

ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN OBESIDAD. UTILIDAD DE LAS PLANTAS MEDICINALES EN SU TRATAMIENTO

Pharmaceutical Care in Obesity. Medicinal Plants in Obesity Treatment

Mihaela METODIEVA; José Enrique FUENTES

Farmacéutico Comunitario Farmacia J. E. Fuentes. C/ Sumatra n.º 1 Bajo 37003 Salamanca. Teléf.: 626 321 679

Correo-e: jefuentes@usal.es

RESUMEN: La obesidad se define como una enfermedad crónica multifactorial caracterizada por un aumento de la masa grasa y, por lo tanto, de peso corporal, como consecuencia de un balance energético positivo mantenido en el tiempo. Se ha relacionado con dietas hipercalóricas, con alto contenido en grasas saturadas y azúcares sencillos, estilos de vida inadecuados, el sedentarismo y con un componente genético. Constituye un factor de riesgo cardiovascular y presenta una alta prevalencia. Los objetivos del trabajo son: analizar los factores de riesgo derivados de la obesidad. Revisar las posibilidades fitoterapéuticas de combatir la obesidad y el sobrepeso y valorar el resultado de la intervención realizada desde la Farmacia Comunitaria. De los resultados obtenidos tras el estudio se concluye que las mujeres son las que mayor interés presentan por perder peso. Con la intervención realizada desde la Farmacia Comunitaria se consiguió en el 63% de los casos pérdida de peso de forma moderada, y sostenida entre el 5 y el 10%.

Cambiando los hábitos alimenticios, haciendo ejercicio físico moderado y con la ayuda de las plantas medicinales se pueden llegar a perder aproximadamente 800-900 g y hasta 1 kg por semana.

Palabras clave: Atención Farmacéutica; plantas medicinales; obesidad.

ABSTRACT: Obesity is defined as a multifactorial chronic disease, characterised for the increase of fat mass and corporal weight, as consequence of a positive energetic balance. It is related to hypercaloric diets, with high content in saturated fats and simple carbon hydrates, innadecuated lifestyles like sedentarism. It is a cardiovascular risk factor and it has a high prevalence. The goals of this study are: analyse the derivated risk factors from obesity, a review of the physiotherapeutic possibilities for obesity and analyse the results from the intervention made in a community pharmacy. From this study we concluded that women are more interested in loose weight than men. By the intervention made in the community pharmacy, more than 63% of the cases lost weight in a moderated way, and between 5 and 10% in a sustained way.

By changing diets, doing moderate exercise, and with medicinal plants the weight loss can be 800-900 g and even 1 kg per week.

Key words: Pharmaceutical care; Medicinal plants; Obesity.

INTRODUCCIÓN

La obesidad, junto a la hipertensión, dislipemia y la Diabetes Mellitus, es uno de los factores de riesgo cardiovascular, y representa un importante problema de salud por su alta prevalencia, y mortalidad.

En la actualidad la obesidad se define como una enfermedad crónica multifactorial caracterizada por un aumento de la masa grasa y, por lo tanto, de peso corporal, como consecuencia de un balance energético positivo mantenido en el tiempo. Se ha relacionado con dietas hipercalóricas, con alto contenido en grasas saturadas y azúcares sencillos, estilos de vida inadecuados, el sedentarismo y con un componente genético, entre otros factores causantes.

La obesidad puede clasificarse según diversos criterios, pero el más ampliamente utilizado es el Índice de Masa Corporal (IMC) o Índice de Quetelet. Se calcula dividiendo el peso del individuo en kg por la talla al cuadrado en m.

$$\text{IMC} = \text{Peso (kg)} / \text{Talla}^2 \text{ (m)}$$

De esta forma, utilizando el IMC, la clasificación queda establecida tal y como se muestra en la siguiente tabla:

Categoría	Valores límite del IMC (Kg/m ²)
Peso insuficiente	<18,5
Normopeso	18,5 – 24,9
Sobrepeso grado I	25,0 – 26,7
Sobrepeso grado II (preobesidad)	27,0 – 29,9
Obesidad de tipo I	30,0 – 34,9
Obesidad de tipo II	35,0 – 39,9
Obesidad de tipo III (mórbida)	40,0 - 49,9
Obesidad de tipo IV (extrema)	>50

TABLA 1: Clasificación de la obesidad en función del IMC, según la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO).

Para medir la distribución de la grasa corporal se utiliza el Índice Cintura/Cadera (ICC). Existen dos tipos de obesidad según el patrón de distribución de grasa corporal: androide y ginoide.

La OMS establece unos niveles normales para el índice cintura/cadera aproximados de 0,8 en mujeres y 1 en hombres; valores superiores indicarían obesidad abdominovisceral, lo cual se asocia a un riesgo cardiovascular aumentado y a un incremento de la probabilidad de contraer enfermedades como Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial.

Esta medida es complementaria al Índice de Masa Corporal (IMC), ya que el IMC no distingue si el sobrepeso se debe a hipertrofia muscular fisiológica (sana) como en el caso de deportistas o a un aumento de la grasa corporal patológica (insana).

La grasa intraabdominal presenta un papel fundamental en el riesgo cardiovascular. El acúmulo de tejido adiposo alrededor de algunos de los principales órganos del cuerpo (corazón, hígado, páncreas, riñones) puede provocar todo tipo de efectos, como: aumento del colesterol total y triglicéridos, resistencia a la insulina y aumento del riesgo de diabetes, hipertensión arterial, problemas óseos y articulares (a mayor peso ejerce presión sobre los huesos y articulaciones, esto puede llevar a osteoartritis, una enfermedad que causa rigidez y dolor articular), alteraciones cardiorrespiratorias como insuficiencia cardíaca congestiva, insuficiencia ventilatoria, síndrome de apnea obstructiva del sueño. Otras consecuencias no menos importantes son las alteraciones psicológicas y psicosociales y disminución de la calidad de vida.

La fitoterapia es una ayuda complementaria en los casos de sobrepeso, pero no es eficaz en la obesidad. Hay que tener en cuenta que los efectos de las plantas por sí solas son muy limitados, y no tiene sentido su utilización si no se asocian con ejercicio y medidas dietéticas.

En la actualidad además de las plantas secas en infusión, se emplean también, en forma de cápsulas, jarabes o extractos, lo que nos da una amplia posibilidad de tratamientos.

OBJETIVOS

Los objetivos de este trabajo son:

- Analizar los factores de riesgo derivados de la obesidad.
- Revisión de las posibilidades fitoterapéuticas de combatir la obesidad y el sobrepeso.
- Valorar el resultado de la intervención realizada desde la Farmacia Comunitaria.

MATERIAL Y MÉTODOS

La realización de este trabajo se ha llevado a cabo a través de un estudio prospectivo en aquellos pacientes que acudían a la Farmacia Comunitaria de D. Salvador Castillo, en la localidad de Peñaranda de Bracamonte (Salamanca), a su cita periódica con la dietista, la cual realizaba una consulta en la Farmacia Comunitaria cada 3 semanas.

El procedimiento consistió en hacer una encuesta (Figura 1) a las personas al inicio del estudio y en las posteriores visitas evaluar su evolución.

Sexo:	Edad:	Altura (m):	¿Es fumador?:	Cigarros día:
¿Consume alcohol?:	Frecuencia:			
Tiempo que dedica a ver la TV:	¿Realiza deporte?:	¿Qué tipo de deporte realiza?:		
Frecuencia:				
Tipo de actividad que desarrolla en el trabajo:		Hábitos alimenticios:		
Patologías:	Tratamientos activos:	Tratamiento fitoterapia:		
Satisfacción con los resultados obtenidos:				
Motivo principal por el que quiere perder peso:				
Peso (kg):		IMC (kg/m ²):		
1ª visita	1ª visita			
2ª visita	2ª visita			
3ª visita	3ª visita			
4ª visita	4ª visita			

FIGURA 1: Resumen encuesta realizada.

El estudio comenzó con 18 personas, de las cuales 2 (un hombre y una mujer) lo abandonaron. En el primer caso fue porque el hombre no observaba resultados favorables y en el segundo porque la mujer había conseguido el objetivo propuesto. De esta forma el estudio se ha realizado con 16 personas, de las cuales 14 eran mujeres y 2 hombres, de edades comprendidas entre los 25 y los 66 años. La duración del mismo fue de 3 meses.

En la primera entrevista con el paciente se le proporciona un folleto con las pautas de alimentación y recomendaciones que debe seguir y que son fundamentales para la obtención de resultados positivos, también se le dan ejemplos de menús y se le hace una tarjeta en la cual se apuntan sus datos y medidas antropométricas, y que se va completando con cada nueva visita.

En nuestro caso la dietista aconseja complementar las pautas dietéticas con plantas medicinales que figuran en Tabla 2.

Saciantes y disminuidoras de la absorción	Konjac (<i>Amorphophallus konjac</i>) Plantago (<i>Plantago spp.</i>) Fuco (<i>Fucus spp.</i>) Judía (<i>Phaseolus vulgaris</i>)
Inhibidoras de la lipogénesis	Garcinia (<i>Garcinia cambogia</i>)
Termogénicas	Té verde (<i>Camellia Sinensis</i>) Mate (<i>Ilex paraguariensis</i>) Guaraná (<i>Paullinia cupana</i>)
Reductoras del apetito	Hoodia (<i>Hoodia gordonii</i>) Naranja amarga (<i>Citrus aurantium L.</i>)
Diuréticas	Ortosifón (<i>Ortosiphon stamineus Bentham</i>) Cola de caballo (<i>Equisetum arvense L.</i>)
Mejoradoras de la función hepática y digestivas	Alcachofa (<i>Cynara scolimus L.</i>)

TABLA 2: Clasificación de las plantas utilizadas.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Por lo que se refiere a la pérdida de peso, al inicio del estudio había un 75% de individuos con obesidad, 19% con sobrepeso y un 6% con normopeso. Después de 3 meses de seguimiento el porcentaje de individuos con obesidad se redujo al 38%, aumentando consecuentemente el porcentaje de individuos con sobrepeso (56%). El porcentaje de individuos con normopeso se mantuvo igual. Las personas que más peso perdieron son las que más pesan.

Tras este periodo, el 50% de los hombres perdieron de 5 a 10 kg, el otro 50% perdió menos de 5 kg. En las mujeres hubo una mayor variabilidad, un 50% perdió menos de 5 kg, un 36% entre 5 y 10 kg, un 7% perdió más de 10 kg y un 7% se mantuvo igual. Los hombres pierden más fácilmente peso debido a que las mujeres retienen más líquidos. Por eso en el caso de las mujeres, la dietista, suele aconsejar con mayor frecuencia la utilización de diuréticos.

Las personas que más peso perdieron, en función de la edad, fueron las personas entre 31 y 40 años, que perdieron una media de 7 kg. Por el contrario, las que perdieron menos peso fueron las personas mayores de 60 años, esto se puede atribuir a que realizan menor actividad física y a que el metabolismo es más lento.

En cuanto a la actividad deportiva, el 63% de las personas que acudieron a la farmacia en busca de consejo dietético realizan deporte. El tipo de ejercicio realizado es: camina el 80% y monta en bicicleta el 20%. La frecuencia del ejercicio se distribuye de la siguiente manera; un 30% lo hace de forma diaria, el 50% lo hace de 3 a 6 veces por semana y un 20% solo una o dos veces por semana.

Los hábitos de vida de las personas estudiadas son los siguientes: un 6% de los individuos lleva una vida muy sedentaria, ya que ve la televisión 5 o más horas diarias. El 63% la ve entre 2 y 5 horas diarias, y el 31% la ve 2 o menos horas.

La mayor parte de los individuos (75%) tiene buenos hábitos alimenticios, ya que realiza 5 comidas diarias. El 25% restante realiza solo cuatro.

Existe un porcentaje muy pequeño de individuos que fuman y que consumen alcohol, tan solo el 6%.

El 75% de las personas estudiadas tiene algún factor de riesgo asociado a la obesidad o sobrepeso. Un 31% de los individuos presenta hipercolesterolemia e hipertensión, un 19% solo hipercolesterolemia, un 19% hipotiroidismo y un 6% es diabético. Estas patologías concomitantes hay que tenerlas en cuenta a la hora del tratamiento fitoterápico, ya que se podrían producir interacciones entre los medicamentos que están tomando y las plantas medicinales. Así por ejemplo, a las personas con hipertensión no se les recomienda nada que contenga cafeína (camilina, guaraná, mate). Las personas con problemas del tiroides no pueden tomar Fucus, los celíacos nada que contenga Cromo y en el caso de personas con Diabetes Mellitus como ya tienen un tratamiento establecido es mejor no recomendar nada.

Especial precaución hay que tener con aquellos pacientes tratados con los anticoagulantes orales, en este caso no se puede dar ningún tratamiento fitoterápico.

En cuanto a la evaluación de la satisfacción, el 25% de los individuos está muy satisfecho con los resultados obtenidos, el 62% está satisfecho y el 13% insatisfecho.

El principal motivo de la mayor parte de las personas (69%) para perder peso es por cuestiones estéticas. El 31% restante lo hace por temas de salud.

CONCLUSIONES

La pérdida de peso debería ser promovida por razones de salud, pero en la mayoría de los casos no es así ya que la mayor parte de la población no percibe la obesidad como una enfermedad. Sin embargo, son muchas las alteraciones de salud asociadas al sobrepeso y a la obesidad, como la hipertensión arterial, dislipemia, hipercolesterolemia y Diabetes Mellitus.

Las mujeres son las que mayor interés presentan por perder peso, ya que el 87% de los individuos que acudieron a la OF fueron mujeres.

Perdidas de peso moderadas y sostenidas del 5-10% del peso corporal inicial tienen efectos beneficiosos sobre la adiposidad y las comorbilidades asociadas. Con la intervención realizada desde la FC se consiguió en el 63% de los casos.

Cambiando los hábitos alimenticios, haciendo ejercicio físico moderado y con la ayuda de las plantas medicinales se pueden llegar a perder aproximadamente 800-900 g y hasta 1 kg por semana.

Las plantas medicinales son útiles como coadyuvantes en las dietas de adelgazamiento, pero a pesar de su origen natural no son inocuas. Por eso se tienen que utilizar con precaución y teniendo en cuenta el resto de medicamentos que toma la persona.

BIBLIOGRAFÍA

- Agencia Europea del Medicamento (EMA) [página Web]; [acceso 5-10 de mayo de 2014]. Disponible en: <<http://www.ema.europa.eu/ema/>>.
- Angulo E, Jiménez A, Álamo J, Garmendia C. Experiencia de educación nutricional en la oficina de farmacia. *Rev Esp Nutr Comunitaria*. 2002; 8(1-2):42-45.
- Navarro C, Ortega T, Rubio MA, Román J. Plantas medicinales para el sobrepeso. Madrid: Editorial Complutense; 2009.
- García JA, Marta Álvarez O. Plantas medicinales en el tratamiento de la obesidad. *Offarm*. 2002; 21(9):132-144.
- Rodríguez-Artelejo F, Graciani A, Guallar-Castillón P, León-Muñoz LM, Zuluaga MC, López-García E, et al. Justificación y métodos del estudio sobre nutrición y riesgo cardiovascular en España (ENRICA). *Rev Esp Cardiol*. 2011; 64(10):876-882.
- Zugasti A, Moreno B. Obesidad como factor de riesgo cardiovascular. *Hipertens Riesgo Vasc*. 2005; 22(1):32-36.

