

CONCEPTOS GENERALES DE TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD DR. PEDRO KAUFMANN

El Siglo XXI se inicia con algunas características bien definidas que influyen en el tema: un crecimiento de la población mundial sin déficit de producción de alimentos gracias a la ingeniería genética de los granos –aunque si lamentablemente con gravísimos problemas de distribución que hace que sigan las hambrunas en algunos lugares- y un crecimiento imparable del exceso de peso, a pesar de intentos de prevención, educación y nuevos fármacos. Esto ha obligado al replanteo integral de la prevención y tratamiento de la obesidad. En cuanto al tratamiento hemos aprendido que debemos pasar de perseguir lo biológicamente imposible a conseguir lo razonablemente obtenible... con métodos eficaces.

Quizás lo más importante es que tengamos claro los objetivos: No es lo mismo proponerse adquirir el peso ideal, que adelgazar algo, que mejorar los factores de riesgo sin importar el peso, que no seguir aumentando en el curso de los años, que prevenir la obesidad de las poblaciones. No está demás recordar, como dijo Sigmund Freud hace 100 años, que no es fácil modificar pulsiones con buenos consejos, porque el deseo del placer y la ley del mínimo esfuerzo son muy potentes. Es que nadie cuando se sienta a comer piensa en la utilidad de los alimentos; obviamente come porque la comida es rica y le hace desear más. Y eso es natural porque en nuestro cerebro automático están estos mecanismos incorporados. Es que durante millones de años solamente sobrevivieron – y transmitieron sus genes- aquellos individuos de buen apetito y buena capacidad de asimilación.

Todos estos conceptos han hecho que una verdadera reingeniería del pensamiento nos ha llevado a entender claramente que en el tratamiento del exceso de peso, existan tres situaciones básicamente diferentes.

Por un lado el **sobrepeso ginoide estético**. Seamos claros. Esto es un problema médico que no puede ser obviado con un sacudón de hombros. Las mujeres son más sanas y se sienten mejor con un BMI de 21 a 24. En estos casos el propósito debe ser llevarlas a este BMI y mantenerlas allí. Deben eliminarse los peligrosos charlatanes y sus tratamientos con anfetaminas, homeopatía o hierbas mágicas. Merecen un respetuoso y suave tratamiento efectuado por el profesional especialista.

En segundo lugar tenemos la **obesidad ginoide** importante: Aunque estas obesidades tengan menos problemas metabólicos, tienen frecuentes enfermedades como artrosis, apnea del sueño, lesiones de intertrigo y algunos cánceres más frecuentes, que las constituyen en un franco problema médico. Deben tratarse. Pero en ellas el éxito en general se define como un adelgazamiento del 15% del peso más allá del peso ideal, o definido de otra forma, un adelgazamiento del 50% del exceso de peso en general es suficiente. Siempre que luego se haga un mantenimiento de un mínimo de un año!.

El tercer caso es el de la **obesidad androide**. En esta categoría el éxito no se define por el peso ideal sino por la desaparición o franca atenuación de los factores de riesgo como hipertensión, intolerancia a los hidratos de carbono y dislipemias. Y esto se obtiene en general con un adelgazamiento – sostenido – de un 10% del peso corporal.

No cabe duda pues, que sea en cualquiera de las tres categorías señaladas, el tratamiento estará basado en los tres pilares clásicos de la alimentación adecuada, actividad física y

tratamiento farmacológico. Cada uno de ellos será analizado en próximos capítulos del curso. Habitualmente ninguno por si solo puede tener éxito. La mayoría de nosotros, aunque no todos aún, tenemos claro, que indicarle por enésima vez a un obeso un programa de alimentación, sin apoyo farmacológico, es, en el mejor de los casos, una pérdida de tiempo, y en el peor, un empujón hacia medicina no ortodoxa, por expresarlo suavemente. Es que la obesidad no se maneja solamente con buenas intenciones...

REFLEXIONES SOBRE EL TRATAMIENTO INTEGRAL DE LA OBESIDAD

Nta Lucía Pérez Castells

“Somos lo que comemos” (Feurbach 1850) , y por eso recalcamos la importancia de la asistencia nutricional como parte del tratamiento integral del obeso.

La obesidad es una enfermedad y constituye una epidemia global mundial.ⁱ La prevalencia de obesidad ha aumentado entre 10 a 15 % en los 10 últimos años.

La obesidad se asocia no solamente con complicaciones metabólicas, cardiovasculares y ciertos tipos de cáncer , sino también con disminución de la autoestima y depresión. Se calcula que entre el 2% 8% de los costos en salud en la sociedad occidental son por causa de la obesidad.ⁱⁱ Los reiterados fracasos en los tratamientos, fundamentalmente porque no se logra mantener el peso logrado ^{iii iv v} nos obliga a replantear los objetivos. La presión social hacia la delgadez y la información médica sobre los peligros que acarrea la obesidad^{vi}, hace que los individuos continúen haciendo esfuerzos en pos de un peso ideal. En EEUU 45% de las mujeres y 25% de los hombres están intentando perder peso y se gastan 33 billones de dólares anuales en productos y servicios en este rubro ^{vii, viii}. A pesar de ello las cifras de obesidad continúan aumentando, porque se han producido profundos cambios en la sociedad en los últimos 20 a 30 años , cambios que promueven un estilo de vida sedentario y un consumo elevado de grasas y calorías. Ambiente obesógeno.^{ix}

En el Uruguay 1 de cada 2 adultos y 1 de cada 4 niños padecen sobrepeso u obesidad. ^x, ^{xi} La dieta de los uruguayos supera la media en calorías (calculada para ese grupo) y es alta en grasas saturadas y colesterol.^{xii} Es una población sedentaria, con actividad física laboral del tipo ligera.^{xiii} En los niños continúa aumentando la recreación estática (TV, videos, computadoras)^{xiv}, las horas dedicadas al ejercicio en primaria son escasas, mientras que en secundaria no sobrepasan las 2 horas semanales.^{xv}

Entendemos que la prevención es la herramienta principal y “...que debe iniciarse en la edad temprana, estimulando la adopción de hábitos de alimentación saludables y patrones de actividad física...” (OMS 1997). Una vez instalada la enfermedad el “...tratamiento deberá combinar estrategias que permitan el mantenimiento del peso a largo plazo, tratamientos apropiados para lograr pérdidas de peso modestas y control de la comorbilidades...” (OMS 1997) ^{xvi}

(Pérdidas de peso modestas entre 0.5- 9kg. en mujeres con sobrepeso u obesidad mostraron en un estudio de 12 años en US, que bajó 20% la mortalidad, 40 a 50% se redujeron las muertes por cánceres relacionados con la obesidad y disminuyeron de 30 a 40% las muertes por diabetes)

¿A quién tratar? Revisando el cuadro de aproximación sistemática para el tratamiento según BMI y otros factores de Riesgo (OMS 1997) , podemos concluir que: con o sin factores de riesgo la dieta y ejercicio siempre están presentes como opción primera de tratamiento, salvo en obesidades mórbidas.

¿Cómo tratar? Proponemos un cambio en las metas del Tratamiento de la Obesidad enfocando el mismo no hacia la pérdida de peso solamente, sino al Manejo Integral de la Obesidad (Weight Management)^{xvii}

¿Qué significa? “Es la adopción de pautas de alimentación y ejercicio físico saludables, sostenibles en el tiempo, tendientes a modificar los factores de riesgo y que le permitan al individuo sentirse con energía y experimentar sensación de bienestar”

Replanteamos entonces los objetivos que pueden ser : no seguir aumentando, estabilizar el peso y/o reducir los factores de riesgo, bajar modestamente 1 o 2 unidades de BMI, mantenerlo estable 6 meses^{xviii} y luego reanudar la nueva etapa. Es decir “alcanzar el mejor peso posible en el contexto de la salud general y mantenerlo”

¿Cómo se logra? Educando para lograr un cambio gradual a hábitos alimentarios más saludables, aconsejando que se lleve a cabo una alimentación no restrictiva y sin privaciones, que contemple las sensaciones internas de hambre y saciedad.

Estimulando el incremento también gradual (hasta llegar a 30 minutos diarios) de ejercicio físico disfrutable y colaborando para revertir el conocimiento erróneo respecto a los alimentos “buenos” o “malos”, y, finalmente traduciendo y comunicando (ya sea individual o en los medios) los avances en el conocimiento científico en nutrición, para que las personas estén mejor informadas y puedan adoptar buenas prácticas alimentarias.

El Cuidado o Asistencia Nutricional se realiza mediante un proceso que comprende valoración, análisis, planificación, implementación y evaluación^{xix}.

“ Un programa exitoso de Manejo Integral de la Obesidad para adultos, requiere un compromiso a largo plazo enfocado a lograr un estilo de vida más saludable, enfatizando en hábitos alimentarios y actividad física. El Programa incluye Planificación, Ejecución y Seguimiento de un plan de cambio”. ADA Position 1997-2000

ⁱ OMS Obesity, Preventing and Managing the Global Epidemic Ginebra 3-5 junio 1997

ⁱⁱ IOTF About Obesity. Brown D, Research Chairman on Obesity.

ⁱⁱⁱ Wing Behavioral approaches to the treatment of Obesity. Handbook of Obesity. Bray,G; Bouchard c; James Pt, Eds New York Marcel Dekker 1998 855-873

^{iv} Robinson J, col “Redifinig success in obesity intervention :The new paradigm” JADA 1995; 95:422-423

^v Aranceta, J.; Epidemiología de la obesidad en los países desarrollados” Nutrición y Obesidad Vol 1 N° 1 Enero- febrero de 1998 12-22

^{vi} Alemany, María. “Obesidad: una epidemia con componetes estéticos Nutrición y Obesidad SEEDO Vol 1 N° 4 julio- agosto 1998 184-187

^{vii} Weight Management Position of ADA JADA 1997; 97:71-74 Reaffirmed Dic 31, 2000

^{viii} ARS. Fat continues to drop; veggies, fruits still low in Us Diet Res News 1996

^{ix} Pisabarro R, “Ambiente Obesógeno” Rev Tendencias

^x Pisabarro, R; Recalde, A; Irrazábal, E; Primera Encuesta Nacional de Sobrepeso y obesidad (ENSO 1) Rev Med Uruguay 2000; 16:31-38

^{xi} Pisabarro R, Recalde A, Irrazábal E, Primera Encuesta Nacional de sobrepeso y obesidad en niños ENSO Niños 2000 II Curso Panamericano de Obesidad Noviembre del 2000

^{xii} Instituto Nacional de Estadísticas. Aproximación estadística al consumo de alimentos en Uruguay EGHIIH 1995

^{xiii} Instituto Nacional de Estadísticas Encuesta de Gastos e Ingresos de los Hogars EGIH 1995 Uruguay

^{xiv} Pisabarro R ENSO Niños 2000

^{xv} Consejo de Educación Primaria Programas Montevideo ANEP 1996

^{xvi} OMS Obesity, Preventing and Managing the Global Epidemic Ginebra 3-5 junio 1997

^{xvii} Weight Management Position of ADA JADA 1997; 97:71-74 Reaffirmed Dic 31, 2000

^{xviii} NAASO; NHLBI “The Practical Guide , Identification, Evaluation and tReatment of Overweight and Obesity in Adfults USA Junio 1998

^{xix} Mitchell, Mary. “Nutrition Across the life Span” Cap 2 Nutrition Assessment Ed WB Saunders Company 1997