

OBESIDAD Y EMBARAZO

Dr. Aiçaguer

La obesidad en el embarazo es en sí mismo una de las complicaciones más importantes que debe enfrentar el obstetra, por las patologías que este hecho implica en la madre en su etapa de gestación, en el momento del parto, e incluso, en el post-parto. Así mismo la obesidad también afecta en consecuencias patológicas en el producto de la gestación.

Esto obliga a que el control y vigilancia que debe observarse en una paciente con estas características es diferente, e implica una preocupación para el obstetra.

No hay un consenso establecido con respecto al peso inicial a partir del cual se debe considerar a una paciente como obesa, prevaleciendo el criterio de aceptar un peso de corte de 90 Kg o más y tomando como IMC mayor de 29. El tomar como referencia el IMC para definir la obesidad es tal vez el parámetro más importante, porque relaciona el peso a la talla, y ello hace que al tomar la referencia precisa se pueda correlacionar con la evolución.

Se discute cual es el aporte calórico extra que debe recibir la embarazada para el adecuado desarrollo y crecimiento fetal, regulación de su propio peso y preparación para el parto, nacimiento y lactancia.

Steinfeld y Cohen recomiendan un consumo extra de 300 cal / día con una ganancia de peso de 11 a 15 Kg., en coincidencia con lo recomendado por la National Academy of Science y el American College of Obstetricians and Gynecologists.

La exigencia es máxima en el 3er. trimestre y es importante tener presente lo señalado por Caldeyro Barcia y Col. que es en ese período en el que el feto adquiere el 75 % de sus proteínas totales, el 65% de su calcio, el 68% del fósforo y el 80 % del hierro y aumenta en un 70% su peso final.

En la obesa embarazada la exigencia es menor y se acepta como normal un aumento de 7 a 12 Kg. Ratner y Col. sostiene que aún con un aumento de peso menor en las obesas, no son afectados: el crecimiento fetal y el desarrollo del parto.

De cualquier forma están totalmente contraindicadas las dietas que reducen el peso de las embarazadas, habiéndose constatado que los regímenes de adelgazamiento en la obesa embarazada traen en ciertas oportunidades, (dependiendo de la severidad de los regímenes), consecuencias neurológicas importantes para el producto de la gestación derivado de la tendencia a la cetosis de la embarazada y transferencia de esta al feto. A los efectos de evitar esta patología, es de capital importancia evitar en la embarazada períodos de ayuno prolongado y/o dietas irracionales con restricción severa de hidratos de carbono.

La paciente embarazada normal experimenta cambios modestos pero significativos en su peso corporal y distribución de la grasa en su 1er. embarazo, que de persistir, la hace más vulnerable a aumento de peso excesivo en embarazos ulteriores, e incluso la probabilidad de obesidad persistente y nociva.

En la paciente obesa fuera del embarazo se pueden suceder una serie de cambios metabólicos y hormonales bien establecidos como: la hiperglucemia, la resistencia a la insulina, la hiperinsulinemia que son los

factores fundamentales en el desencadenamiento de toda la patología de la paciente obesa. La diabetes gestacional es 4 a 5 veces más frecuente que en la no obesa.

Así mismo los hijos de madres obesas diabéticas tienen mayor riesgo de sufrimiento respiratorio, macrosomía, traumatismo de parto, hipoglucemia e ictericia neonatal.

Estos hechos inherentes a la patología de la madre obesa obligan a un seguimiento estricto con pruebas de evaluación de la patología diabética seguidos, medidas higiénico-dietéticas adecuadas a cada paciente en particular a los efectos de evitar complicaciones indeseadas.

Existen una serie de mecanismos que actúan en el aumento de la incidencia de la patología diabética en la paciente obesa embarazada como: una menor sensibilidad del receptor y del post-receptor a la acción de la insulina, una menor sensibilidad hepática a la inhibición insulínica de la producción endógena de glucosa, estimulación inicial de las células beta pancreáticas como elemento compensador inicial con posterior agotamiento con depósito amiloide y disminución de la secreción beta pancreática. La obesa embarazada tiene también un mayor riesgo de hipertensión inducida por el embarazo o hipertensión crónica agravada por el embarazo, la relación es de 7,5 % a 1,5 entre la paciente obesa y no obesa.

La preeclampsia aparece en un 17% embarazadas principalmente en las nulíparas no siendo la eclampsia más frecuente en estas pacientes.

La patología que incide en esta hipertensión es un aumento del tono simpático adrenérgico como una mayor reabsorción a nivel del túbulo renal y mayor susceptibilidad a la sal.

A estos hechos mencionados de la patología de la obesa embarazada se agregan dificultades en el diagnóstico prenatal de malformaciones o patologías, particularmente del tubo neural y cardíacas.

De la misma forma el diagnóstico de etapa temprana de gestación se ve afectado ante la dificultad de la visualización embrionaria, la medición cefalo-caudal y la observación de latidos embrionarios, elementos estos que obligan a la realización de una ecografía transvaginal.

Otra de las patologías del producto de la concepción de la obesa embarazada es una mayor incidencia de macrosomía que afecta negativamente en la morbimortalidad neonatal y materna.

En la macrosomía fetal intervienen factores genéticos y del ambiente uterino, en gestantes diabéticas mal controladas y en pacientes obesas. La hiperglicemia de estas pacientes hace que la glucosa que atraviesa la placenta produzca una hiperestimulación pancreática del feto con el hiperinsulinismo correspondiente llevando a un mayor crecimiento y utilización de la glucosa, aumento del depósito del glucógeno hepático y disminución de la movilización grasa. Además la insulina estimula la incorporación de aminoácidos a las proteínas causando exceso de crecimiento y macrosomía fetal.

Esta patología fetal es a su vez causa de patología materna en lo que tiene relación al trabajo de parto, con un mayor porcentaje de desproporción cefalo-pélvica incidiendo ello en la frecuencia de cesáreas. A esto se suma en los partos vaginales, la distocia de hombro como patología de mayor frecuencia no solo por el mayor tamaño del feto sino por su diferente conformación que se observa en las obesas diabéticas ya que existe una alteración en la relación hombro-cabeza y tórax-cabeza.

Otra de las complicaciones que la obesidad acarrea es en la embarazada que va a ser sometida a una operación cesárea, ya que la morbilidad es mayor en estas pacientes. Las complicaciones de mayor frecuencia son: la infección de la herida operatoria, la infección urinaria, una mayor propensión a sangrados por dificultad en la maniobra operatoria.

Así mismo existe una patología inherente al acto anestésico debido a una menor distensibilidad respiratoria por lo pesado del tórax y el aumento de la presión abdominal. Las obesas tienen un mayor riesgo de aspiración del contenido gástrico ya que se ha constatado en ellas un mayor volumen de las secreciones gástricas. Estos hechos mencionados colocan a la anestesia epidural en condiciones ventajosas a ser utilizada en la paciente embarazada obesa que va a ser sometida a operación cesárea no urgente ya que en ciertas ocasiones esta técnica es de difícil realización por la propia obesidad.

Los objetivos de la dieta en una paciente embarazada es lograr que la paciente mantenga un buen estado nutricional, que evolucione con un aumento de peso aceptado y esperado de forma tal que asegure el desarrollo de un feto sano. La pauta dietética debe ser suficiente en cantidad y calidad de sustancias nutrientes para cubrir las necesidades nutrientes de ambos.

En la paciente con sobrepeso la siguiente podría ser una guía a tener en cuenta:

1. No se recomienda perder peso durante el embarazo.
2. En pacientes con obesidad leve o sobrepeso (BMI 26.1 a 29.0) debe recomendarse el aumento de peso usual y la ingestión de dieta del embarazo normal.

3. En mujeres con gran obesidad (BMI>29.0) debe recomendarse a la madre un aumento de peso gestacional de 5.a 7.5 kilogramos.
4. Es indispensable el asesoramiento nutricional. Puesto que muchos alimentos densos en energía son bajos en nutrientes, aumento de peso no es equivalente a ingestión nutricional adecuada, por lo que las mujeres obesas deben ser asesoradas para establecer la cobertura adecuada de requerimientos calóricos y proteínicos.
5. Médico y paciente deben estar al tanto del mayor riesgo de intolerancia a la glucosa en obesas. La investigación de diabetes sacarina en la primera consulta, con repetición del estudio a las 28 semanas de gestación si fue negativo, permite el inicio temprano del tratamiento.
6. Debe alentarse a la paciente a perder el exceso de peso después del parto.

Un análisis reciente pone en duda que la ganancia de peso excesiva durante la gestación sea motivo de obesidad posterior o perpetuación de la obesidad pregestacional.

En muchas ocasiones la obesidad que se crea a raíz de la o las gestaciones son consecuencias de los cambios del estilo de vida y costumbres.

Es a estos factores que debemos atacar a los efectos de lograr que la paciente corrija su sobrepeso en el post-parto y logre pesos adecuados en los espacios intergestacionales incidiendo esto en el mejoramiento de su morbimortalidad.

La obesidad representa un peligro para la salud de las madres para el resto de sus vidas aún cuando no se planean otros embarazos.

OBESIDAD Y MENOPAUSIA

Dr. Aicaguer

La obesidad es una problemática propia del mundo moderno, el progreso, la industrialización, la abundancia de ofertas alimenticias y esto ha hecho que este mal individual y social afecte profundamente la vida del individuo, su trabajo y fundamentalmente su salud.

Esto ha obligado a un conocimiento cada vez más esmerado al respecto con una atención médica y una asignación de recursos importantes para reducir la morbimortalidad de esta patología.

La obesidad afecta al individuo en 3 aspectos fundamentales, el mecánico por un lado por el exceso de peso, el estético que puede ser y es en general motivo de conflictos personales y de relacionamiento y por último y el más importante trastornos metabólicos dependientes del tipo de obesidad.

En consecuencia sin lugar a dudas es uno de los factores de riesgo más importante y a tener en cuenta en general; y en la mujer en la edad post-reproductiva tiene relevancia significativa.

La prevalencia de la obesidad va a depender de cada país, de su industrialización, su nivel socio económico sus costumbres sedentarias, etc. pero lo que es evidente que aún en los países emergentes la incidencia es cada vez mayor llegando en la mayoría de los países al 30 %.

La incidencia en un aumento de la obesidad en la paciente menopáusica a sido corrientemente referida sin una base comprobatoria cierta.

Lo que sí es evidente y comprobado, es una redistribución de la grasa en esta etapa de la vida con un predominio de la obesidad abdomino-visceral lo que nos estaría indicando que los esteroides sexuales intervendrían en la conformación de los depósitos grasos, fundamentalmente la progesterona cuyo déficit facilitaría la acción córtico esteroidea no sabiéndose exactamente el modo de acción de los estrógenos. La progesterona tendría un efecto competitivo sobre los mismos receptores del cortisol bloqueando su actividad.

Este tipo de obesidad androide como se le llama, tiene una actividad metabólica distinta a distribución ginoide o gluteo-femoral propia de la mujer normal.

La obesidad androide representa un importante factor de riesgo cardiovascular como consecuencia de trastornos metabólicos a los que nos referiremos.

La actividad metabólica de la grasa abdominal da lugar a la liberación de ácidos grasos libres que drenan directamente al hígado a través del sistema portal dificultando de esa forma el metabolismo intrahepático de la insulina disminuyendo su aclaramiento, potenciando la hiperinsulinemia de la resistencia a la insulina.

Diversos estudios han mostrado que la obesidad androide induce a una alteración importante a nivel lipídico con una tendencia al aumento de la presión arterial como así mismo alteraciones de la coagulación que, en su conjunto, inciden en forma importante en la patología cardiovascular.

El nexo de estas patologías con la obesidad estaría dado por la resistencia a la insulina y el hiperinsulinismo en cuya génesis intervendría, por un lado una disminución del número de receptores a la insulina, y por otro un defecto específico del post-receptor.

La obesidad abdominal y la resistencia a la insulina traen como consecuencia una intolerancia a la glucosa, una diabetes no insulino dependiente, dislipidemia (descenso de HDL2, aumento de VLDL y presencia de LDL pequeñas y densas) y aumento de las concentraciones de la actividad plasmática de PAI-1.

Otro hecho importante a destacar que aumenta aún más la patología cardiovascular, es que la obesidad androide tiene una mayor capacidad oxidativa de LDL y con ello la aterogenesis, inclusive esta capacidad oxidativa está aumentada en pacientes normolipémicos.

A estos factores mencionados que inciden en las alteraciones lipídicas y cardiovasculares, hay que agregar que los factores genéticos intervienen sin lugar a duda por dos mecanismos:

1. Detrimiento del umbral de grasa a partir del cual pueden presentarse trastornos metabólicos.
2. Personas con obesidad visceral que muestran niveles de insulino resistencia similares no presentan en cambio perfiles lipídicos similares.

Por lo expuesto es obvio que la obesidad es un problema para la salud pública en particular con las consecuencias que esta acarrea, siendo la abdomino-visceral la que incide particularmente en la patología cardiovascular, y es ésta justamente la obesidad que nosotros vemos en paciente climatérica al declinar la actividad de los esteroides sexuales.

Es por ello es que debemos tener en cuenta no, solo todas las patologías ya conocidas como: las cardiovasculares, las urogenitales, las óseas y las cerebrales ante la falla ovárica, sino que debemos darle importancia también a las variaciones de peso y a la distribución adiposa de la mujer climatérica como factores agravantes por sí en esta etapa de la vida.

Por lo tanto, al posible tratamiento de la HTR a los que debe ser sometida la paciente, debemos también integrarla en un programa de tratamiento de la obesidad que debe estar dirigido por:

1. Profesionales especializados que manejan la obesidad con un enfoque morfológico, social, psicológico o mecánico y además que esté al tanto de toda la patología humoral, cardiovascular etc.
2. Correcta relación médico paciente que debe ser fundamentalmente motivadora, firme y comprensiva.
3. Debe existir un contrato verbal que incluya la relación médico paciente como ya mencionamos y el tiempo de tratamiento y los tipos de consulta.
4. Aprendizaje que obliga a una modificación conductual de la paciente y que hace que si la motivación desvanece este cambio de comportamiento la mantenga dentro de una misma forma de vida.

La paciente en edad post-reproductiva muy frecuentemente tiene una ganancia de peso que como dijimos, muchas veces no es tan predominante como el cambio en la distribución de la adiposidad que se hace de tipo androide.

En estas pacientes además de los cambios corporales, aparecen otras patologías como repercusión de un hecho fisiológico como es la falla ovárica y que debemos tener en cuenta a los efectos del mejoramiento de la calidad de vida, considerando la necesidad de la sustitución hormonal como arma.

Los tratamientos hormonales en la paciente climatérica acarrear muchos mitos y preconceptos que actúan como factores negativos al iniciar un tratamiento, o continuarlo en aquellas pacientes que lo están llevando a cabo. Entre estos mitos que son causas de abandono frecuente está el aumento de peso que ellos producirían.

Los estudios PEPI han mostrado que la terapia hormonal tendría una reducción en forma modesta pero detectable en el aumento de peso ganado en la década siguiente a la menopausia. El impacto mitigante fue fundamentalmente la cintura, aunque también estadísticamente se ha observado una merma en la medida de la cadera. Los estudios de ALOIA y Col no observaron cambios en el peso corporal ni en la distribución de las grasas después de 3 años de tratamiento hormonal. GAMBACIANI y Col observaron que el tratamiento previene la adiposidad abdominal a igual que los estudios de ESPELAND y Col.

En conclusión, en general se está de acuerdo que el THS previene el incremento de adiposidad central relacionado con la menopausia y este hecho es independiente del régimen del tratamiento usado. Así mismo se ha comprobado la acción beneficiosa a largo plazo sobre la resistencia insulínica.

De esta manera, en la paciente climatérica, los criterios de tratamiento sobre la obesidad deben tener en consideración los beneficios del THS; en aquellas que por supuesto no tengan una contraindicación absoluta para tal medicación-----
