en metros). No obstante, el IMC presenta algunas limitaciones como la sobreestimación del porcentaje de grasa en individuos musculosos (deportistas) o la infravaloración en sujetos con baja masa magra (ancianos), y que la relación entre IMC y grasa corporal no es la misma en distintas poblaciones. Por ello, se recomienda medir también la circunferencia de la cintura para valorar el contenido graso abdominal e identificar el riesgo relativo de desarrollar enfermedades asociadas<sup>1</sup>.

En la actualidad se acepta como punto de corte para definir la

obesidad un valor de IMC igual o superior a 30 Kg/m<sup>2</sup> que es el propuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su clasificación del peso corporal<sup>1</sup>.

El IMC se correlaciona con las tasas de mortalidad y su aumento conlleva un incremento paralelo del riesgo de padecer comorbilidades. Este riesgo se puede valorar en función del IMC y del perímetro de cintura, como se indica en la Tabla 1<sup>1,4</sup>.

Tabla 1. Riesgo relativo de comorbilidades asociadas a la obesidad<sup>1,4,5</sup>

IMC (Kg/m <sup>2</sup> )	CLASIFICACIÓN	RIESGO DE PADECER COMORBILIDADES		
		Perímetro de cintura (cm)		
		Hombres < 94 Mujeres < 80	Hombres 94-102 Mujeres 80-88	Hombres > 102 Mujeres > 88
< 25	Normopeso	No aumento del riesgo	No aumento del riesgo	Aumento del riesgo
25 - 29,9	Sobrepeso	No aumento del riesgo	Aumento del riesgo	Riesgo alto
30 - 34,9	Obesidad grado I	Aumento del riesgo	Riesgo alto	Riesgo muy alto
35 - 39,9	Obesidad grado II	Riesgo alto	Riesgo alto	Riesgo muy alto
> 40	Obesidad mórbida	Riesgo alto	Riesgo muy alto	Riesgo muy alto

## VALORACIÓN DEL PACIENTE

Una vez realizada la valoración inicial del paciente encaminada a conocer las posibles causas de su sobrepeso y/u obesidad, sus hábitos alimenticios, el ejercicio físico que realiza, la medicación, etc. se realizará una evaluación detallada de las comorbilidades y otros factores, ya que

cualquier comorbilidad ha de ser abordada cuando se identifique, sin esperar a que la persona pierda peso.

Por otro lado, se informará a los pacientes de los beneficios que puede aportarle la pérdida de peso, los hábitos alimenticios saludables y el incremento de la actividad física<sup>5</sup>.

## TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD

El objetivo de pérdida de peso no debe centrarse en alcanzar el peso ideal, sino en conseguir pérdidas de peso (entre un 5-10% del peso inicial en la mayoría de los casos), mantenidas a largo plazo. Las herramientas disponibles a nuestro alcance incluyen modificaciones en el estilo de vida (dieta, ejercicio físico, modificación conductual) y el tratamiento farmacológico. En casos de especial gravedad y en individuos previamente bien seleccionados, tiene sus indicaciones la cirugía bariátrica<sup>4</sup>.

### Modificaciones del estilo de vida

#### Dieta

Los cambios en la dieta deben ser individualizados según las preferencias del paciente, siendo flexibles en la reducción de la ingesta de calorías. Los cambios dietéticos

deben continuarse incluso aunque no se consigan pérdidas de peso, porque pueden tener efectos beneficiosos para la salud<sup>6</sup>.

La restricción energética de 500-1.000 Kcal/día respecto a la dieta habitual se traduce en una pérdida ponderal de 0,5-1 Kg/semana, lo que representa un 8-10% del peso corporal inicial a lo largo de 6 meses. Esta restricción no debería conllevar un aporte calórico por debajo de 1.000-1.200 Kcal/día en mujeres y 1.200-1.600 Kcal/día en hombres. Dado que el objetivo es mantener la reducción ponderal a largo plazo, las modificaciones dietéticas deberán mantenerse de por vida<sup>4</sup>.

Existe una gran controversia en cuanto a cuál es la distribución porcentual de los distintos macronutrientes para conseguir una mayor pérdida de peso eficaz a largo plazo.

En función de esta distribución hay distintos tipos de dietas<sup>6,7</sup>:

- **Dietas bajas en grasas.** Contienen menos del 30% de la ingesta calórica en forma de grasas. Un ejemplo es la dieta *Ornish* que es una dieta vegetariana. Son dietas difíciles de mantener a largo plazo.
- **Dietas bajas en carbohidratos.** Contienen menos de 60 g de carbohidratos al día. La dieta *Atkins* comienza con menos de 20 g de carbohidratos al día y los aumenta de forma gradual. La dieta *Zone* contiene 40% de carbohidratos, 30% de grasas y 30% de proteínas. Las dietas bajas en carbohidratos reducen los niveles de glucemia en pacientes con hiperglucemia, así como los de triglicéridos; aumentan los niveles de colesterol HDL y tienden a aumentar ligeramente los de colesterol LDL. La restricción de carbohidratos produce cetosis, con diuresis que provoca una rápida pérdida de peso en los primeros 7-10 días, pero a largo plazo (12 meses) la eficacia resulta similar a la de las dietas bajas en grasas<sup>6</sup>.
- **Dietas de bajo índice glucémico.** Consisten en no tomar alimentos que aumentan los niveles sanguíneos de glucosa dos horas después de su ingesta.
- **Dietas hiperproteicas.** Producen un efecto saciante mayor que las dietas altas en hidratos de carbono, favoreciendo una autolimitación en la ingesta energética diaria. Sin embargo, a largo plazo (12 meses) la eficacia resulta similar a la de las dietas bajas en grasas y tienen el riesgo de provocar pérdidas urinarias de calcio.

Finalmente, con cualquier tipo de dieta, se recomienda tomar 20-40 g de fibra al día, por su capacidad de producir saciedad, y respetar las necesidades diarias recomendadas en vitaminas y minerales, así como mantener un adecuado estado de hidratación<sup>4</sup>.

### Ejercicio físico

Como primera medida, conviene reducir el sedentarismo, fomentando el incremento de las actividades cotidianas que generan un gasto calórico (caminar a paso ligero, subir tramos de escaleras, utilizar transporte público en vez del vehículo propio, etc.)<sup>4</sup>. Se debe animar a los pacientes a aumentar su actividad física, incluso aunque no consigan perder peso, para obtener beneficios para su salud como reducir el riesgo de diabetes tipo 2 y las enfermedades cardiovasculares. Se recomienda realizar, al menos, 30 minutos de actividad física moderada-intensa (nadar, andar en bicicleta, practicar gimnasia aeróbica) durante, al menos, 3-5 días a la semana<sup>5</sup>.

La actividad física se deberá adaptar a las diferentes etapas de la vida de la persona; normalmente será más intensa en el caso de los niños y adolescentes, mientras que en la edad adulta se buscarán actividades encaminadas a mejorar el rendimiento cardiovascular y la fuerza muscular, evitando lesiones osteomusculares<sup>4</sup>.

### Modificaciones conductuales

Las estrategias comportamentales están orientadas a desarrollar nuevas pautas de alimentación (masticar despacio, raciones más pequeñas, no comer mientras se ve la televisión, etc.). La atención a todos estos aspectos psicosociales cobra aún mayor relevancia en las fases de mantenimiento del peso perdido, donde el aprendizaje de las técnicas de autocontrol de la alimentación y de la instauración cotidiana de una actividad física regular, junto a las habilidades para hacer frente a las posibles recaídas, serán sin duda los elementos clave para evitar o retrasar la recuperación del peso perdido<sup>4</sup>.

### Tratamiento farmacológico

Se debe considerar únicamente en pacientes que no han alcanzado su objetivo en la pérdida de peso o en aquellos que han alcanzado una meseta tras realizar cambios dietéticos, de ejercicio físico y comportamentales<sup>5</sup>.

Existen tres medicamentos autorizados como adyuvantes de la dieta y el ejercicio para el tratamiento de pacientes obesos ( $IMC \geq 30 \text{ Kg/m}^2$ ), o de pacientes con sobrepeso ( $IMC > 27 \text{ kg/m}^2$ ) y con factores de riesgo asociados. Para su prescripción requieren receta médica, pero ninguno está financiado por el Sistema Nacional de Salud<sup>8,9</sup>:

- **Orlistat** (Xenical®). Es un inhibidor de las lipasas gástrica y pancreática que impide la hidrólisis de los triglicéridos de la dieta reduciendo su absorción en un 30%.
- **Sibutramina** (Reductil®). Es un inhibidor de la recaptación de serotonina y noradrenalina que aumenta la sensación de saciedad y disminuye el apetito.
- **Rimonabant** ( $\Delta$ Acomplia®)\*. Es un antagonista de los receptores cannabinoides tipo 1 que produce una disminución del apetito y de la ingestión de alimentos.

Los ensayos clínicos realizados con estos fármacos compararon la pérdida de peso frente a placebo en pacientes que además realizaron cambios en su estilo de vida (dieta y ejercicio). En ellos se observa una modesta pérdida de peso de 3-5 kg más que el placebo en un año. Cuando el tratamiento se continúa durante un segundo año la dife-

\* Se señalan con el triángulo  $\Delta$  los nombres de los medicamentos comercializados en los últimos 5 años, con el fin de alertar a los profesionales sanitarios sobre la necesidad de vigilar la seguridad postcomercialización de los nuevos medicamentos.

*Las modificaciones del estilo de vida deberán mantenerse de por vida*

rencia en la pérdida de peso inicial se mantiene entre el grupo tratado con fármaco y el grupo placebo, aunque se produce un aumento de peso en ambos grupos<sup>9,10</sup>.

*Los medicamentos antiobesidad tienen efectos adversos considerables y alta tasa de abandonos*

La Agencia Europea de Medicamentos (EMA) considera como principal medida de eficacia válida en los estudios de fármacos antiobesidad demostrar una reducción de, al menos, el 10% del peso basal y que ésta sea a su vez estadísticamente mayor que la asociada a placebo. También sugiere que se analice el porcentaje de pacientes que pierden más del 10% de su peso en un año. Este objetivo se consigue en un porcentaje relativamente bajo de pacientes (Tabla 2)<sup>11</sup>.

Los ensayos han sido generalmente de corta duración para confirmar si la pérdida de peso conseguida con los fármacos reduce la morbilidad relacionada con la obesidad a largo plazo. Además, las tasas de abandono de los estudios son elevadas (del 30 al 40%)<sup>9</sup>.

Existe un ensayo de cuatro años de duración en el que se comparó el tratamiento con orlistat junto con cambios en el estilo de vida, frente a cambios en el estilo de vida solos en pacientes obesos (el 21% con intolerancia a la glucosa). Al final del estudio la incidencia de diabetes tipo 2 fue del 9% en el grupo placebo y del 6,2% en

el grupo tratado (hazard ratio 0,63 IC 95% 0,46-0,86; NNT: 36). Este beneficio se observó fundamentalmente en el grupo de pacientes con intolerancia a la glucosa. Se desconoce si esto reduciría la morbilidad a largo plazo<sup>9</sup>.

En cuanto a los efectos adversos de estos fármacos, destacan los siguientes<sup>8,9</sup>:

- **Orlistat**; los efectos adversos más comunes son los gastrointestinales. Pueden afectar a uno de cada cuatro pacientes tratados, y uno de cada 50 pacientes suele abandonar el tratamiento por esta causa.
- **Sibutramina**; se asocia con aumentos de la frecuencia cardíaca y de la presión arterial; por ello, se recomienda suspender el tratamiento cuando en dos visitas consecutivas se determine un incremento de más de 10 latidos por minuto y/o de la PAS o la PAD de más de 10 mmHg.
- **Rimonabant**; pueden ocurrir trastornos depresivos incluso en pacientes que no tienen factores de riesgo evidentes. La información procedente de ensayos clínicos indica que uno de cada 10 pacientes puede experimentar efectos psiquiátricos adversos y uno de cada 100, ideas suicidas. Recientemente, la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios ha

Tabla 2. Resumen de las características de los medicamentos antiobesidad<sup>8-10</sup>

	<b>Eficacia</b> ▲ % pacientes (IC 95%) ● Dif. kg (IC 95%)	<b>Reacciones adversas/ Precauciones de uso</b>	<b>Posología/ Duración del tratamiento*</b>
<b>Orlistat</b> Xenical® 120 mg 84 cápsulas. PVP: 99,49 €	▲ 12% (9%-14%) ● 2,9 kg (2,5-3,2 kg)	Trastornos gastrointestinales: esteatorrea, urgencia fecal. Si se produce diarrea severa y se usan anticonceptivos orales, recomendar medidas anticonceptivas adicionales. En uso prolongado administrar complementos de vitaminas liposolubles. Reduce la absorción de ciclosporina, amiodarona y warfarina.	1 cápsula tres veces al día en las comidas (hasta 1 h después).  Duración máxima del tratamiento no especificada.
<b>Sibutramina</b> Reductil® 10 y 15 mg 28 cápsulas PVP:48,39 € 10 mg PVP:49,95 € 15 mg	▲ 18% (11%-25%) ● 4,2 kg (3,6-4,7 kg)	Insomnio, náuseas, boca seca y estreñimiento en el 7-20% de los pacientes. Vigilar la tensión arterial y el pulso. No usar en pacientes en tratamiento con IMAO o ISRS.	1 cápsula una vez al día.  Autorizado su uso hasta un año.
<b>Rimonabant</b> Acomplia® 20 mg 28 comp PVP: 109,28 €	▲ 19% (15%-23%) ● 4,7 kg (4,1-5,3 kg)	Casi el 16% de los pacientes abandonó el tratamiento por: náuseas, ansiedad, trastornos depresivos, vértigo. Vigilar posible aparición de efectos adversos psiquiátricos.	1 comprimido una vez al día.  No se ha evaluado su uso más allá de dos años.

Eficacia, medida según: (▲) Porcentaje de pacientes que consigue una reducción del 10% del peso respecto al valor basal tras un año de tratamiento, y (●) diferencia de peso frente a placebo tras un año de tratamiento.

\* El tratamiento deberá interrumpirse después de 3 meses si los pacientes no han perdido al menos el 5% del peso corporal basal.

publicado una nota informativa que ha motivado la modificación de la información de la ficha técnica<sup>12</sup>. En ella se establece que si se diagnostica una depresión durante el tratamiento con el rimonabant, éste debe suspenderse y además debe realizarse un seguimiento del paciente y tratarlo adecuadamente.

El Nacional Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) recomienda el uso del rimonabant en caso de respuesta inadecuada, intolerancia o contraindicación al orlistat o a la sibutramina<sup>13</sup>.

*Los medicamentos antiobesidad pueden usarse como coadyuvantes sólo en pacientes seleccionados*

Hay que tener precaución si se suspende la ingesta de suplementos después de un largo periodo de uso, y se debe valorar la aparición de síndromes de abstinencia o cuadros de hipotiroidismo por inhibición de la tirotrópina<sup>15</sup>.

(En la dirección de Internet [http://www.osanet.euskadi.net/r85-20361/es/contenidos/informacion/infac/es\\_1223/infac\\_c.html](http://www.osanet.euskadi.net/r85-20361/es/contenidos/informacion/infac/es_1223/infac_c.html) existe una tabla en la que se recoge un listado de los componentes más comunes de los suplementos dietéticos antiobesidad, junto con información relativa a sus reacciones adversas e interacciones).

## Suplementos dietéticos

Los suplementos dietéticos son compuestos de muy diversa composición; incluyen plantas medicinales, vitaminas, minerales, aminoácidos y otras sustancias cuya finalidad es suplementar la dieta. Se utilizan cada vez más para adelgazar y ello se debe a la creencia de que son seguros, de fácil acceso y a que se publicitan directamente al consumidor en prensa, radio, televisión e Internet, con afirmaciones sesgadas de sus propiedades. Sin embargo, la mayoría de estos suplementos no han mostrado ser eficaces (los ensayos, cuando los hay, tienen serias limitaciones metodológicas, son de pequeño tamaño, no aleatorizados o abiertos y de corta duración) y muchos se han asociado con efectos adversos graves<sup>14</sup>.

## Tratamiento quirúrgico (cirugía bariátrica)

Su propósito es la reducción de la ingesta de alimentos mediante la modificación de la capacidad gastrointestinal. Es una opción para pacientes adultos cuidadosamente seleccionados con obesidad grave y que no hayan respondido a métodos no invasivos para reducir y mantener su peso corporal<sup>1</sup>.

Su indicación debe quedar limitada a pacientes con IMC >40 kg/m<sup>2</sup> o IMC >35 kg/m<sup>2</sup> en presencia de comorbilidades mayores. Son necesarios ciertos requisitos de estabilidad psicológica y compromiso para el seguimiento por parte del paciente para garantizar un éxito a largo plazo<sup>4</sup>.

## SÍNDROME METABÓLICO

Los términos síndrome metabólico (SM), síndrome de resistencia a la insulina o síndrome X se utilizan para describir un grupo de factores de riesgo cardiovascular (FRCV), más o menos definidos y más o menos relacionados entre sí, como son: obesidad abdominal, dislipemia (hipertrigliceridemia, HDL-colesterol bajo), diabetes mellitus tipo 2 (DM2) o intolerancia a la glucosa e hipertensión arterial, estrechamente ligados a la resistencia a la insulina<sup>16</sup>.

Los criterios diagnósticos varían según las diferentes sociedades científicas. En los documentos más recientes se ha eliminado la determinación de la sensibilidad a la insulina, por ser ésta difícil de obtener en la práctica clínica habitual.

Por otra parte, existen discrepancias sobre la utilidad clínica del diagnóstico de SM. De hecho, se ha señalado la ambigüedad y la inconsistencia de los criterios utilizados, así como que el riesgo atribuible a la presencia del SM no es mayor que la suma de los riesgos atribuibles a cada uno de sus componentes individuales, de tal forma que algunas sociedades aconsejan evitar esta etiqueta diagnóstica<sup>16</sup>.

En este sentido, una reciente revisión<sup>17</sup> de dos ECA realizados en pacientes ancianos (mayores de 60 años) demostró que, si bien la presencia del SM predecía el riesgo de aparición de DM2, no aportaba un beneficio adicional en la estratificación del riesgo CV con respecto al que ofrecen las tablas utilizadas habitualmente. Se ha argumentado que una posible explicación sería la utilización de variables dicotómicas en el diagnóstico del SM, así como la no inclusión de otros FRCV, como el tabaquismo.

Así pues, el diagnóstico de SM sería poco útil para el seguimiento y control de los pacientes<sup>16,18</sup>, siendo más eficaz el tratamiento de los distintos FRCV (basándose en la estratificación del riesgo), para los cuales existen fármacos de eficacia demostrada, en términos de reducción de morbimortalidad<sup>19</sup>.

Por último, es preciso señalar que el Comité Evaluador de la Agencia Europea del Medicamento no acepta en la actualidad el SM como una entidad nosológica susceptible de tratamiento farmacológico<sup>20</sup>.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Jiménez CP. *Obesidad. AMF. 2007; 3(7):367-78.*
2. *Departamento de Sanidad. Gobierno Vasco. Encuesta de salud de la C. A. del País Vasco 2007. Vitoria-Gasteiz: Departamento de Sanidad; 2007.*
3. *Departamento de Sanidad. Gobierno Vasco. Encuesta Nutrición 2005. Hábitos alimentarios y estado de salud de la población vasca de 4 a 18 años. Vitoria-Gasteiz: Departamento de Sanidad; 2005.*
4. Rubio MA, Salas-Salvadó J, Barbany M, Moreno B, Aranceta J, Bellido D, et al. *Consenso SEEDO 2007 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica. Rev Esp Obes. 2007;5:135-75.*
5. *Obesity. Guidance on the prevention, identification, assessment and management of overweight and obesity in adults and children. NICE Clinical guidance 43. London: National Institute for Health and Clinical Excellence; 2006.*
6. Eckel RH. *Nonsurgical management of obesity in adults. N Engl J Med. 2008;358:1941-50.*
7. *Diet, drugs and surgery for weight loss. Treat Guidel Med Lett. 2008;6(68):23-8.*
8. *Fichas técnicas Xenical®, Reductil®, Acomplia®. Disponibles en: [www.agemed.es](http://www.agemed.es). [Accedido el 16/06/08].*
9. *The drug management of obesity. MeRec Bulletin. 2008; 18(5):1-8.*
10. Rucker D, Padwal R, Li SK, Curioni C, Lau DCW. *Long term pharmacotherapy for obesity and overweight: updated meta-analysis. BMJ. 2007;335:1194-9.*
11. *Guideline on clinical evaluation of medicinal products used in weight control. London: Committee for medicinal products for human use; 2007.*
12. *Subdirección General de Seguridad de Medicamentos de Uso Humano. Rimonabant (Acomplia®) y trastornos psiquiátricos. Comunicación sobre riesgos de medicamentos para profesionales sanitarios. Ref: 2008/12 (22 de julio) [Accedido el 28/08/08]. Disponible en: <http://www.agemed.es/actividad/alertas/usoHumano/seguridad/home.htm>*
13. *Rimonabant for the treatment of overweight and obese adults. NICE technology appraisal guidance 144. London: National Institute for Health and Clinical Excellence; 2008.*
14. Bartels CL, Miller SJ. *Dietary supplements marketed for weight loss. Nutr Clin Pract. 2003;18:156-69.*
15. De Villar N, Loria V, Monereo S, en nombre del Grupo de Obesidad de la SEEN. *Tratamientos «alternativos» de la obesidad: mito y realidad. Med Clínica (Barc). 2003;121(13):500-10.*
16. Kahn R, Buse J, Ferrannini E, Stern M; American Diabetes Association; European Association for the Study of Diabetes. *The metabolic syndrome: time for a critical appraisal: joint statement from the American Diabetes Association and the European Association for the Study of Diabetes. Diabetes Care. 2005;28:2289-304.*
17. Sattar N, McConnachie A, Shaper AG, Blauw GJ, Buckley BM, de Craen AJ et al. *Can metabolic syndrome usefully predict cardiovascular disease and diabetes? Outcome data from two prospective studies. Lancet. 2008;371(9628):1927-35.*
18. *Le syndrome métabolique. Une construction artificielle inutile aux soins. Rev Prescrire. 2006;26(273):444-7.*
19. Hafidh S, Senkottaiyan N, Villarreal D, Alpert MA. *Management of the metabolic syndrome. Am J Med Sci. 2005;330(6):343-51.*
20. *European Public Assessment Report (EPAR). Acomplia®. Scientific Discussion. [actualizado abril 2006; accedido agosto 2008]. Disponible en: <http://www.emea.europa.eu/humandocs/PDFs/EPAR/acomplia/AcompliaEparScientificD-en.pdf>*

Fecha de revisión bibliográfica: agosto 2008

Se recuerda la importancia de notificar los efectos adversos a la Unidad de Farmacovigilancia  
Teléfono 94 400 7070 · Fax 94 400 7103 · correo-e: [farmacovigilancia@osakidetza.net](mailto:farmacovigilancia@osakidetza.net)

Se han recibido últimamente numerosas peticiones de personas que prefieren dejar de recibir en formato papel tanto el INFAC, como la ficha Nuevo Medicamento a Examen, por tenerlas disponibles en la web. Si alguien prefiere no recibir estas publicaciones en papel puede mandar un correo electrónico a la siguiente dirección: [cevime4-san@ej-gv.es](mailto:cevime4-san@ej-gv.es)

Galdera, iradokizun edo parte-hartze lanak nori zuzendu / Para consultas, sugerencias y aportaciones dirigirse a: zure komarkako farmazialaria / el farmacéutico de su comarca o CEVIME/MIEZ - tel. 945 01 92 66 - E-mail: [cevime-san@ej-gv.es](mailto:cevime-san@ej-gv.es)

Idazkuntza Batzordea / Consejo de Redacción: José Ramón Agirrezabala, Iñigo Aizpurua, Miren Albizuri, Iciar Alfonso, María Armendáriz, Sergio Barrondo, Arrate Bengoa, Arritxu Etxeberria, Julia Fernández, Susana Fernández, Ana Isabel Giménez, Juan José Iglesias, Josune Iribar, Jesús Iturralde, Nekane Jaio, Garbiñe López, Itxasne Lekue, M<sup>º</sup> José López, Javier Martínez, Carmela Mozo, Elena Olloquegi, Elena Ruiz de Velasco, Rita Sainz de Rozas, Elena Valverde.



Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia  
Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco

ISSN: 1575054-X · D.L.: BI-587-99