

Original

Estrategia probesci: un abordaje terapéutico de menor coste para el paciente obeso

C. Vázquez, F. Alcaraz, J. I. Botella-Carretero, I. Zamarrón, J. Balsa, F. Arrieta, F. Carabaña, M. Garriga, C. Montagna, J. Secos, P. Barreales, C. Martínez y P. de la Cruz

Unidad de Nutrición Clínica y Dietética. Hospital Ramón y Cajal. Madrid. España.

Resumen

Desde la experiencia clínica todas las evidencias hacen suponer que la obesidad, epidemia que amenaza la Salud Pública de los países más ricos de la Tierra, se presenta como un síndrome que abarca distintas enfermedades, todas ellas con un rasgo común, el exceso de grasa corporal, pero con respuestas clínicas claramente diferenciadas ante la misma estrategia terapéutica. Si las respuestas son tan heterogéneas es que la etiopatogenia también lo es, por lo que un estudio fenotípico exhaustivo ayudaría a establecer grupos clínicos que presumiblemente tendrían una respuesta más homogénea ante el mismo tratamiento. En este caso el abordaje y manejo terapéutico de los distintos grupos clínicos permitiría diversificar el tratamiento y posiblemente, mejorar su efectividad.

El gran inconveniente para llevar a la práctica un estudio fenotípico exhaustivo es el elevado coste, por el consumo de tiempos recursos humanos que exige, lo que es con frecuencia inviable.

En este estudio se describe la "estrategia PROBESCI" como un sistema organizativo de estudio y recogida de datos que sistematiza, estandariza y caracteriza la información constituyendo la base para la consiguiente clasificación y establecimiento de perfiles fenotípicos dentro de la obesidad. Es una nueva modalidad de consulta inicial en grupo, de valoración del paciente obeso, que ha demostrado su viabilidad

Se estudian los costes de esta nueva modalidad, comparándolos con los de la consulta clásica y se demuestra que supone un gran ahorro, ya que disminuye un 58% los costes de la consulta inicial y un 21% los costes totales del tratamiento.

(*Nutr Hosp.* 2006;21:699-703)

Palabras clave: *Obesidad. Costes. Consulta grupal.*

PROBESCI STRATEGY: A CHEAPER THERAPEUTIC APPROACH FOR OBESE PATIENTS

Abstract

Obesity has become epidemic in Western countries. From clinical practice, obesity may be considered as a disease characterized by an excess of body fat mass, but patients usually demonstrate different responses to the same therapeutic strategy. It could be possible that the latter may be a consequence of different pathophysiological factors among obese patients. Therefore, a detailed and thorough phenotyping of patients may enable clinicians to establish groups of patients that may respond in a homogeneous and effective way to a specific treatment for obesity. However, this type of approach can be especially time-consuming and may increase costs. In this study we describe the "PROBESCI" strategy, which is a novel system of studying the obese patient at the first visit, performed in groups of patients, aimed to the collection and analysis of data in order to categorize phenotypic profiles which may achieve homogeneous responses to a specific therapy. We also analyze the costs of this new strategy compared to those of an individual consultation, showing a decrease of 58% for the first visit, and of 21% of the total costs throughout treatment.

(*Nutr Hosp.* 2006;21:699-703)

Key words: *Obesity. Costs. Consults group.*

Correspondencia: Unidad de Nutrición Clínica y Dietética
Hospital Ramón y Cajal
Ctra. Colmenar km. 9.2
28034 Madrid
E-mail: dietetica.hrc@salud.madrid.org

Recibido: 1-VI-2006.
Aceptado: 30-VI-2006.

Introducción

En los comienzos del siglo XXI la obesidad se presenta como una epidemia que afecta a gran parte de la población de los países más desarrollados. Es un problema sanitario en expansión que, agravará, sin duda, los costes¹ del Sistema de Salud y posiblemente acortará la esperanza de vida^{2,3}. La etiopatogenia es compleja, confluyendo factores genéticos, medioambientales y de estilos de vida que a su vez modifican la expresión genética de los numerosos genes implicados y que dan como resultado una serie de síntomas donde el principal es el excesivo acúmulo de tejido graso y las comorbilidades asociadas.

En la práctica clínica el abordaje terapéutico de que disponemos en obesidad se centra en la disminución moderada del contenido calórico de la dieta, ejercicio físico, modificación de conductas que lleven a cambios en los estilos de vida y, cuando es necesario, prescripción de fármacos^{4,5}.

Esta estrategia en el abordaje terapéutico es común para todos los pacientes obesos. Sin embargo las respuestas no son homogéneas produciéndose respuestas muy variadas y en general frustrantes a largo plazo⁶.

Dicha variabilidad en la respuesta induce a suponer que la obesidad se comporta más como un síndrome que como una única enfermedad, lo que está asociado a su heterogeneidad etiopatogénica. Una exhaustiva caracterización fenotípica conduciría a establecer grupos clínicos más homogéneos y por ello con respuestas similares a un mismo tratamiento. El conocimiento de estos perfiles fenotípicos y su correlación con las respuestas al tratamiento permitiría realizar abordajes terapéuticos diferenciados⁷.

Sin embargo una clasificación de estas características requiere una estandarización en la recogida de los datos, y una inversión de tiempo, energía y recursos que es inviable en la práctica clínica diaria. Un abordaje de los problemas desde perspectivas más rentables y creativas si podría facilitar esta labor permitiendo la caracterización de los distintos fenotipos que componen la obesidad. Para ello se hace necesario un modelo asistencial de menor coste capaz de realizar una recogida de información sistemática y rentable. La «Estrategia PROBESCI» cumple estos objetivos al ser una nueva modalidad de consulta inicial en grupo, de valoración del paciente obeso que sistematiza, estandariza y caracteriza la recogida de datos constituyendo la base para el establecimiento de dichos perfiles fenotípicos.

Son muy pocas las experiencias previas con este planteamiento y se desconocen sus resultados en términos de coste-eficacia. El Hospital de Nuestra Señora de Valme, en Sevilla⁸ está llevando a cabo una experiencia similar con pacientes diabéticos tipo 2 y asmáticos. A su vez se inspiraron en experiencias que médicos de Estados Unidos habían llevado a la práctica (Family Practice Management).

En este trabajo presentamos la estructura, contenido y organización de la «Estrategia PROBESCI», así como un estudio comparativo de sus costes respecto a la consulta convencional en un grupo piloto¹⁰.

Material y métodos

Se estudian la factibilidad de la estrategia y los costes en 75 pacientes asignados a la Consulta grupal y 27 pacientes de la consulta inicial tradicional. Todos ellos son pacientes obesos que consultan por primera vez en

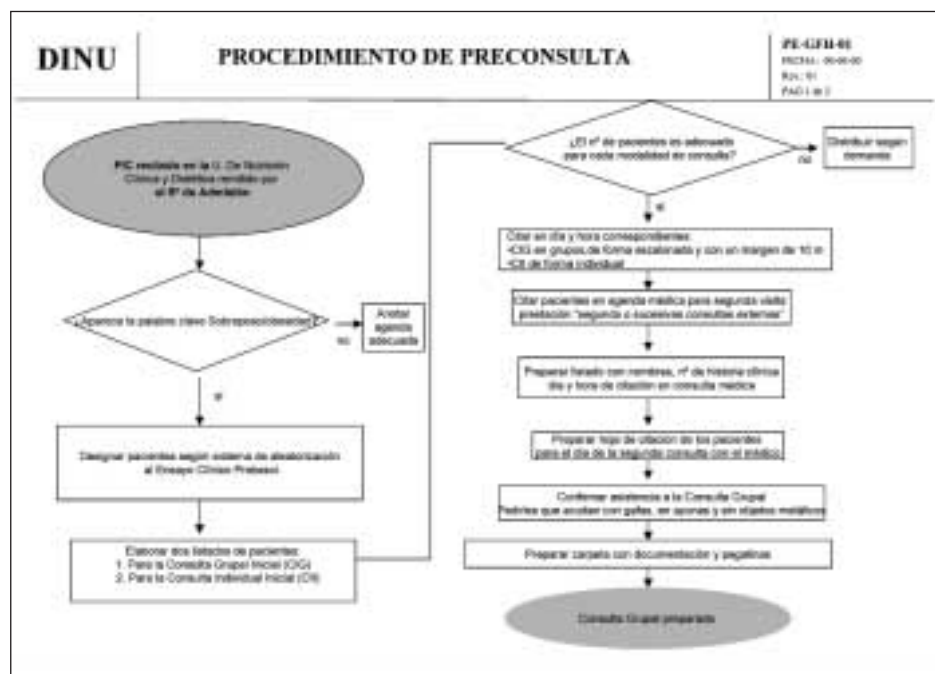


Fig 1.—Diagrama del procedimiento de preconsulta.

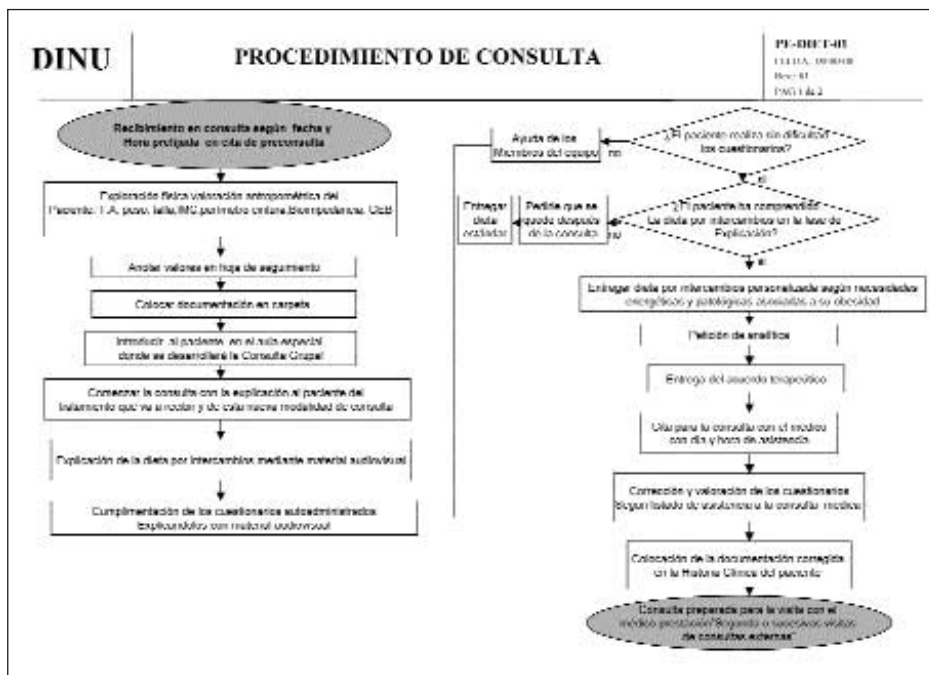


Fig 2.—Diagrama del procedimiento de consulta.

la Unidad de Nutrición para evaluación y tratamiento, y su asignación a uno u otro grupo es aleatoria.

Descripción de actividades

La actividad que rodea a la iniciativa PROBESCI se estructura en dos fases o procedimientos:

1. *La preconsulta.* De actividad básicamente administrativa. El procedimiento clínico de la figura 1 muestra el camino que recorre la demanda del paciente desde el momento en que llega al Servicio de Admisión del Hospital hasta que es recepcionado por el equipo asistencial en la consulta.

En esta fase es decisivo el trabajo realizado por el personal administrativo, tanto de la Unidad de Admisión como por el de la Unidad de Nutrición.

La primera actividad, llevada a cabo por el Servicio es la selección aleatoria de los pacientes que cumplen los criterios para el Proyecto PROBESCI (que en el parte de interconsulta aparezcan las palabras «Obesidad o sobrepeso») y canalizar a los pacientes a la Consulta Grupal, Unidad de Nutrición Clínica y Dietética o a la consulta individual.

La segunda parte de la preconsulta la realiza el personal administrativo de la Unidad de Nutrición. Distribuyen a los pacientes en las distintas agendas médicas de manera que el día de la consulta grupal el paciente ya sabe que médico le corresponde para la segunda visita la fecha y la hora. También verifican, mediante llamada telefónica, con una antelación de 24 o 48 horas, la asistencia de los pacientes. Esta llamada reduce la falta de asistencia y rentabiliza la intervención puesto que sirve para dar al paciente

toda la información sobre el contenido de la consulta grupal.

2. La consulta

a) Los pacientes son citados en grupos de cinco, con intervalos de 10 minutos, con el fin de realizar las medidas antropométricas peso, talla, circunferencia de la cintura, Índice de Masa Corporal, estimación del Gasto Energético Basal, toma de Tensión Arterial y asignación de la dieta adecuada a cada paciente en función de su Índice de Masa Corporal, sexo y edad. Esta labor la realiza el equipo de enfermería con apoyo de nutricionistas.

b) Posteriormente el paciente es conducido a la sala donde se realiza el resto de actividades (fig. 2):

- Recepción y explicación de la estrategia y fundamentos del tratamiento por parte de un médico del equipo. Durante un periodo de 15 minutos se exponen los fundamentos del tratamiento de la obesidad, el esquema de visitas, el ritmo de pérdida de peso esperado, las fases del tratamiento, dándoles la bienvenida a la Unidad y estimulando su cooperación activa. Se resuelven preguntas o cuestiones que los pacientes planteen.
- Realización de cuestionarios autoadministrados que recogen antecedentes personales, antecedentes familiares, historia ponderal, hábitos de vida, salud mental y cribado de trastornos de la conducta alimentaria. Estos van a recoger la información relativa a los aspectos clínicos que nos interesan:

Tabla I
Coste del personal en euros (€)

	Consulta clásica	Consulta grupal
Facultativo	85,56	85,56
Auxiliar enfermería	0	15,32
Enfermería	0	97,12
Total	85,56	198

- Información referente a los Antecedentes personales, Familiares, evolución del peso a lo largo de la vida, factores desencadenantes y mantenedores de la obesidad.
- Escala de bulimia y trastornos por atracón del EDI (Eating Disorder Inventory)^{11,12}.
- Cuestionario de Salud General (GHQ-28)¹³.
- Cuestionario de Hábitos de vida¹⁴.
- Cuestionario de frecuencia de consumo alimentario desarrollado en la Unidad¹⁵.

El tiempo estimado en la cumplimentación de los cuestionarios es de 30 minutos. Con todos ellos, se consigue tener un conjunto exhaustivo y homogéneo de datos acerca de los antecedentes personales y familiares del paciente, el momento y los factores desencadenantes de la ganancia de peso, la presencia y descripción de los factores mantenedores de la obesidad, así como diferentes scores que informan sobre sus hábitos de vida, alimentarios y situación psicológica, junto a una descripción precisa de las comorbilidades presentes y su magnitud.

- Adiestramiento sobre la dieta por intercambios. Estas se realizan de forma totalmente personalizadas mediante un programa de planificación de dietas hipocalóricas por intercambios diseñado por nuestro grupo⁹. El adiestramiento puede ser realizado por una enfermera de la Unidad de Nutrición o por una nutricionista. En la comprensión de esta dieta se fundamenta parte del éxito del tratamiento. La dieta es la herramienta que el paciente aprende ya en esta primera intervención y el profesional que la explique tiene que estar especialmente motivado para transmitir a los

Tabla II
Coste funcionamiento, estructurales y repercutidos en euros

	Consulta clásica	Consulta grupal
Mantenimiento, suministros y otros	3,42	3,81
Estructura y logística	13,37	13,37
Admisión y archivo	7,87	157,39
Laboratorios	41,61	832,24
Pruebas especiales	0,68	13,60
Radiología	3,18	63,63
Total	66,71	1.080,24

pacientes toda una serie de connotaciones que trascienden la propia herramienta dietética.

3. *Segunda consulta médica.* Tiene como finalidad, a la vista de todos los datos recogidos y la analítica realizada, completar la exploración física, confirmar, matizar o completar el diagnóstico inicial y el tratamiento.

Metodología del estudio de costes

Criterios y métodos de valoración de costes

Para estudiar los costes se tuvo en cuenta en primer lugar el precio por consulta (en ambas modalidades) tanto de la consulta clásica como de la consulta grupal. Para ello se incluye un Estudio de Costes realizado por el Servicio de Contabilidad Analítica en el cual se desglosan, de manera pormenorizada, los distintos elementos que componen tanto la consulta clásica como la grupal realizándose una comparativa de ambas modalidades.

Las tablas I y II desglosan cada uno de los elementos de este estudio de costes.

Resultados

Los datos antropométricos y de los grupos de pacientes incluidos en CIG y en CII se muestran en la tabla III. La comparación de dichos pacientes, con los datos históricos de la Unidad se muestran en la tabla

Tabla III
Valores antropométricos y cuestionario GHQ-28 en CIG y CII

	CIG		p	CII		p
	♂	♀		♂	♀	
Edad (años)	49,75 ± 16,63	50,92 ± 16,55	0,600	40,00 ± 12,23	47,91 ± 18,18	0,499
IMC	35,63 ± 4,93	39,91 ± 7,81	0,032	34,50 ± 2,97	34,03 ± 10,53	0,269
Cintura (cm)	113,41 ± 11,33	110,41 ± 14,20	0,605	108,90 ± 7,93	94,95 ± 15,00	0,066

Tabla IV
Valores antropométricos en Probesci y base histórica

	Probesci	Histórico	p
Edad (años)	49,64 ± 15,90	50,11 ± 14,82	0,809
IMC	38,11 ± 7,8	39,25 ± 6,26	0,178

IV. Como puede observarse, no hay diferencias entre ambos grupos.

La tabla V muestra de manera global el coste de la primera consulta clásica y de la grupal, realizado por contabilidad analítica, con el resultado por paciente de cada una de las modalidades. Según esos datos el coste para la primera consulta de Nutrición está calculado en 155,7 (€) mientras que para la consulta sucesiva es de 93,19 (€) ($p < 0,001$). Esta diferencia supone una disminución del 58,8% del coste.

La tabla VI muestra el coste total del tratamiento, que se obtiene sumando al precio por paciente de la consulta inicial, el coste de las consultas sucesivas a los 2, 4, y 6 meses puesto que estas ya serán individuales en ambas modalidades y muestra asimismo una reducción de costes en el tratamiento total, de un 21%.

Conclusiones

La estrategia Probesci de consulta grupal se ha demostrado viable en este estudio piloto.

El coste por paciente se reduce más de un 50%, respecto a la consulta tradicional a pesar de que interviene más personal, y un 21% en el coste total del tratamiento.

Posiblemente la intervención grupal se convertirá en una herramienta que ayude a disminuir el gasto sanitario asociado al tratamiento de la obesidad.

Además de ello, al hacer posible la obtención de una información más exhaustiva, permitirá clasificar mejor al paciente obeso y sus comorbilidades asociadas. Este hecho redundaría no solo en mejores resultados sino también en la satisfacción del paciente que como usuario reclama una mayor eficacia del sistema.

Tabla V
Coste total en euros (€) de ambas modalidades de consulta por paciente

	Consulta clásica	Consulta grupal
Coste personal	85,56	198,00
Coste funcionamiento	3,42	3,81
Costes estructurales y repercutidos	66,71	1.080,24
Total (precio consulta)	155,7	1.282,05
Total (precio por paciente)	155,7	64,10

Tabla VI
Coste total de ambas intervenciones teniendo en cuenta las consultas a los 3, 6 y 12 meses

	Consulta clásica	Consulta grupal
Visita basal	155,7	64,1
Coste funcionamiento	93,19	93,19
Visita 4 meses	93,19	93,19
Visita 6 meses	93,19	93,19
Total (precio por paciente)	435,27	343,67

Bibliografía

1. Estudio prospectivo Delphi. Costes sociales y económicos de la obesidad y sus patologías asociadas. Gabinete de estudios Bernard Krief. Madrid 1999.
2. Olshansky SJ, Passaro DJ, Hershov RC, Layden J, Carnes BA, Brody J y cols.: A potencial Decline in Life Expectancy in the United States in the 21th centur. *N Engl J Med* 2005; 352: 1138-45.
3. Flegal KM, Graubard BI, Williamson DF, Gail MH: Excess Deaths Associated With Underweight, Overweight, and Obesity. *JAMA* 2005; 293: 1861-67.
4. Arribazalaga JJ, Calañas A y cols.: Guía de práctica clínica para el manejo del sobrepeso y la obesidad en personas adultas. *Endocrinología y Nutrición* 2003; 50 (Supl. 3).
5. Sociedad española para el estudio de la obesidad (SEEDO). Consenso SEEDO 2000 para la evaluación de sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica. *Medicina clínica, Barcelona* 2000; 115: 587-97.
6. Norris SL, Zhang X, Avenel A, Gregg E, Schmidt: Long-term non-pharmacological weight loss interventions for adults with prediabetes. *Cochrane Database Syst Rev* 2005; 18: CD005270.
7. World Health Organization, Division of Noncommunicable Disease. Programme of Nutrition Family and Reproductive Health, Obesity preventing and managing the global epidemic. WHO, 1998.
8. Miguel Ángel Madrid: Nuevo modelo en el hospital Nuestra Señora de Valme, de Sevilla. La consulta en grupo reduce el coste y las visitas a urgencias, y sube la satisfacción. *Diario Medico* 29/06/2000.
9. Vázquez C, Alcaraz F, Garriga M, Ruperto M, Martín E: Dieta Hipocalórica personalizada: Programa informático para la planificación de dietas por intercambios (2006).
10. Vázquez C, Alcaraz F, Caballeros F, Vázquez S, Martínez C, Barreales P y cols.: Estrategia PROBESCI. Estudio descriptivo y de costes. Congreso Nacional SEEN Madrid 2005.
11. Garner, DM: EDI2 Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria. Tea Ediciones, SA. Publicaciones de Psicología aplicada. Madrid 1998.
12. Gandarillas A, Febrel C: Encuesta de Prevalencia de trastornos del comportamiento alimentario en adolescentes escolarizados de la Comunidad de Madrid. Documentos Técnicos de Salud Pública, nº 67. Dirección General de Salud Pública, Consejería de Sanidad. Madrid, 2000.
13. Goldberg D, Willians P: Cuestionario de Salud general (GHQ). Guía para el usuario de las distintas versiones. Lobo A, Muñoz PE. Versiones en lengua española validadas.
14. Pardo A, Ruiz M, Jodar E y cols.: Desarrollo de un cuestionario para la valoración y cuantificación de los hábitos de vida relacionados con el sobrepeso y la obesidad. *Nutr Hosp* marzo 2004; vol. 19, nº 2, pp. 099-109. SIN 0212-1611.
15. Alcázar F, Galán I, Vázquez C: Adaptación del Cuestionario de frecuencia de consumo a la población obesa. Documento manuscrito.