
OBESIDAD: UNA EPIDEMIA EN AUMENTO

Julio Fabián de la Rosa, Marisa Andrea Squizzato, Jéssica Edith Masloski
Dr. Julio C. de la Rosa

RESUMEN

La obesidad es una enfermedad crónica con un componente genético y representa la segunda causa principal de muertes prevenibles en el mundo.

Se define como un índice de masa corporal (IMC) $>30 \text{ kg./m}^2$, y es el resultado de un balance positivo de energía, como consecuencia de la ingestión de dietas hiperenergéticas, escasa actividad física y a su vez favorecida por una predisposición genética.

Es una enfermedad crónica y factor de riesgo de muchas otras, como ser las enfermedades cardiovasculares, hipertensión, diabetes, etc.

La prevalencia de obesidad en la Argentina en la última década oscila entre un 4 a 11%.

El diagnóstico de sobrepeso y obesidad se realiza con un medio estándar, denominado Índice de Masa Corporal o de Quetelet, que consiste en dividir el peso en kg. por la estatura (en metros) al cuadrado.

El tratamiento no farmacológico de la obesidad se basa en modificaciones dietéticas, actividad física e intervención conductual y/o psicológica. Dentro de los fármacos más utilizados se encuentran la Sibutramina y el Orlistat.

Para la obesidad mórbida (sobrepeso extremo), puede recomendarse una operación para reducir el tamaño del estómago. Se denomina cirugía bariátrica y se ofrece como tratamiento a los individuos con obesidad extrema o a aquellos obesos con complicaciones médicas a causa de su exceso de peso.

Palabras claves: Obesidad, Sobrepeso, Diagnóstico, Nutrición.-

SUMMARY

Obesity is a chronic illness which has a genetic component and represents the second principal cause of preventable deceases in the whole world.

The Index of Corporal Mass is 30 kg/m^2 , and it is the result from a positive balance of energy because of the ingestion of hyperenergetic diets, scarcity of physical activities and a genetic predisposition.

It is a chronic illness and could cause many other illnesses, like cardiovascular diseases, hypertension, diabetes, etc.

The prevalence of obesity in Argentina in the last decade is between 4 and 11 %.

The diagnostic of overweight and obesity is made by a standard way, which is called Index of Corporal Mass or Index of Quetelet, that consists in a quotient from the weight (in kg) with stature (in meters) elevated to the second potency.

The treatment not pharmacological of obesity consists in dietetic amendments, physical activities and a behavioral or psychological intervention. Between the most useful medicines are the Sibutramina and the Orlistat.

To the morbid obesity (extreme overweight), it can be recommended an operation to reduce the stomach's magnitude. It is called the Bariátrica surgery and offers treatment to the people that have extreme obesity or to another with obesity and medical complications because of their excess of weight.

INTRODUCCION

La obesidad es un problema común de prevalencia creciente que se define como un índice de masa corporal (IMC) $>30 \text{ kg/m}^2$; en tanto que el sobrepeso consiste en un incremento de 25 a 29 kg/m^2 .⁽¹⁾

El sobrepeso y la obesidad, es una epidemia que afecta a individuos de todas las edades, sexos, razas y latitudes, sin respetar el nivel socioeconómico. Es la consecuencia de la existencia de un balance energético positivo que se prolonga durante un tiempo.⁽²⁾

La obesidad es una enfermedad crónica tratable y prevenible, caracterizada por la acumulación de un exceso de grasa en el cuerpo, que provoca efectos adversos severos. Al grave

daño sobre la salud que produce por sí misma, se suma la asociación con patologías graves como la diabetes tipo 2, la hipertensión, las complicaciones cardiovasculares y algunos tipos de cáncer.⁽³⁾

También es un factor de riesgo para el desarrollo de osteoartritis y apnea del sueño.⁽⁴⁾

La obesidad merece especial atención, ya que es en sí misma es una enfermedad crónica y a la vez un reconocido factor de riesgo de muchas otras. El estudio y abordaje de la obesidad no pueden desligarse de los de otras enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) por diversas razones: 1) porque comparten algunos factores causales y subyacentes comunes, como la alimentación inapropiada y el se-

dentarismo; 2) porque al identificar a los sujetos obesos se está identificando a una alta proporción de los sujetos en riesgo de padecer otras ECNT; 3) porque al prevenir la obesidad mediante la promoción de estilos de vida saludables se previenen la mayoría de las ECNT; y, por último, 4) porque al tratar al obeso se disminuye el riesgo de que sufra complicaciones y también se reduce el efecto mediador que tiene la obesidad en relación con otros factores de riesgo.⁽⁵⁾

Para mantener un peso saludable, debería realizar de por vida cambios simples del estilo de vida, como reducir el tamaño de las raciones, evitar comer a deshoras, seguir una dieta saludable y practicar ejercicio con regularidad.⁽⁶⁾

Objetivos. Actualizar información sobre la obesidad revisando la bibliografía existente. Establecer las causas y consecuencias de la obesidad, resaltando las complicaciones que de ella derivan. Establecer un diagnóstico y tratamiento adecuado en cada caso.

MATERIALES Y METODOS

Para la confección de este trabajo se utilizó bibliografía obtenida de revistas científicas, buscadores electrónicos como el pubmed, con su base de datos (Medline), páginas web y libros de medicina, utilizando palabras claves como obesidad, sobrepeso, diagnóstico y nutrición.

DESARROLLO

Epidemiología

Los incrementos en la prevalencia de obesidad comienzan a hacerse evidentes ya en los primeros años de vida.⁽⁷⁾

El porcentaje de niños con sobrepeso se ha duplicado y el porcentaje de adolescentes obesos se ha triplicado en los últimos 20 años.⁽⁴⁾

La prevalencia de Obesidad en diferentes estudios realizados en Argentina, en la última década oscila entre 4 y 11%.⁽⁷⁾

Etiología

En el niño y en el adulto, la obesidad es el resultado de un balance positivo de energía (ingestión de una dieta de mayor valor calórico que el gasto del sujeto).⁽⁸⁾

Las elevadas cifras de sobrepeso encontradas en la población joven de diversos países podrían estar asociadas a factores que afectan el equilibrio energético. Los cambios en los patrones de actividad física (disminución del gasto energético) y de los hábitos de alimentación (aumento del consumo energético) se consideran los responsables más importantes.⁽⁹⁾

Solamente en un porcentaje menor al 5 % es por alteraciones genéticas o endocrinas; el 95 % de los casos es obesidad exógena o nu-

tricional, y está asociada a la ingestión de dietas hiperenergéticas, a escasa actividad física y es favorecida por una predisposición genética.⁽⁸⁾

La causa fundamental de la obesidad y el sobrepeso es un desequilibrio entre el ingreso y el gasto de calorías. El aumento mundial del sobrepeso y la obesidad es atribuible a varios factores, entre los que se encuentran:

La modificación mundial de la dieta, con una tendencia al aumento de la ingesta de alimentos hipercalóricos, ricos en grasas y azúcares, pero con escasas vitaminas, minerales y otros micronutrientes.⁽¹⁰⁾

La tendencia a la disminución de la actividad física debido a la naturaleza cada vez más sedentaria de muchos trabajos, a los cambios en los medios de transporte y a la creciente urbanización.⁽¹⁰⁾

La obesidad en niños y adolescentes está significativamente asociada con cambios en la tolerancia a los hidratos de carbono, valores de insulina plasmática, lípidos, tensión arterial y otros factores reconocidos como riesgo para la morbilidad asociada a la obesidad en la adultez.⁽¹¹⁾

Diagnóstico

En la actualidad contamos con un medio estándar para determinar el sobrepeso, la obesidad o la obesidad grave (mórbida), basado en la estatura y el peso, denominado índice de masa corporal, dicho estándar se calcula dividiendo el peso en kilogramos por la estatura (en metros) al cuadrado. Se considera sobrepeso un IMC = a 25; si es = 30, obesidad, y si es = 40, obesidad mórbida.⁽⁶⁾

Índice de masa corporal (IMC) o de Quetelet: Se obtiene dividiendo el peso corporal expresado en kg. sobre la talla en metros y elevada al cuadrado.⁽⁸⁾

Es recomendable en el diagnóstico de obesidad, pues correlaciona, de manera significativa, el total de grasa corporal y permite no sólo evaluar y comparar individuos, sino poblaciones o subgrupos de estos y de diferentes orígenes. Permite valorar los riesgos para la salud asociados con el sobrepeso y puede ser una guía útil para su tratamiento.⁽⁸⁾

En la actualidad es muy utilizada la clasificación del IMC en cuanto al grado de sobrepeso y la obesidad ya que sirve para comparar significativamente el peso entre poblaciones; identifica individuos y grupos en riesgo con aumento de la morbilidad y la mortalidad, y también las prioridades para intervenir en los individuos y las comunidades.⁽⁸⁾

El IMC constituye la medida poblacional más útil del sobrepeso y la obesidad, pues la forma de calcularlo no varía en función del sexo ni de la edad en la población adulta. No obstante, debe considerarse como una guía

aproximativa, pues puede no corresponder al mismo grado de gordura en diferentes individuos.⁽¹⁰⁾

Clasificación de los pacientes según su IMC:

- a) Normal: cuando el IMC se encuentra entre 18,5 y 24,9.
- b) Sobrepeso: cuando el IMC se encuentra entre 25 y 29,9.
- c) Obesidad: cuando el IMC es mayor o igual a 30. Se puede subdividir a la obesidad en Clase I (IMC de 30 a 34,9); Clase II (IMC de 35 a 39,9) y Clase III (IMC mayor a 40) también llamada obesidad clínicamente grave (antes denominada obesidad mórbida).⁽¹²⁾

Los tipos de obesidad se definen de acuerdo con la distribución de grasa en el organismo: tipo 1: grasa/peso excesivo distribuido en todas las regiones corporales; tipo 2: excesiva grasa subcutánea en la región abdominal, o adiposidad androide; tipo 3: excesiva grasa abdominal profunda, y tipo 4: exceso de grasa en regiones del glúteo y femoral, o adiposidad ginecoide.⁽¹³⁾

La obesidad de la parte superior del cuerpo (exceso de grasa alrededor de la cintura y al costado) es un riesgo mayor para la salud que la de la parte inferior del cuerpo (grasa en los muslos y en las regiones glúteas).⁽¹⁾

Tratamiento

El abordaje terapéutico de la obesidad, por su naturaleza multifactorial, debe ser objeto de múltiples sectores o miembros de la sociedad. En correspondencia con la realidad de que no existen tratamientos mágicos para la misma es necesario que médicos, personal paramédico, maestros, padres, funcionarios de salud pública y de otros sectores en unión de líderes formales y no formales de la comunidad unan sus esfuerzos con vistas a lograr la aplicación de programas o medidas que eviten el incremento progresivo del número de casos y que al mismo tiempo a los ya afectados les permita reducir el exceso de grasa corporal e incluso retornar a su peso saludable.⁽²⁾

El tratamiento no farmacológico de la obesidad supone modificaciones dietéticas, actividad física e intervención conductual y/o psicológica.⁽⁸⁾

Al balance energético negativo, único tratamiento efectivo de la obesidad, se puede llegar incrementando la actividad física y/o reduciendo la ingesta total de energía alimentaria. Por esta razón las acciones que se ejecuten deben estar dirigidas a desarrollar estilos de vida saludables mediante la realización de actividades físicas moderadas e intensas acompañadas del consumo de una dieta adecuada.⁽²⁾

En el paciente obeso la planificación de la alimentación debe considerar un período de

reducción del peso corporal, en el cual la ingesta calórica debe ser significativamente menor al gasto energético de reposo más actividad física, seguido por una fase de estabilización del peso corporal en que se deben cubrir las necesidades nutricionales y evitar el nuevo incremento del peso.⁽¹⁴⁾

La actividad física está estrechamente relacionada con el nivel de gasto energético y tanto el tiempo libre como el tiempo dedicado a alguna actividad física influyen en ello.⁽¹⁵⁾

Ante la epidemia mundial de obesidad y diabetes mellitus tipo 2, las máximas autoridades de salud pública en el mundo (OMS, PAHO, CDC) han declarado la promoción de estilos de vida saludable como una prioridad para la sociedad moderna.⁽¹⁶⁾

Las indicaciones formales de utilizar drogas para bajar de peso son:

- 1) Pacientes con obesidad (IMC > 30)
- 2) Pacientes con IMC > 27 y alto riesgo por la presencia de obesidad abdominal.

Los fármacos recomendados actualmente por las guías terapéuticas para el tratamiento de la obesidad son la Sibutramina y el Orlistat.⁽¹⁷⁾

La Sibutramina bloquea tanto la captación de serotonina como de noradrenalina en el sistema nervioso central.⁽¹⁾

El Orlistat reduce la absorción de grasa en la vía gastrointestinal.⁽¹⁾

Para la obesidad mórbida (sobrepeso extremo), puede recomendarse un procedimiento quirúrgico para reducir el tamaño del estómago. Se denomina cirugía bariátrica y se ofrece como tratamiento a los individuos con obesidad extrema o a aquellos obesos con complicaciones médicas a causa de su exceso de peso. Las operaciones bariátricas forman parte de la cirugía llamada mayor y tienen ciertos riesgos así como beneficios.⁽⁶⁾

Son procedimientos combinados que utilizan tanto la restricción como la malabsorción para lograr la pérdida de peso.⁽⁴⁾

De todas las alternativas de tratamiento quirúrgico de la obesidad el bypass gástrico en Y de Roux es uno de los más realizados en Chile y en el mundo. Entre sus ventajas está el menor dolor postoperatorio, menor impacto en mecánica respiratoria y menor estadía hospitalaria, entre otras, al ser comparada con la alternativa abierta.⁽¹⁸⁾

CONCLUSION

La obesidad se ha incrementado en forma significativa a escala mundial y actualmente se considera uno de los problemas de salud pública más difíciles de controlar.

Esta enfermedad aumenta el riesgo de desarrollar varias enfermedades incluyendo: la hipertensión arterial, diabetes tipo 2, enfermedades cardiovasculares, derrame cerebral, en-

fermedad de la vesícula biliar y cáncer de próstata y colon.

Las personas a veces son víctimas de la discriminación en el trabajo y en otras situaciones, y son penalizados por su condición a pesar de las leyes que protegen contra este tipo de situaciones.

Por otro lado es un problema de salud pública serio que puede resultar en muerte y en la inhabilitación prematura. Sin embargo, esta afección no recibe la atención que merece del gobierno, la profesión del cuidado médico o la industria de seguro médico, que es inadecuada y limita el acceso al tratamiento de la obesidad.

Poner en marcha campañas de prevención en contra de esta enfermedad determinaría resultados muy beneficiosos y demandaría desde el punto de vista económico un menor costo que el utilizado en el tratamiento de las variadas complicaciones que ella produce.

Vivir una vida activa e incorporar una dieta saludable ayuda prevenirla y mantener una buena calidad de vida.

BIBLIOGRAFIA

1. Lawrence M, Tierney SJ, Mc Phee MA, Papadakis. Diagnóstico clínico y tratamiento 41ª ed. México: Editorial El Manual Moderno; 2006: 961-1106.
2. Visser R. Plan de acción holístico contra el sobrepeso y la obesidad en niños en Aruba. Revista Cubana Salud Pública [en línea] 2005 [fecha de acceso 05 de abril de 2007]; 31 (4). URL disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662005000400014&lng=es&nrm=iso
3. Carrasco E, Pérez F, Angel B y col. Prevalencia de diabetes tipo 2 y obesidad en dos poblaciones aborígenes de Chile en ambiente urbano. Revista médica de Chile [en línea] 2004 [fecha de acceso 05 de abril de 2007]; 132 (10):1189-1197. URL disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872004001000005&script=sci_arttext
4. Charlotte Grayson MD, Smyrna GA. Obesidad. Enciclopedia médica en español. MedlinePlus: Información de salud para todos [en línea] 2006 [fecha de acceso 05 de abril de 2007]. URL disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/003101.htm>
5. Peña M, Bacallao J. La obesidad y sus tendencias en la Región. Revista Panamericana de Salud Pública [en línea] 2001 [fecha de acceso 05 de abril de 2007]; 10 (2). URL disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1020-49892001000200001&script=sci_arttext
6. Parmet S, Cassio Lynn MA, Glass RM. The Journal of the American Medical Association. 1880 JAMA [en línea] 2003 [fecha de acceso 13 de abril de 2007]; Vol 289 (14). URL disponible en: <http://jama.ama-assn.org/cgi/data/289/14/1880/DC1/1>
7. Barbeito S, Duran P, Franchello A, y col. Valoración de la composición corporal y distribución grasa en pacientes pediátricos con sobrepeso. Actualización en Nutrición 2006; 7 (3): 112-121
8. Socarrás Suárez M, Bolet Astoviza M, Licea Puigm M. Obesidad: Tratamiento no farmacológico y prevención. Revista Cubana Endocrinología [en línea] 2002 [fecha de acceso 06 de abril de 2007]; 13 (1): 35-42. URL disponible en: http://www.imbiomed.com/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=6409&id_seccion=705&id_ejemplar=688&id_revista=58
9. Fernández-Ramírez A, Moncada-Jiménez J. Obesidad y sobrepeso en la población estudiantil costarricense entre los 8 y 17 años. Rev. Costarricense de ciencias médicas [en línea] 2003 [fecha de acceso 06 de abril de 2007]; 24 (3). URL disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S0253-29482003000200003&script=sci_arttext
10. Organización Mundial de la Salud. Obesidad y sobrepeso. Ginebra: OMS [en línea] Septiembre de 2006 [fecha de acceso 6 de abril de 2007]. Nota descriptiva N° 311. URL disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/index.html>
11. Cesar M, Evangelista P, Taberner P y col. Indicadores antropométricos en la valoración del estado nutricional del niño obeso. Actualización en nutrición 2002; 3 (1): 455-458
12. Rodés Teixidor J, Guardia Massó J. Medicina Interna. 2ª ed. Barcelona (España): Masson S.A; 2004: vol 2: 2760-2762
13. Wong-On M, Murillo-Cuzza G. Fundamentos fisiopatológicos de la obesidad y su relación con el ejercicio. Acta médica costarricense [en línea] 2004 [fecha de acceso 06 de abril de 2007]; 46 (1): 15-24. URL disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-60022004000500005&lng=es&nrm=iso&tlng=es
14. Carrasco NF, Reyes SE, Núñez C y col. Gasto energético de reposo medido en obesos y no obesos: comparación con la estimación por fórmulas y ecuaciones propuestas para población chilena. Revista médica de Chile [en línea] 2002 [fecha de acceso de abril de 2007]; 130 (1). URL disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872002000100007&script=sci_arttext
15. Organización Panamericana de la Salud. *Relación entre la situación socioeconómica y la obesidad en países de diferente nivel de desarrollo*. Rev Panam Salud Pública [en línea] 2006 [fecha de acceso 06 de abril 2007]; 19 (4): 279- 280. URL disponible en: http://journal.paho.org/index.php?a_ID=416
16. Duperly J, Lobelo F. Estilo de vida saludable: Un reto que vale la pena. Revista colombiana de cardiología [en línea] 2004 [fecha de acceso 06 de abril de 2007]; 11 (3). URL disponible en: <http://www.scc.org.co/revista.cfm?do=detalle&idarticulo=368>
17. Rubinstein A, Terrasa S. Medicina Familiar y práctica ambulatoria. 2ª ed. Buenos Aires (Arg.): Medica Panamericana; 2006: 1707-1721
18. Escalona A. Complicaciones quirúrgicas en bypass gástrico laparoscópico Sociedad de Cirujanos de Chile [en línea] 2006 [fecha de acceso 13 de abril de 2007]; 58 (2): 97-105. URL disponible en: [http://www.cirujanosdechile.cl/Revista/PDF%20Cirujanos%202006_02/Cir.22006.\(05\).pdf](http://www.cirujanosdechile.cl/Revista/PDF%20Cirujanos%202006_02/Cir.22006.(05).pdf)