

Enfrentamiento interdisciplinario de la obesidad

Carlos Grekin G.⁽¹⁾

INTERDISCIPLINARY CONFRONTATION OF OBESITY

Introducción

La etiología de la obesidad se considera multifactorial participando en ella factores genéticos, endocrinológicos, metabólicos, ambientales y psicológicos que determinan un balance calórico positivo secundario a una mayor ingesta alimentaria o a un menor gasto energético. Su tratamiento no está exento de dificultades y fracasos siendo con mucha frecuencia frustrante tanto para el médico como para el paciente ya que sus resultados en gran medida son dependientes de los cambios en la conducta alimentaria y estilo de vida como del autocontrol alcanzado por el paciente.

Los pilares fundamentales del tratamiento igual que hace más de 30 años consideran dieta, modificaciones de la conducta alimentaria y estilo de vida, ejercicio y en casos seleccionados, fármacos o cirugía. Probablemente el cambio más importante hoy es el considerar la obesidad como una enfermedad crónica que se debe tratar a largo plazo, interdisciplinariamente y que requiere de una evaluación del nivel de riesgo individual para poder decidir la mejor conducta terapéutica.

El profesional o equipo interdisciplinario tratante debe mantener una actitud crítica frente a la demanda real o excesiva a fin de definir en forma adecuada indicaciones, objetivos, limitaciones y costo beneficio de la conducta terapéutica propuesta. La demanda por atención surge habitualmente por derivación médica al especialista o programa interdisciplinario, pero también, espontáneamente y en forma mayoritaria por el paciente, cuya solicitud se

debe evaluar proponiendo un enfrentamiento acorde a la situación individual.

Tratamiento

El tratamiento de la obesidad requiere del cumplimiento de dos etapas:

a) *Evaluativa*: para definir el grado de obesidad, reconocer los factores causales, la intensidad y evolución del sobrepeso, evaluar la distribución de la grasa abdominal, la presencia o no de patologías asociadas limitantes de la terapia propuesta, el grado de motivación del paciente y el nivel de riesgo individual, lo que en conjunto, permite definir el tipo o nivel de intervención.

El laboratorio clínico y de evaluación nutricional juega un rol trascendental de apoyo diagnóstico y de seguimiento de la evolución.

b) *Terapéutica*: sus objetivos son el obtener una reducción de peso, mantención del logro en forma estable y el control de los factores de riesgo o patologías asociadas, lo que requiere de un esfuerzo sostenido y de largo plazo.

La terapia propuesta debe considerar objetivos reales y el integrar al criterio médico el contexto sicosocial, económico, laboral, cultural y religioso del paciente.

Evaluación del paciente obeso

La evaluación del paciente obeso comienza con una buena anamnesis que considere entre

⁽¹⁾ Jefe de Servicio de Nutrición y Diabetes, Hospital Militar de Santiago.

otras cosas los factores causales, la evolución del peso en el tiempo, el grado de motivación del paciente y las consideraciones culturales, psicológicas, sociales, laborales y patológicas que contribuyeron o contribuyen a predisponer, agravar o perpetuar el problema.

Las herramientas más importantes son la medición del índice de masa corporal (IMC), la medición del perímetro de la cintura y la definición del nivel de riesgo del paciente.

Índice de masa corporal

En general, el IMC y el Perímetro de la Cintura permiten definir una categoría de riesgo relativo y la necesidad de intervenir, pero no son suficientes para decidir el tipo de intervención requerida. La detección de factores de riesgo o comorbilidades permite clasificar al paciente dentro de una categoría de riesgo y definir el nivel de intervención.

El IMC permite la clasificación del grado de obesidad pero no permite discriminar en el paciente individual su composición corporal ya que puede estar sobrestimado en pacientes con un gran desarrollo muscular o subestimado en pacientes que han perdido parte de ella como se aprecia en pacientes añosos. Este índice y su incremento se correlaciona con aumento del riesgo de morbilidad por hipertensión arterial, dislipidemia y enfermedades cardiovasculares.

Perímetro de la cintura

La obesidad se define como una enfermedad caracterizada por un incremento de peso a expensas del aumento de la grasa corporal siendo su distribución abdominal un factor de riesgo mayor e independiente del IMC evaluable con la medición del Perímetro de la Cintura. Este parámetro es particularmente útil en individuos con IMC normal o en categoría de sobrepeso dado que aunque no son obesos, si tienen distribución abdominal de la grasa se les debe considerar de mayor riesgo por lo que se debe aplicar un nivel de intervención diferente.

En los pacientes con IMC entre 25 y 34,9 el perímetro de la cintura en hombres mayor a 102 cm o en mujeres mayor a 88 cm se asocia

a un mayor riesgo cardiovascular, de diabetes y de hipertensión. En los individuos con IMC igual o mayor a 35 este parámetro no introduce mayores diferencias en el riesgo relativo.

Factores de riesgo

La determinación del riesgo individual es fundamental para definir el tipo y nivel de intervención. Para poder materializarlo es necesario confirmar o no la presencia de comorbilidades (cardiopatía coronaria establecida, la aterosclerosis carotídea y/o insuficiencia arterial, aneurismas, HTA, diabetes, apnea del sueño, etc) o factores de riesgo asociados (tabaquismo, colesterol LDL superior al rango objetivo o colesterol HDL inferior al rango objetivo para prevención primaria o secundaria, triglicéridos mayor a 150 mgr/dL, historia familiar de infarto a edad temprana, etc).

La presencia de tres o más de estos factores de riesgo o comorbilidades clasifica al paciente como de alto riesgo y exige al equipo profesional un nivel de intervención diferente sea esta médica o quirúrgica.

Tratamiento de la obesidad

Cumplida la etapa evaluativa del paciente y decidiéndose una conducta terapéutica surge siempre la pregunta de quien debe tratarlo y donde.

Un paciente con un IMC entre 25-29,9 (Sobrepeso) que no tiene patologías asociadas o factores de riesgo presentes podría probablemente manejarse a nivel de la atención primaria con médico y nutricionista, estimulando al paciente a incrementar la actividad física, herramienta fundamental para prevenir el aumento de peso. Lo fundamental en él, es lograr modificar la conducta alimentaria y estilo de vida. El apoyo psicológico del paciente dependerá de su situación individual y de los recursos con que se cuente. En el paciente con patologías asociadas o con tres o más factores de riesgo creo que por la evidencia bibliográfica y resultados a largo plazo, es más eficiente el manejo interdisciplinario de este paciente en una unidad especializada.

Los pacientes con IMC mayor o igual a 30

con o sin patologías asociadas deberían según nuestra experiencia y resultados manejarse si se cuenta con el recurso, en una unidad especializada y en forma interdisciplinaria, ojalá en un programa formal evaluable en sus resultados.

Definir en forma adecuada los objetivos individuales no es una tarea fácil y tampoco dependiente solo de la perspectiva del profesional médico. En este sentido cada una de las acciones que se ejecuten para intentar alcanzar el objetivo propuesto deben tomarse en forma integrada y complementada con el paciente y entre los profesionales participantes.

Deben considerarse objetivos terapéuticos reales, con metas alcanzables integrando al criterio técnico el contexto cultural, afectivo, laboral, sicosocial, económico y religioso del paciente. La obesidad y la historia personal del paciente generan actitudes y comportamientos que se podrían considerar comunes o característicos de los pacientes obesos. Es frecuente que el paciente manifieste la necesidad de recurrir a la comida como elemento compensatorio del sentimiento de culpa por su conducta alimentaria. A menudo también tiene una mala relación con su imagen corporal con una pobre autoestima. En este sentido, la obesidad es un elemento más que se suma a un todo, avalando el que sería inadecuado al día de hoy considerar la baja de peso como el único objetivo a alcanzar. Hacerlo condena al paciente al fracaso desde la partida.

El enfrentamiento interdisciplinario del paciente obeso debe pretender hasta donde sea posible modificar las características que lo definen como tal, los factores de riesgo, como el mantener el peso de meta a largo plazo.

Con respecto al peso, se debe proponer una pérdida inicial no superior al 10% o medio a un kilo promedio semanal, en un plazo de seis meses. Bajar de peso es lento, largo y muy sacrificado requiriendo el paciente para sostener su motivación de las cuatro C: conciencia, compromiso, constancia y consecuencia. La adhesión al tratamiento es el desafío y responsabilidad para el equipo tratante.

Alcanzado el peso de meta inicial, que puede o no ser el ideal para el paciente y el equipo, la prioridad cambia y el esfuerzo se enfoca

hacia la mantención del peso por un tiempo variable no inferior a seis meses. Según la motivación del paciente, la adhesión a la acción de bajar y/o mantener el peso, el riesgo individual y el control o no de sus patologías y/o factores de riesgo asociados se convendrá con el paciente el continuar o no con la baja de peso.

Herramientas terapéuticas

Dieta

Hacer dieta no es sinónimo de comer mal. Hacer dieta implica comer adecuadamente en calidad y cantidad al objetivo nutricional propuesto en el paciente, considerando sus patologías asociadas y situación funcional orgánica, como su contexto socioeconómico, cultural, laboral y religioso.

Lo más importante con respecto a la dieta es que esta debe ser humanizada, personalizada y flexible.

La prescripción dietética tiene como objetivo inicial el lograr un balance calórico negativo, idealmente entre 500 a 1.000 calorías menos en relación al gasto energético medido o estimado. Es necesario motivar al paciente reiteradamente para lograr sostener su adhesión. La motivación y adhesión son muy frágiles, por lo que el sistema debe considerar controles individuales e idealmente actividades grupales que contribuyan a perpetuarlas.

Los controles y/o actividades con el equipo interdisciplinario tienen por objetivos el modificar la conducta alimentaria y estilo de vida entregando conocimientos sobre la composición, el valor calórico y de saciedad de los alimentos, como herramientas que permitan alcanzar el autocontrol sobre la conducta alimentaria, pilar fundamental para el intento de mantener el peso de meta a largo plazo.

Actividad física

Son numerosos los argumentos que fundamentan la incorporación de la actividad física regular y eficiente en un programa individual o interdisciplinario de la obesidad. Como única estrategia el ejercicio es ineficaz para bajar de peso en forma significativa como para mante-

ner el logro a largo plazo. Combinado con la dieta personalizada hipocalórica contribuye no sólo a mejorar la magnitud y velocidad de descenso de peso sino que modifica favorablemente el metabolismo de las grasas, hidratos de carbono, mejorando la sensibilidad periférica a la insulina y contribuyendo a la disminución de la voracidad y compulsión por comer.

En lo psicológico, puede tener un rol modulador positivo mejorando la sensación de bien-estar y la autoestima al permitir al paciente mejorar su capacidad física y la relación con su imagen corporal. Quizá su rol más trascendente se relaciona con la mantención del logro a largo plazo y con los cambios en la composición corporal.

Los pacientes con patología osteoarticular, obesidad severa y mórbida debieran manejarse idealmente con un kinesiólogo o con un profesor de educación física entrenado en el manejo de pacientes con estas características.

La actividad física propuesta debe ser definida y controlada en forma personalizada.

En un programa interdisciplinario dada la mínima popularidad que el ejercicio tiene entre los obesos, es fundamental la integración y complementación del paciente con cada uno de los miembros de este equipo para sostener su motivación y adhesión por la actividad física a fin de que el paciente incorpore a esta como un hábito permanente, permitiendo en forma lenta y progresiva el alcanzar y sostener a largo plazo las metas.

Es complejo definir una metodología adecuada, sea esta individual o grupal por lo que el conocimiento integral del paciente permitirá minimizar los errores. En general se debe recomendar inicialmente una actividad física moderada, 30 a 45 minutos tres a cinco veces a la semana o idealmente diariamente. El ejercicio debe cumplir con ciertos requisitos de eficiencia y seguridad dependientes de la evaluación integral del paciente y de sus patologías asociadas. En general debiera permitir mejorar la capacidad física inicial, aumentar el gasto energético para que se pueda alcanzar el delta calórico negativo estimado, contribuyendo a la pérdida de medio a un kilo de peso semanal, sosteniendo la motivación y adhesión a largo plazo por el ejercicio.

Apoyo psicológico

En los pacientes obesos se puede apreciar con frecuencia variadas manifestaciones psicológicas que podrían jugar un rol predisponente, ser secundarias a la obesidad o perpetuadoras de ella. El proceso de aprendizaje de los cambios, el intentar modificar la conducta alimentaria y estilo de vida, el desarrollar conductas alternativas a la comida para gratificarse o agredirse, las características psicológicas y contexto del paciente, como el sostener su motivación y adhesión al tratamiento y los logros al corto y largo plazo, justifican la incorporación del psicólogo a este equipo interdisciplinario.

El apoyo psicológico y la terapia conductual son fundamentales en la fase de baja de peso y más aun en la fase de mantención. Entre los objetivos prioritarios del apoyo esta lograr sostener la motivación y adhesión al tratamiento y mejorar la relación del paciente con su imagen corporal que habitualmente esta muy deteriorada. Su autoestima habitualmente también esta comprometida, los pacientes suelen gratificarse o agredirse con la comida, por lo que es fundamental desarrollar en ellos conductas alternativas a esta. La metodología a emplearse debe considerar que los cambios que se producirán determinaran modificaciones en la relación del paciente con su entorno por lo que debe entregárseles herramientas de adaptación a su nueva situación. La terapia de la conducta alimentaria representa un cambio de fondo en comparación al esquema antiguo de enfrentamiento de la obesidad que consideraba listados de alimentos, cantidades y menús permitidos. Actualmente, el paciente toma conciencia de la cantidad y calidad de comida que consume, registrando diariamente los alimentos ingeridos, el lugar donde lo hace, sus sentimientos al comer y el grado de apetito, analizándose esta información con los distintos miembros del equipo. Objetivo primario es romper con las asociaciones adquiridas entre las señales ambientales y la ingestión de alimentos modificando la conducta alimentaria de manera tal que permita controlar los estímulos y manejar el ambiente. El tratamiento de la conducta alimentaria y la aplicación de técnicas cognitivas conductuales deben ser persona-

Tabla 1. Fármacos Prescritos para bajar de peso

Medicamento	Aprobado por FDA	Fármaco controlado	Dosis	Efectos colaterales
Dietelpropion	si	si	25 mg 3 v/día	Boca seca, insomnio, vértigo, leve aumento de presión y pulso.
Orlistat	si	no	120 mg 3 v/día	Descarga fecal oleosa urgente.
Fentermina	si	si	15-30 mg/día	Boca seca, insomnio, vértigo, leve aumento de presión y pulso.
Sibutramina	si	no	5-10-15 mg/día	Palpitaciones, leve aumento de presión y pulso
Rimonabant	no	no	5-20 mg/día	Náusea, diarrea, ansiedad

Adaptado del N Engl MED MAY/ 2008; 358: 1941-1950.

lizadas aunque sea grupal, representando hoy, a pesar de sus limitaciones y dificultades, una de las mejores alternativas terapéuticas con mayor eficacia a corto y mediano plazo en el manejo de la obesidad leve a moderada.

Fármacos

La farmacoterapia estaría indicada en pacientes con IMC mayor a 30 o en pacientes con IMC de 27 o más con factores de riesgo o enfermedades concomitantes.

Se debe planificar a largo plazo y nunca se debe utilizar como herramienta única sino que como parte de un enfrentamiento integral de la obesidad.

La farmacoterapia concebida para uso a largo plazo tiene como objetivos permitir en una primera etapa la reducción de peso y luego la mantención del logro sin producir dependencia ni efectos colaterales que incrementen el riesgo de morbimortalidad (Tabla 1).

Cirugía

Es una herramienta terapéutica más en el enfrentamiento de la obesidad que bien indicada y en manos de profesionales calificados es un procedimiento de baja morbilidad y mortalidad con excelentes resultados a largo plazo. Se debe indicar en pacientes seleccionados, informados, motivados, en quienes fracasó un intento interdisciplinario y con un IMC mayor o igual a 40 o de 35 con comorbilidades y riesgo alto.

La decisión quirúrgica no es una urgencia y no es de un médico o cirujano sino que de un equipo, que la plantea después de una evaluación interdisciplinaria en un paciente calificado y dispuesto a ser controlado a largo plazo. La técnica quirúrgica debe ser acordada en conjunto con el paciente y debe dar garantías de los mejores resultados en relación a la baja y mantención del peso de meta, el control de las patologías asociadas y la menor morbimortalidad a corto y largo plazo.

Conclusión

La obesidad es una enfermedad crónica, de etiología multifactorial que exige una iniciativa terapéutica de largo plazo y enfrentamiento interdisciplinario. El nivel de intervención depende del grado de obesidad y del nivel de riesgo individual, debiendo proponerse a cada paciente objetivos reales y proporcionales al problema planteado, para lo cual es necesario conocer a fondo las distintas herramientas terapéuticas junto a sus ventajas y desventajas.

Bibliografías

- 1.- Grekin G C. Manejo de la Obesidad a través de un Programa Multidisciplinario. Boletín Escuela de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile 1997; 26: 26-28.

- 2.- Obesity: Theory and Therapy. Edited by Stunkard A.J. Wadden T.A. Second Edition. Raven Press Ltda. New York 1993.
- 3.- Kopelman P G, Finer N, Fox K R. NASO Consensus Statement on Obesity International Journal of Obesity 1994; 18: 189-191.
- 4.- Introduction to Nutrition, Exercise and Health. Frank I. Katch, William D. Mcardle. Fourth Edition. Lea and Febiser 1993.
- 5.- Brownel K D. Exercise and Obesity Treatment: Psychological Aspects. Int J Obes Relat Metab Disord 1995; 19 Supply 4: S122-S125.
- 6.- Turner L W, Wang M Q. Preventing Relapse in Weight Control: A Discussion of Cognitive and Behavioral Strategies. Psychol Rep 1995; 77: 651-656.
- 7.- Maiz A, Kehr J, Grekin C, Reyes R, Charlin V, Fernández P, Manrique M, Velasco N. Drogas Anorexigenas en el Tratamiento de la Obesidad. Rev Med Chile 1995; 123: 637-640.
- 8.- Eckel R H. Nonsurgical Management of Obesity in Adults. N Engl J Med May 2008; 358: 1941-50.

Correspondencia a:
Dr. Carlos Grekin Garfunkel
E-mail: carlosclaudiogrekin@hotmail.com