

iniciativa de la Organización Mundial de la Salud (OMS) destinada a mejorar la calidad del PNA de personas mayores de cinco años con patología respiratoria y la eficiencia de los servicios de salud que atienden las ER más frecuentes: neumonía, TB, asma, bronquitis crónica y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).<sup>1</sup> Consiste en un método práctico de evaluación desde lo clínico-sindrómico y conductas terapéuticas sustentables en las que se incluyen estrategias de prevención y manejo de pacientes con síntomas respiratorios (SR) en los Centros de Atención Primaria de Salud (CAPS) y la coordinación con los servicios de referencia.

En Argentina existen guías para cada una de las ER mencionadas, pero la mayoría está destinada a servicios especializados y no cuenta con un enfoque práctico e integrador para el PNA. Guías internacionales de la estrategia PAL dan los lineamientos y bases para su implementación, pero se recomienda elaborar guías nacionales que tengan en cuenta el contexto del país, las políticas de salud y las guías nacionales ya existentes.<sup>2</sup> En 2010 y 2011, profesionales de salud de la provincia de Santa Fe, apoyados por autoridades nacionales y provinciales, elaboraron una guía de la estrategia PAL para médicos del PNA cuya población beneficiaria son los mayores de 15 años.<sup>3</sup> Se implementó la aplicación de la guía en un área de la ciudad de Santa Fe para, luego de evaluarla y hacer las correcciones necesarias, continuar expandiéndola a toda la ciudad y otras localidades provinciales.

Para la evaluación se realizó un estudio cuasiexperimental pre y post. Se hicieron reuniones informativas para todo el equipo de salud y una capacitación destinada a los médicos, y se recolectó información de los CAPS en un periodo anterior a la intervención (pre-PAL) y otro posterior a ésta

(post-PAL). De 516 consultantes de los CAPS en la etapa pre-PAL y 1 128 en la post-PAL, 15.5 y 14.3% concurren por SR, respectivamente. El promedio de fármacos prescritos por paciente con SR fue 1.6 (pre-PAL) y 1.4 (post-PAL). La reducción del porcentaje de pacientes con SR que recibían dos y tres medicamentos (50.8 a 42.7%) con el incremento de los que recibieron uno o ninguno, aunque no resultó significativa estadísticamente, podría ser uno de los impactos logrados por la aplicación de la estrategia. La solicitud de baciloscopías a los pacientes con SR para diagnóstico de TB se duplicó entre los semestres pre y post-PAL, lo que representa una mejora en la búsqueda de casos de TB, en coincidencia con estudios previos.<sup>4,5</sup> No se observó mejoría en la calidad de los registros de los pacientes con SR luego de la intervención.

Los cuatro diagnósticos más frecuentes en pacientes con SR correspondieron a enfermedades agudas; 8.5% de las consultas fue por asma y 2.1% por EPOC. Las limitaciones del estudio fueron la no inclusión de todo el equipo de salud en la capacitación, la falta de participación de cuatro de 14 CAPS convocados y la concurrencia de un solo médico por cada CAPS (por razones de servicio); los otros médicos del servicio sólo recibieron la guía y se comprometieron a leerla y aplicarla.

En una etapa de expansión de la estrategia sería recomendable, para extender sus beneficios, complementar la capacitación específica de los médicos con otra para todo el equipo de salud, que incluyera una jornada completa destinada al sistema de registros de los CAPS.

#### *Agradecimiento*

Los autores agradecen a la Comisión Nacional Salud Investiga, del Ministerio de Salud de la Nación Argenti-

na, por haber financiado dos becarios para participar en la investigación.

Elsa Zerbini, M en C,<sup>(1)</sup>  
elsazerbini@arnet.com.ar  
María Carla Sarsotti, TO,<sup>(2)</sup>  
Leandro Costantini, M Gral,<sup>(2)</sup>  
María Carolina Cudós, M Infectol.<sup>(1)</sup>

(1) Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias  
Dr. Emilio Coni. Santa Fe, Argentina.

(2) Ministerio de Salud de la provincia de Santa Fe.  
Argentina

## Referencias

1. World Health Organization. A primary health care strategy for the integrated management of respiratory conditions in people of five years of age and over. Geneva: WHO, 2005.
2. World Health Organization. Practical approach to lung health: "manual on initiating PAL implementation" [monografía en internet]. Geneva: WHO, 2008 [consultado el 20 de febrero de 2014]. Disponible en: [http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO\\_HTM\\_TB\\_2008.410\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO_HTM_TB_2008.410_eng.pdf).
3. Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias "Dr. Emilio Coni". Abordaje práctico de la salud pulmonar del adulto: guía para el primer nivel de atención. Santa Fe, Argentina: INER, 2012.
4. Me'etary F, Ottmani S, Pio A, Baghdadi S, As-safin G, Koraym M, et al. Results of the feasibility test of the practical approach to lung health in the Syrian Arab Republic. *East Mediterr Health J* 2009; 15: 504-515.
5. Zidouni N, Baough L, Laid Y, Chaulet P. Practical approach to lung health strategy in Algeria. *Int J Tuberc Lung Dis* 2009; 13: 1029-1037.

## Diagnóstico de la obesidad más allá de índice de masa corporal

*Señor editor:* El tratamiento actual de la obesidad parece estar lejos de ser la cura de esta enfermedad, o por lo menos de proporcionar una mejoría consistente, por la dificultad que significa modificar una condición crónica del metabolismo, de la estructura y de la conducta cuando son diversos los factores que la promueven. Muchos de estos factores no son modificables por parte de los profesionales de la salud, pero es común que ciertos factores predisponentes y susceptibles de atención, y muchas

de las consecuencias de la obesidad sobre la salud y el funcionamiento corporal, no sean tomados en cuenta por los mismos. Con frecuencia esto ocasiona que el tratamiento sea frustrante para ambas partes (personal de salud y paciente), pues en este padecimiento resulta difícil el empleo de medidas clásicamente utilizadas en el tratamiento médico.

En México, por lo general se dispone de infraestructura y equipos limitados, con recursos humanos deficientes y tiempos de espera muy largos para la atención a la salud,<sup>1</sup> lo que significa un reto para satisfacer la costosa demanda asociada con las enfermedades de transición epidemiológica, donde la obesidad es una de las principales manifestaciones.

En este complejo marco de referencia, resulta muy importante tener una herramienta que permita conceptualizar mejor la carga sobre la salud, que represente el exceso

de peso en cada individuo y que al mismo tiempo ayude a priorizar los componentes de su atención. El Sistema de Estadificación de la Obesidad de Edmonton (EOSS, por sus siglas en inglés) (cuadro I) consiste en la identificación de las comorbilidades y de la limitación funcional que pueden ocurrir en relación con la obesidad, para guiar los objetivos terapéuticos dirigidos a personas con índice de masa corporal (IMC) (kg/m<sup>2</sup>) mayor o igual a 30.<sup>2</sup>

El EOSS ha mostrado su utilidad para identificar riesgos a la salud y mejorar la toma de decisiones en el tratamiento de personas con obesidad. Un análisis de los datos de la cohorte del Aerobics Center Longitudinal Study (n= 29 533) categorizó a los individuos con IMC mayor o igual a 30 en etapas 0 a 3 del EOSS. Al compararlos con el Índice Nacional de Mortalidad hasta el año 2003 y ajustarlos por nivel de condición físi-

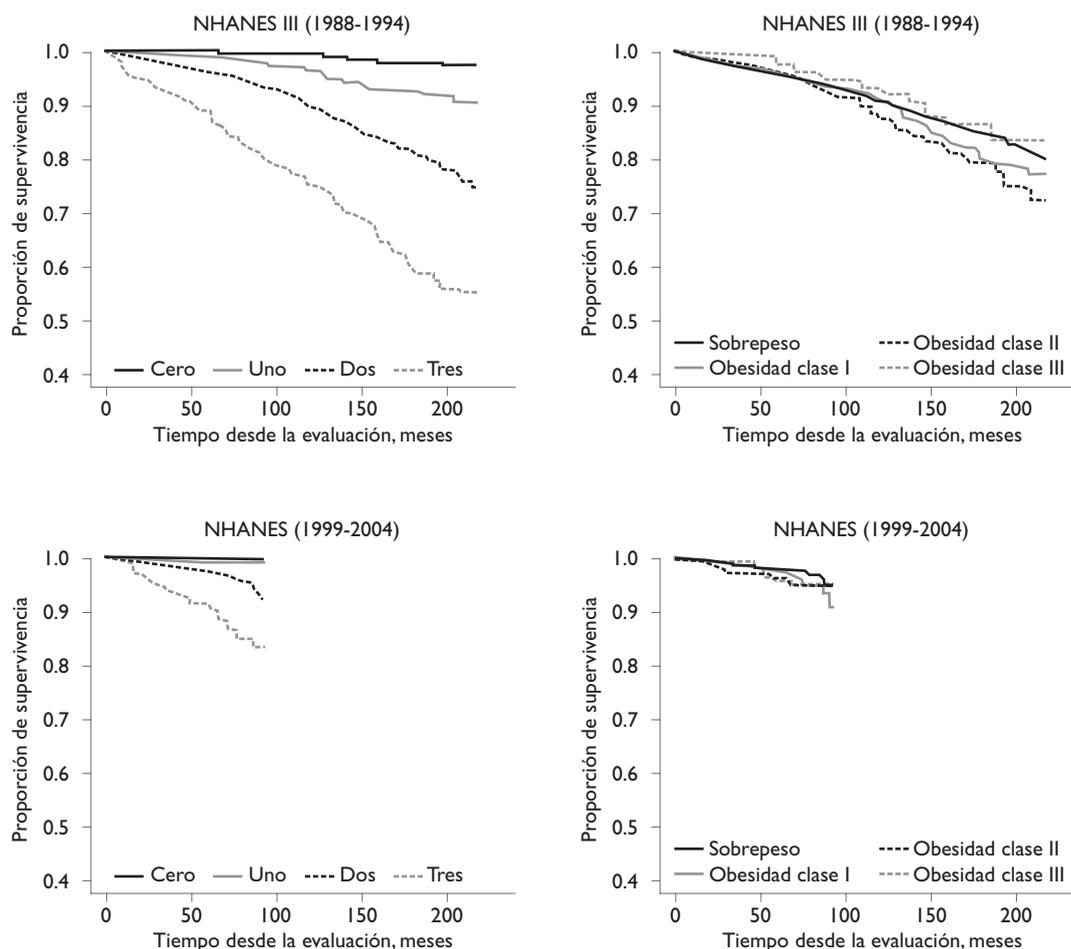
ca y factores alimentarios, se encontró que los individuos con obesidad y en etapas 0 y 1 no tuvieron un mayor riesgo de mortalidad en relación con todas las causas (índice de riesgo [IR] 1.00 [0.90-1.11]). Sólo los individuos con obesidad en etapa 3 tuvieron una mortalidad por todas las causas significativamente mayor (etapa 2 IR 1.21, [0.97-1.51]; etapa 3 IR 2.19 [1.00-1.48]) y mortalidad cardiovascular (etapa 2 IR 1.37 [0.97-1.94]; etapa 3 IR 1.38 [1.03-1.86]).<sup>3</sup> Otro estudio analizó los datos de las Encuestas de Evaluación de Salud y Nutrición de Estados Unidos (NHANES) III (1988-1994) y de 1999-2004 sobre mortalidad hasta finales de 2006, y calificó a los individuos de edad mayor o igual a 20 años con IMC  $\geq 25$  de acuerdo con el EOSS (n=7 967).<sup>4</sup> De los sujetos pertenecientes al NHANES III, 77.2% tuvo una calificación de 1 y 2 en el EOSS, y en la cohorte de 1999-2004, 90.3% tuvo esa clasificación. En los gráficos de mortalidad de Kaplan-Meier hubo una diferencia significativa en las diferentes etapas del EOSS en comparación con la clasificación de acuerdo con el IMC (figura 1). Un análisis con el modelo de riesgos proporcionales de Cox mostró un IR incremental a medida que aumentaban las etapas de EOSS (etapa 2 IR 1.57 [1.16-2.13] y etapa 3 IR 2.69 [1.98-3.67]), en comparación con los grados II (IR 1.73 [1.23-2.46]) y III (IR 1.52 [0.94-2.46]) de acuerdo con el IMC, después de ajustar para síndrome metabólico.

En cuanto a la cirugía bariátrica, que ha demostrado ser el tratamiento más efectivo para tratar a personas con obesidad severa y obesidad con comorbilidades relacionadas,<sup>5</sup> se ha propuesto que en la selección de los pacientes se consideren indicadores de riesgo y beneficio en lugar de considerar sólo el IMC, ya que al identificar a los pacientes en etapas 2 y 3 del EOSS se puede conocer con mayor certeza qué personas se beneficiarán más de este tratamiento.

**Cuadro I**  
**SISTEMA DE ESTADIFICACIÓN DE LA OBESIDAD DE EDMONTON\***

<i>Etapas</i>	<i>Descripción</i>	<i>Manejo</i>
<b>0</b>	Sin asociación de factores de riesgo (p. ej. tensión arterial, lípidos, glucosa normales), síntomas, psicopatología, limitación funcional o del bienestar.	Identificar factores que contribuyan al exceso de peso. Orientación nutricional y de actividad física para prevenir mayor incremento de peso.
<b>1</b>	Presencia de factores de riesgo subclínicos (p. ej. tensión arterial límite, intolerancia a la glucosa) síntomas leves (disnea de medianos esfuerzos), psicopatología leve y limitación funcional o del bienestar leves.	Identificar contribuyentes para factores de riesgo. Intervención más intensa en el estilo de vida, dieta y ejercicio para prevenir mayor incremento de peso. Monitoreo de factores de riesgo y estado de salud.
<b>2</b>	Presencia de enfermedades crónicas relacionadas con la obesidad (p. ej. hipertensión, diabetes mellitus tipo 2, apnea del sueño, osteoartritis, enfermedad por reflujo, trastorno de ansiedad) y limitación moderada de las actividades diarias o del bienestar.	Iniciar tratamiento integral para la obesidad que incluya todas las opciones de tratamiento conductual, farmacológico y quirúrgico. Monitoreo y tratamiento de comorbilidades.
<b>3</b>	Daño a órgano blanco establecido como infarto del miocardio, complicaciones de la diabetes, psicopatología significativa, limitación funcional o compromiso funcional o del bienestar severos.	Tratamiento más intensivo para la obesidad que incluya todas las opciones de tratamiento conductual, farmacológico y quirúrgico. Manejo agresivo de las comorbilidades.
<b>4</b>	Discapacidades severas (potencialmente terminales) derivadas de enfermedades crónicas relacionadas con la obesidad, psicopatología incapacitante y limitación funcional o del bienestar severa.	Tratamiento agresivo de la obesidad que se considere viable. Medidas paliativas incluyendo manejo del dolor, terapia ocupacional y apoyo psicosocial.

\* Adaptado de referencia 2



IMC: índice de masa corporal  
EOSS: Sistema de Estadificación de la Obesidad de Edmonton  
NHANES: Encuesta de Evaluación de Salud y Nutrición

\* Adaptado de referencia 4

**FIGURA 1. COMPARACIÓN DE LA CAPACIDAD DEL EOSS PARA PREDECIR MORTALIDAD POR TODAS LAS CAUSAS EN COMPARACIÓN CON LAS CATEGORÍAS POR IMC\***

De este modo, el EOSS ha demostrado ser una herramienta valiosa para evaluar de mejor manera la forma de tratar a los pacientes con obesidad, sin limitar el tratamiento a la reducción de peso, sino a la mejoría de la salud y la función de las personas con esta condición. Esto implica una importante repercusión en el desarrollo de enfermedades crónicas y sus complicaciones.

Marcela Rodríguez-Flores, M Intern, M en C Med.<sup>(1,2)</sup>  
chelorf76@yahoo.com

(1) Clínica de Obesidad y Trastornos de la Conducta Alimentaria, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. México.

(2) Departamento de Medicina Interna, Centro Médico Nacional 20 de Noviembre. México.

### Referencias

1. Gómez-Dantés O, Sesma S, Becerril VM, Knaul FM, Arreola H, Frenk J. The health system of Mexico. *Salud Publica Mex* 2011;53 suppl2:S220-S232.

2. Sharma AM, Kushner RF. A proposed clinical staging system for obesity. *Int J Obes* 2009;33:289-295.  
3. Kuk JL, Ardern CI, Church TS, Sharma AM, Padwal R, Sui X. Edmonton Obesity Staging System: association with weight history and mortality risk. *Appl Physiol Nutr Metab* 2011;36:570-576.  
4. Padwal RS, Pajewski NM, Allison DB, Sharma AM. Using the Edmonton Obesity Staging System to predict mortality in a population-representative cohort of people with overweight and obesity. *CMAJ* 2011;183(14):E1059-E1066.  
5. Buchwald H, Avidor Y, Braunwald E, Jansen MD, Pories W, Fahrenbach K, et al. Bariatric surgery: a systematic review and meta-analysis. *JAMA* 2004;292:1724-1737.