

ABORDAJE DIETÉTICO PARA EL TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD

Nigro Sonia. Prof. Agdo de Nutrición Clínica

Traducido de la presentación WHICH DIET OR DIETARY APPROACH – A CONSUMER’S APPROACH? Simposio LIFESTYLE CHANGES. 9º ICO. San Pablo Agosto 2002.

El manejo dietético es una de las terapias bien conocidas y evaluadas para el tratamiento del sobrepeso. Es una estrategia básica pero dificultosa como todo cambio en el estilo de vida. Esta comunicación pretende discutir la mejor aproximación dietética para promover un peso saludable; analiza diferentes opciones e identifica los métodos más efectivos para obtener los beneficios de un peso aceptable con mínimas consecuencias negativas.

EL PROBLEMA

La obesidad es una enfermedad crónica que afecta todos los grupos de edad, en países desarrollados y no desarrollados. Puede ser vista como un iceberg de las enfermedades crónicas no transmisibles, siendo el principal factor de riesgo de los problemas de salud pública más importantesⁱ. Es una enfermedad que **requiere tratamiento a largo plazo** para alcanzar el desarrollo y mantenimiento de hábitos saludables a lo largo de la vida. **Es una condición crónica** y por tanto de difícil manejo, lo cual explica el frecuente fracaso terapéutico.

En 1958, Stunkard concluyó su revisión de los últimos 30 años diciendo: “La mayoría de los obesos no mantendrán el tratamiento para su obesidad. Entre quienes los mantengan, la mayoría no perderá peso, y de aquellos que lo pierdan, la mayoría lo repondrá”ⁱⁱ. Casi medio siglo después, esta realidad ha cambiado sólo un poco: probablemente 80% de los pacientes estarán en tratamiento por 5 semanas y perderán más del 10% del peso inicial, pero la mayoría lo recuperaránⁱⁱⁱ. Investigaciones sobre terapia de la conducta, intervenciones dietéticas con dietas de muy bajas calorías y farmacoterapia, revelan que **la mayoría de quienes pierden peso, lo recuperan** después de 3 ó 5 años de iniciada la intervención para el cambio en el estilo de vida y luego de 1 año de abandonado el uso de drogas^{iv}. Los que mantienen el peso aparentan ser los más delgados, los más añosos y los que han cumplido la dieta más tiempo, los que han tratado de comer más saludablemente por más tiempo, y los que están motivados por razones psicológicas y creen en la importancia de un peso saludable^{2, v}.

La adhesión a la dieta es dificultosa, por problemas asociados con el consumidor y con el profesional. Los obesos modifican el consumo de alimentos esperando la reducción del peso. Al principio, esto puede parecer un esfuerzo moderado si se observan buenos resultados. Pero el profesional puede hacerlo más difícil si no considera aspectos individuales como hábitos dietéticos, apetito, dietas previas y resultados, comportamiento y motivación, condiciones sociales, uso de drogas y situaciones clínicas especiales.

Existe poco conocimiento acerca de los efectos a al largo plazo con tratamiento dietético exclusivo. El régimen solo o combinado con modificación de la conducta, parece mostrar buenos resultados en el 15% de los casos, después de tres o más años. La dieta combinada con la terapia de grupo parece tener mejores resultados a largo plazo (promedio 27%)^{vi}. Mayores restricciones no mejorar el mantenimiento; las dietas de muy bajas calorías (VLCD) son igualmente inefectivas que las convencionales cuando se las evalúa a largo plazo^{vii}.

Esta es la razón por la que **los tratamientos tradicionales para la pérdida de peso han sido recientemente cuestionados**, pues agregan a los resultados no exitosos, costos psicológicos: desordenes alimentarios por restricción y privación, reducción de la autoestima a causa de los fracasos cíclicos, insatisfacción en la imagen corporal, irritabilidad, ansiedad creciente y depresión^{viii}.

Estas observaciones hacen cuestionar el rol profesional y el objetivo de los tratamientos tradicionales. Los integrantes de la fundación “Salud en cualquier tamaño” (“Health at any size philosophical foundation”, H@AS supporters) y otros grupos, están recomendando programas basados en cambios psicológicos, descartando la focalización de la dieta como alternativa dietética^{ix}. Al mismo tiempo, algunas posiciones entre los médicos, proponen recomendaciones más generales. Con esas estrategias, los pacientes cambian

la actividad física y adhieren a una dieta estable y liberal, con el objetivo de mejorar la salud y obtener una moderada pérdida de peso.

EL PUNTO DE VISTA DE LOS PACIENTES

La falta de satisfacción por el cuerpo es un sentimiento general, especialmente entre las mujeres, y va en aumento en todas las comunidades. El deseo de ser delgado es tan intenso y generalizado que es difícil persuadir a alguien en mantener su peso, aún cuando esté en rangos de normalidad.

Los pacientes expresan su voluntad de ofrecer recursos materiales y económicas para perder peso, con diferencias significativas entre los obesos que han cumplido tratamientos previos y otros obesos o personas de peso normal^x. Estas personas seguramente no aceptan recomendaciones generales; ellos esperan soluciones.

Sin pretender un estereotipo, los pacientes pueden ser clasificados en dos grupos, cuando se los deriva para atención nutricional:

- **Aquellos que no están interesados en una guía dietética** porque pretenden un tratamiento farmacológico, o no quieren estar a dieta porque nunca han asociado su problema de salud con el sobrepeso o con la efectividad de un régimen.

Probablemente los primeros hayan tenido numerosas y dificultosas experiencias intentando todo tipo de dieta, quizás conozcan la principales bases de una restricción calórica y la terapia con fármacos es ahora la clave para aceptar cambios en el estilo de vida. Los otros integrantes de este grupo, necesitan comprender y aceptar ser tratados; quizás indicaciones concretas puedan modificar su consumo y puedan ser un buen inicio de tratamiento.

- En el otro extremo, **hay pacientes esperando respuestas**, ansiosos de cambiar su alimentación y de ser controlados.

Probablemente nunca hayan estado a dieta, al menos bajo supervisión profesional, o están tratando de iniciar una nueva etapa. Estos requieren atención especial para aprender sobre selección de alimentos, tamaño de las porciones, fraccionamiento de las comidas y restricción calórica. Obviamente una estrategia no focalizada en la dieta no puede ser la aproximación apropiada; ellos no consultan por recomendaciones tendientes a cambios del estilo de vida. **Están esperando indicaciones especiales para tener un real contexto de tratamiento.**

Los hombres prefieren el ejercicio físico y adhieren a la dieta. Aquellos que han tenido mayor número de intentos para perder peso (probablemente la mayoría), aceptan indicaciones dietéticas y la recomendación de asistir a grupos de apoyo^{xi}.

Los más obesos tienen puntos de vista más negativos sobre los profesionales de la salud que apoyan los tratamientos, y se sienten pacientes de segunda clase¹¹. Quizás estén acertados ya que existen evidencias de que el peso de los enfermos afecta las actitudes de los médicos tales como el tiempo que destinan a la atención, el número de exámenes que prescriben y diferentes prejuicios sobre la capacidad y respuesta de los obesos^{xii}. Afortunadamente, esto pasa fuera de los grupos de atención especializada y particularmente entre trabajadores de la salud que no han entendido todavía a la obesidad como un problema de salud.

Los más jóvenes prefieren las formas de ejercicio vigorosas y aquellos con problemas médicos son los que mejor aceptan la actividad física. Las mujeres son las más exigentes: pretenden resultados inmediatos, prefieren productos diet, nadar y caminar, están menos dispuestas a la consulta con dietistas y generalmente solicitan medicación¹¹.

En resumen, las preferencias y efectividad de los diferentes métodos para perder peso, varían en función del número de intentos, sexo, edad, etapa de la obesidad y condiciones médicas. En cualquier caso, necesitaremos definir estrategias de tratamiento; el desafío es encontrar el mejor abordaje.

BUSCANDO RESPUESTAS

La educación para el consumo de alimentos y hábitos dietéticos es básica para facilitar el control de peso. El abordaje dietético es el tratamiento más convencional para el sobrepeso y la obesidad, a pesar de los pobres resultados a largo plazo, especialmente cuando se lo indica en forma aislada.

Tradicionalmente hemos modificado el consumo total de energía, reduciendo los aportes en función de evidencias documentadas y tratando de provocar cambios de peso. En los últimos años, observaciones epidemiológicas y experimentales han mostrado los **efectos beneficiosos de cambios en la relación de nutrientes**. Las dietas muy bajas en grasas demostraron ser mejores a largo plazo y han permitido prevenir o tratar factores de riesgo. Pero **la pérdida de peso puede ser mayor cuando la dieta baja en grasas es complementada con una reducción en la ingesta calórica**^{xiii}.

La OMS reconoce actualmente cuatro modalidades para el manejo dietético:

- **Dietas individualizadas con modesto déficit energético:** usualmente bien toleradas, proponen un déficit de 500-600 kcal/día por debajo del requerimiento energético, proveen aproximadamente 20-30% o menos de energía proveniente de las grasas, 15% de proteínas y 55-60% o más de carbohidratos complejos. La prescripción no debe ser inferior a 1200 kcal/día. Si se usan correctamente pueden provocar buenas pérdidas de peso y permiten la educación nutricional en la búsqueda de mejores hábitos. Nosotros hemos adaptado esta modalidad, reduciendo 20-40% la ingesta energética previa, asegurando cambios graduales al mismo tiempo que se logra un balance calórico negativo. Esta metodología requiere tiempo y experiencia para estimar la ingesta habitual de alimentos.
- **Dietas bajas en grasas y altas en carbohidratos:** basadas en los efectos beneficiosos sobre los factores de riesgo cardiovascular, proponen un nivel de grasas cercano al 10% de las calorías totales. La reducción de la grasa es una forma simple de alcanzar una baja densidad energética. Al mismo tiempo el alto consumo de carbohidratos aumenta la saciedad y previene el sobreconsumo pasivo de comidas de alto tenor de grasa. Sumado a estas ventajas, las dietas con glúcidos complejos aumentan el gasto energético al ser almacenados como tejido adiposo. Esto significa que las dietas ad libitum bajas en grasas y altas en carbohidratos tienen un rol importante en la prevención y el mantenimiento y pueden ser útiles para favorecer una pérdida de peso modesta pero significativa, proporcional al peso pre-tratamiento. Es una estrategia interesante, al menos como consejo inicial. Nosotros no la utilizamos durante el tratamiento, por nuestros hábitos y por la reducida disponibilidad de productos industrializados de bajo tenor de grasa en nuestro medio.
- **Dietas de severo o moderado déficit calórico:** usualmente preferidas en los sistemas comerciales de adelgazamiento por su efecto rápido en la reducción de peso. Proveen 1000-1200 kcal/día y provocan una pérdida de peso de 15% en 10-20 semanas, pero necesitan un programa de mantenimiento para mantener los resultados iniciales. Nosotros las usamos únicamente en ciertos pacientes y por cortos períodos, pues son de difícil cumplimiento y tienen riesgo de reducir el gasto metabólico basal. Los estudios muestran buenos resultados cuando son combinadas con terapia de modificación de la conducta, pero esta estrategia no es común en nuestros sistemas de salud.

ⁱ World Health Organisation (1997): Obesity: Preventing and managing the global epidemic. Report Geneva.

ⁱⁱ Ogden, J. (2000) The correlates of long term weight loss: a group comparison study of obesity. *Int J Obes* 24, 1018-1025.

ⁱⁱⁱ Wadden, T. A. (1993): Treatment of obesity by moderate and severe calorie restriction: results of clinical research trials. *Ann Intern Med* 119, 688 – 693.

^{iv} American Dietetic Association (1997): Position of the American Dietetic Association: Weight management. *J Am Diet Assoc* 97, 71-74.

^v Latner, J.D., Stunkard, A.J., Wilson, G.T., Jackson, M.L., Zelitch, D.S., Labouvie, E. (2000): Effective long-term treatment of obesity: a continuing care model. *Int J Obes* 24, 893-898.

⁶ Ayyad and Andersen (2000): Long-term efficacy of dietary treatment of obesity: a systematic review of studies published between 1931 and 1999. *Obesity Reviews* 1, 113 – 119.

⁷ Mustajoki, P., Pekkarinen, T.. (2001): Very low energy diets in the treatment of obesity. *Obesity Reviews* 2, 61-72.

⁸ Ikeda, J.P. et al (1999): A commentary on the new obesity guidelines from NIH. *J Am Diet Assoc* 99, 918-919.

⁹ Miller, W.C., Jacob, A.V. (2001): The health at any size paradigm for obesity treatment: the scientific evidence. *Obesity Reviews* 2, 37-45.

¹⁰ Sherwood, N.E. et al. (2000): Predictors of weight gain in the Pound of Prevention study. *Int J Obes* 24, 395 – 403.

¹¹ Thompson, R.L., Thomas, D.E. (2000): A cross-sectional survey of the opinions on weight loss treatments of adult obese patients attending a dietetic clinic. *Int J Obes* 24, 164- 170.

¹²Hebl, M.R., Xu, J. (2001): Weighing the care: physicians' reactions to the size of a patient. *Int J Obes* 25, 1246-1252.

¹³Bray, G.A., Popkin, B.M. (1998): Dietary fat intake does affect obesity! *Am J Clin Nutr* 68, 1157- 1173.

¹⁴Saris, W.H.M. et al. (2000): Randomized controlled trial of changes in dietary carbohydrate/fat ratio and simple vs complex carbohydrates on body weight and blood lipids: the CARMEN study. *Int J Obes* 24, 1310- 1318.

¹⁵Asturp, A., Rössner, S. (2000): Lessons from obesity management programmes: greater initial weight loss improve long-term maintenance. *Obesity Reviews* 1, 17-19.

¹⁶Parham, E.S. (1999): Promoting body size acceptance in weight management counseling. *J Am Diet Assoc* 99, 920-925.

¹⁷McArthur, L.H., Ross, J.K. (1997): Attitudes of registered dietitians toward personal overweight and overweight clients. *J Am Diet Assoc* 97, 63-66.
