

La obesidad, un problema actual

José Luis Ponce

Jefe de la Unidad de Cirugía Endocrino-Metabólica. Hospital Universitario La Fe. Valencia. España.

Correspondencia: Dr. José Luis Ponce.
Jefe de la Unidad de Cirugía Endocrino-Metabólica.
Hospital Universitario La Fe.
Avda. Campanar, 21. 46009 Valencia. España.
Correo electrónico: drjlponce@ono.com

La obesidad es, en la actualidad, uno de los problemas más importantes a los que se enfrenta la sociedad, afecta, sobre todo, a los países desarrollados y su incidencia está aumentando en todo el mundo¹. Ya se ha comenzado a considerar la obesidad como un verdadero problema de salud en lugar de considerarla, fundamentalmente, un problema estético. En España, los datos del estudio Delphi valoran el coste económico de esta enfermedad en un 6,9% del gasto sanitario².

Se sabe que las formas más acentuadas de obesidad reducen la esperanza de vida, debido a las complicaciones metabólicas y circulatorias que producen³. Así, la patología asociada más importante que presenta el obeso mórbido y su frecuencia aproximada es: hipertensión arterial (40%), diabetes mellitus (30%), cardiopatía coronaria (5%); síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS) (25%), insuficiencia respiratoria (10%), dislipemia (30%), gota-hiperuricemia (20%) y problemas osteoarticulares (40%), si bien se han descrito otras muchas afecciones relacionadas, cuya enumeración sería demasiado extensa. Pero además, estos pacientes presentan problemas de relación y experimentan un rechazo social que conlleva la pérdida de la autoestima, lo que es especialmente grave en los niños⁴.

La obesidad es consecuencia de una alteración del control del equilibrio que existe entre la energía ingerida y la consumida⁵. Los cambios en la alimentación y los nuevos hábitos y estilos de vida de las sociedades desarrolladas son la causa final de esta enfermedad, ya que el organismo no está capacitado para hacer frente a la excesiva oferta energética y, como se sabe, a la probable influencia de diferentes factores genéticos. El aumento de la ingesta de alimentos apetitosos, ricos en hidratos de carbono y grasas (no olvidemos que la grasa es el vehículo del sabor) y, por otra parte, los hábitos sedentarios cada vez más frecuentes en la sociedad han determinado el alarmante incremento de la incidencia de este problema.

La clasificación ponderal se realiza de acuerdo con los datos antropométricos, se valora el peso, la talla, las circunferencias corporales y pliegues cutáneos, y se tiene en cuenta la edad y el sexo^{6,7}. El índice de masa corporal (IMC) es el

mejor indicador de la adiposidad corporal⁷. Utilizando el IMC como criterio diferenciador, se separan varias categorías, que van desde el normopeso, cuando el IMC está entre 18,5 y 24,9, a la obesidad de grado III u obesidad mórbida, $IMC \geq 40$, y a la obesidad de grado IV, un grado extremo de obesidad, $IMC \geq 50$ ⁸. Se acepta como punto de corte para definir la obesidad el valor del $IMC \geq 30$.

Además, es importante saber que el patrón de distribución de la grasa en el cuerpo guarda relación con el riesgo cardiovascular. Con esta finalidad se utiliza el índice cintura/cadera, como un indicador de la obesidad central, y se han propuesto como valores delimitadores del riesgo: > 1 para varones y $> 0,85$ para mujeres^{8,9}. Los datos referidos a la circunferencia de la cintura de la población española permiten estimar parámetros de riesgo a partir de 95 cm en varones y 82 cm en mujeres, y riesgo muy elevado a partir de 102 cm en varones y 90 cm en mujeres.

El estudio SEEDO'97 ha permitido estimar la prevalencia de obesidad en España mediante mediciones antropométricas¹⁰. A partir de estos datos, se estimó una prevalencia de obesidad ($IMC \geq 30$) del 13,4% para la población española entre 25 y 60 años (del 11,5% en varones y el 15,2% en mujeres). La sobrecarga ponderal global (sobrepeso más obesidad o $IMC \geq 25$) es del 58,9% en los varones y del 46,8% en las mujeres. España ocupa una zona intermedia entre los países del norte de Europa, que tienen los porcentajes de obesos más bajos, y Estados Unidos y los países del este de Europa, que poseen actualmente las mayores prevalencias¹¹.

Por lo que se refiere al tratamiento de la obesidad, aunque es difícil, ya que los resultados a largo plazo son muy escasos y la norma es recuperar el peso perdido, es fundamental destacar la necesidad de llevarlo a cabo, dadas las graves consecuencias que tiene no hacerlo y siempre después de un minucioso estudio del paciente.

Los criterios de actuación más ampliamente aceptados para el tratamiento de la población adulta entre 18 y 60 años de edad con sobrepeso y obesidad se indican a continuación.

Si un paciente presenta sobrepeso, es decir, IMC entre 25 y 29,9, sobre todo si la distribución topográfica de la grasa es central y hay factores de riesgo asociados o una obesi-

dad de grado I (IMC, 30-34,9), el tratamiento es necesario y está justificada la utilización conjunta de los distintos medios disponibles como la dieta, la modificación de la conducta alimentaria, los fármacos y el incremento de la actividad física.

Si la obesidad es de grado II (IMC, 35-39,9) debemos tener en cuenta que el riesgo para la salud y la comorbilidad asociada pueden ser importantes y también la disminución de la calidad de vida. Si el paciente presenta una comorbilidad importante, requerirá una atención especializada multidisciplinaria con el objetivo de estudiar la posibilidad y conveniencia de tomar otras medidas, como el uso de dietas de muy bajo contenido calórico o la cirugía bariátrica.

Si se trata de una obesidad de grado III y IV (IMC \geq 40, obesidades mórbida y extrema) debemos saber que, en estos casos, la pérdida de peso deseable sólo puede conseguirse, salvo en casos muy excepcionales, mediante la cirugía bariátrica. Estos pacientes siempre requieren una atención especializada multidisciplinaria, ya que pueden precisar la atención de endocrinólogos, dietistas, psiquiatras, neumólogos y cirujanos bariátricos. Con ellos se pueden utilizar dietas adecuadas de muy bajo contenido calórico y estudiar la conveniencia de la realización de uno de los distintos tipos de cirugía bariátrica, siempre que el paciente cumpla las rigurosas condiciones de los protocolos que se emplean en este tipo de cirugía.

Así pues, la cirugía es una opción para el tratamiento de la obesidad grave y persistente, y por ello se reserva para los pacientes con obesidad mórbida o extrema, en los que todas las demás terapias han fracasado y que presentan importantes complicaciones por la obesidad.

Debemos recordar los criterios aceptados generalmente para la indicación de cirugía en los pacientes obesos, puesto que no siempre se siguen actualmente¹²:

- Que los pacientes tengan entre 18 y 60 años.
- Que tengan un IMC $>$ 40 o $>$ 35 con comorbilidades.
- Que la obesidad grave esté presente desde hace más de 5 años.
- Que no exista historia de alcoholismo y otras drogodependencias o enfermedad psiquiátrica grave.
- Que haya una adecuada comprensión de las alteraciones producidas por la intervención.
- Que se logre un compromiso de seguimiento por un equipo especializado tras la intervención.

Existen diferentes técnicas para el tratamiento de la obesidad, que podemos aunar en 3 grupos fundamentales:

a) Procedimientos restrictivos. Se incluyen todas las formas de gastroplastia y el balón intragástrico. Las gastroplastias reducen la capacidad gástrica y dejan una comunicación con el resto del estómago de un diámetro \leq 10 mm, limitado por una banda de material sintético. Otra alternativa es la banda inflable, que se coloca en torno al fondo gástrico, donde crea una estrechez gástrica. Sus resultados son inferiores a los de otros procedimientos que combinan restricción con hipoabsorción, ya que con los exclusivamente restrictivos la pérdida de peso es menor, los vómitos son frecuentes y la re-

cuperación del peso perdido tras la etapa inicial es más fácil. Además, el uso rutinario de material protésico también puede tener complicaciones.

b) Procedimientos hipoabsortivos. Están actualmente en desuso. Fueron los primeros en ser utilizados durante los años sesenta y setenta, y el *bypass* yeyuno-ileal con algunas variantes fue el más utilizado. La disminución de la masa corporal con estos procedimientos era adecuada, pero sus complicaciones a largo plazo eran variadas y muy graves, por lo que actualmente no se emplean.

c) Procedimientos que combinan restricción con hipoabsorción parcial. Hay fundamentalmente 2 procedimientos que actúan de esta forma. Por un lado, la gastroplastia vertical con el *bypass* gastroyeyunal y, por otro, la gastrectomía parcial con el *bypass* biliopancreático (técnica de Scopinaro)¹³ o con la derivación biliopancreática de Larrad¹⁴. El primero de ellos es uno de los procedimientos más usados y actualmente se considera el *gold standard* de esta cirugía, con el que comparan su eficacia todos los demás. Con esta técnica, que es reversible, se consigue la adecuada pérdida de peso en el 90% de los casos, el grado de bienestar del paciente es bueno, pues los vómitos son raros, no hay diarrea y la pérdida de peso se mantiene de forma adecuada a lo largo del tiempo¹⁵⁻¹⁷. Sus efectos secundarios son escasos y fácilmente solucionables.

Está probado que los tratamientos quirúrgicos pueden inducir importantes pérdidas de peso y reducir, por tanto, los factores de riesgo cardiovascular y las comorbilidades. En comparación con otras alternativas terapéuticas, la cirugía ha demostrado que mantiene la pérdida de peso durante largos períodos. Sin embargo, la cirugía debe realizarse como parte de un tratamiento integral de la obesidad, junto con las recomendaciones dietéticas, la actividad física y el soporte psicológico.

Debemos destacar que las complicaciones pueden ser numerosas, ya que se trata de una técnica quirúrgica de alto riesgo; entre las más graves, pueden producirse alteraciones respiratorias, infecciones intraabdominales, hemorragias y embolias pulmonares¹⁸. Si se realiza un procedimiento hipoabsortivo, durante el seguimiento habrá que valorar las posibles deficiencias de nutrientes, sobre todo vitamina B₁₂, ácido fólico y hierro⁶.

No quisiera terminar sin señalar la existencia de una serie de tratamientos incorrectos, y con frecuencia peligrosos, para estos pacientes. Ejemplos de tales tratamientos incorrectos son las fórmulas magistrales, ya prohibidas en su día, que continúan causando estragos¹⁹, pues pueden provocar estados de tirotoxicosis, crisis de ansiedad, síndromes depresivos, insomnio, etc.; las dietas que carecen de base científica demostrable y presentan con frecuencia efectos nocivos²⁰, y la propaganda engañosa de los productos milagrosos, de nulo efecto terapéutico, como las fajas, cremas, plantillas, pulseras, etc., que aseguran resultados espectaculares.

La prevención de la obesidad debe comenzar desde las etapas tempranas de la vida. Es importante considerar que, a medida que el niño crece, va adquiriendo hábitos y estilos de vida que influirán en su modo de vida alimentario en la

etapa adulta. Es más fácil promover la adquisición de hábitos alimentarios y estilos de vida más saludables durante la infancia que modificar, durante la vida adulta, los hábitos adquiridos. Los rasgos característicos de la dieta mediterránea, con una destacada presencia de frutas, verduras, cereales y legumbres, permiten configurar el perfil dietético que puede contribuir a mantener el peso corporal en límites saludables.

La prevención de la obesidad debe apoyarse en 2 pilares fundamentales: la educación nutricional y la actividad física que debe formar parte del modo de vida desde la infancia.

Bibliografía

1. Kopelman PG. Obesity as a medical problem. *Nature* 2000; 404:635-43.
2. Estudio prospectivo Delphi. Costes sociales y económicos de la obesidad y sus patologías asociadas. Madrid: Gabinete de estudios Bernard Krief, 1999.
3. Manson JE, Colditz GA, Stampfer MJ, Willett WC, Rosner B, Monson RR, et al. A prospective study of obesity and risk of coronary heart disease in women. *N Engl J Med* 1990;322: 882-9.
4. Kolotkin RL, Head S, Hamilton M, Tse C-KJ. Assessing impact of weight on quality of life. *Obes Res* 1995;3:49-56.
5. Flatt J. Importance of nutrient balance in body weight regulation. *Ann Rev Nutr* 1991;11:355-73.
6. WHO Programme of Nutrition, Family and Reproductive Health. Obesity. Preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation on obesity; 1997, June 3-5; Geneva. Geneva: WHO, 1998.
7. Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO). Consenso español 1995 para la evaluación de la obesidad y para la realización de estudios epidemiológicos. *Med Clin (Barc)* 1996;107:782-7.
8. Bray G, Bouchard C, James WPT. Definitions and proposed current classifications of obesity. En: Bray G, Bouchard C, James WPT, editors. *Handbook of obesity*. New York: Marcel Dekker, 1998; p. 31-40.
9. NIH National Institutes of Health. National Heart, Lung and Blood Institute. Clinical guidelines on the identification, evaluation, and treatment of overweight and obesity in adults. The evidence report. Bethesda: NIH, 1999.
10. Aranceta J, Pérez Rodrigo C, Serra Majem L, Ribas L, Quiles Izquierdo J, Vioque J, et al. Prevalencia de la obesidad en España: Estudio SEEDO'97. *Med Clin (Barc)* 1998;111:441-5.
11. Mokdad AH, Serdula MK, Dietz WH, Bowman BA, Marks JS, Koplan JP. The spread of the obesity epidemic in the United States, 1991-1998. *JAMA* 1999;16:1519-22.
12. Livingston EH. Obesity and its surgical management. *Am J Surg* 2002;184(2):103-13.
13. Scopinaro N, Gianetta E, Civalleri D. Two years of clinical experience with biliopancreatic bypass for obesity. *Am J Clin Nutr* 1980;33:506-14.
14. Sánchez-Cabezudo, Díaz-Guerra C, Larrad Jiménez A. Analysis of weight loss with the biliopancreatic diversion of Larrad: absolute failures or relative successes? *Obes Surg* 2002;12(2): 249-52.
15. Sugerman HJ, Starkey JV, Birkenhauer R. A randomized prospective trial of gastric bypass versus vertical banded gastroplasty for morbid obesity and their effects on sweets versus non-sweets eaters. *Ann Surg* 1987;205:613-24.
16. Salmon PA. Gastroplasty with distal gastric bypass: a new and more successful weight loss operation for the morbidly obese. *Can J Surg* 1988;31:111-3.
17. Fobi MA. Surgical treatment of obesity: a review. *J Natl Med Assoc* 2004;96:61-75.
18. Byrne TK. Complications of surgery for obesity. *Surg Clin North Am* 2001;81:1181-93.
19. Oria E, Iriarte A, Olóndriz J, Anada E, Menéndez E, Lafita J, et al. Fármacos adelgazantes: reacciones adversas a preparados magistrales. Descripción de ocho casos. *Eating Patterns Overweight* 1996;13:37-43.
20. Nestle M. Mediterranean diets: historical and research overview. *Am J Clin Nutr* 1995;61:13135-205.