

Obesidad como Enfermedad,

Una breve y actual revisión sobre el tema

La obesidad se ha convertido en una de las mayores amenazas para la salud pública en los últimos 30 años, tanto por su creciente incidencia y prevalencia en los países desarrollados o en vías de desarrollo así como también por su capacidad para inducir patologías crónicas en casi todos los sistemas de la economía humana, por esto la OMS ha considerado a la obesidad como la epidemia del siglo XXI.

La obesidad siempre fue considerada como factor de riesgo para..... Y se mantuvo así por muchos años, es finalmente en 1997 cuando la OMS aceptó que la obesidad es una “Enfermedad Crónica”, incontinua (porque es controlable), y multifactorial.

En cuanto a su definición conceptual, la OMS declara que “la obesidad es una acumulación anormal o excesiva de tejido adiposo, a un nivel que deteriora la salud”, sin embargo este concepto es poco operativo.

En cuanto a su epidemiología, la OMS reportó para el año 2000, 200 millones de obesos en el mundo, un 30% mas que en 1995, mas alarmante aún, en solo 4 años esta cifra le elevó hasta alcanzar un 8% de la población mundial, lo que correspondería a 300 millones de personas, pero si a esto le sumamos la población con sobrepeso, no será necesario esperar al 2025 para tener una epidemia, tal como se proyecta con la diabetes mellitus. Lamentablemente no contamos con cifras exactas en nuestro país, sin embargo, las cifras manejadas por el Ministerios de Salud y Desarrollo Social e instituciones privadas, como Cania, revelan que la obesidad en nuestro país esta afectando a un elevado número de personas, especialmente, los que se encuentran en Falcón, Aragua y Guárico. Por lo tanto se puede asegurar que estamos en presencia de una grave epidemia nacional. Los datos obtenidos en el 2004 por el Sistema de Vigilancia Alimentaria Nacional confirman esta aseveración, pues demuestran que más del 10% de lo venezolanos entre los 2 y 14 años de edad tiene sobrepeso. El Hospital Universitario de Caracas, registró durante el año 2005, 235 casos de morbilidad en pacientes obesos. Cifras extraoficiales revelan que existe entre un 17 y 33% de la población venezolana con obesidad. Por tanto, estamos ante la presencia de un problema frecuente, que está afectando a una gran parte de la población, y que su prevención constituye un aspecto prioritario para la salud pública, sin embargo, pareciera que quienes somos responsables de solucionar este problema, no quisiéramos ver, escuchar ni hablar de cómo luchar contra la obesidad.

Ahora bien, para poder hablar de Obesidad, en primer lugar debemos saber clasificarla, y para ello nos valemos de muchos medios, sin embargo, el método más utilizado y reconocido es el Índice de Masa Corporal (IMC), descrito por Quetelet en el año 1995. El IMC un indicador que refleja la grasa corporal en relación a la talla o longitud al cuadrado y se expresa como Kg/m^2 . La clasificación actualmente reconocida es la propuesta en el año 2000 por la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO) quienes empleando el IMC logran catalogar a la obesidad en tipos o grados, los cuales son: Bajo peso o Peso insuficiente menos de 18.5; Normopeso de 18.5 a 24.5; Sobrepeso Grado I de 25 a 26.9; Sobrepeso Grado II de 27 a 29.9; Obesidad tipo I de 30 a 34.9; Tipo II de 35 a 39.9; Tipo III (mórbida) de 40 a 49.9 y Tipo IV (obesidad extrema) mayor de 50.

Cuando los médicos hablamos de obesidad creemos que estamos hablando de kilos de peso corporal, sin embargo, hoy en día los expertos en el tema, sabemos que la obesidad se caracteriza por un almacenamiento excesivo de calorías en forma de grasa (triglicéridos) y glucógeno por alteración del metabolismo energético, por tanto, no se es obeso por lo que se pesa sino por cuanto porcentaje de ese peso está constituido por grasa, de ahí que la obesidad no se pesa, se mide.

Para comprender este nuevo paradigma, y romper con los antiguos, debemos conocer el concepto de Composición Corporal Ideal y dejar atrás el concepto de Peso Corporal Ideal, cuando hablamos de

composición corporal nos referimos a los componentes del cuerpo divididos en: componente atómico (O_2 , Hidrogeno, N_a , K , C_a , N y Carbono) Molecular (Agua, grasa, proteínas, minerales), celular (masa celular, Líquidos extracelulares, sólidos extracelulares) y funcional (tejido óseo, vísceras, sangre, tejido adiposo y tejido muscular).

Hoy en día es posible analizar esta composición a través de tecnología avanzada que nos permite conocer el estado inicial del paciente y calcular de forma inequívoca su masa grasa y su masa libre de grasa. Y si esto es así, ¿que pasa entonces con el IMC? Si bien es cierto que el IMC es un buen indicador de obesidad y riesgo, encontramos cada vez mas reportes discrepantes entre el IMC y la cantidad de grasa corporal medida por técnicas especializadas, por ejemplo, se encontró que 1 de cada 4 sujetos con un IMC normal tiene elevado su porcentaje de grasa corporal y 1 de cada 6 con IMC elevado presenta un porcentaje de grasa corporal normal, la razón de esto, muy simple, el IMC no discrimina peso magro de peso graso, no es absolutista, se debe complementar siempre con otros factores como sexo, edad, raza, estilo de vida, nivel de actividad física, entre otros. Un ejemplo que siempre traigo a colación y muy claro es el siguiente, tenemos dos pacientes uno con un IMC de 27 Kg/m^2 que hace ejercicios con regularidad y tienes buenos hábitos de vida, y el otro con un IMC de 25 Kg/m^2 pero es sedentario, hipertenso y además fuma, entonces, estarán ambos en la misma condición de salud, ambos pueden ser calificados como enfermos, pues no, aunque el primero tiene un IMC elevado es un paciente sano, con riesgo bajo para enfermedad cardiovascular, el segundo a pesar de tener un IMC acorde es un paciente con riesgo elevado de enfermedad cardiovascular. Simple, no.

Otro parámetro de fácil acceso al clínico, muy en boga actualmente es la Circunferencia Abdominal, pues, bien, ciertamente es una medida que se realizada a nivel de la cicatriz umbilical y simplemente es una medida indirecta de grasa visceral, y sus valores estandarizados por OMS en el año 2005 fueron de 95cm o menos para hombres y 82 o menos para las mujeres.

Existe evidencia de que ante la falta de equipos sofisticados, el IMC y la Circunferencia Abdominal son herramientas útiles, accesibles y valederas para tener una mejor expresión de grasa abdominal desde el punto de vista clínico semiológico y para tener un control sobre el manejo y seguimiento de los pacientes con Obesidad.

Sin duda alguna, la evaluación del paciente obeso, es una tarea compleja, que requiere no solo su cuantificación y clasificación por índices o tablas sino que además, es indispensable realizar una historia clínica detallada, a fin de conocer las posibles causas que lo han llevado a desarrollar obesidad, además este sistema de abordaje nos permite garantizar la correcta ejecución de estudios paraclínicos pertinentes que nos llevarán a identificar las comorbilidades que los aquejan, siendo éstas últimas las que finalmente condicionan en estos pacientes, la mala calidad de vida y el aumento de la morbimortalidad.

Hoy en día la gente está muriendo a consecuencia del Síndrome Metabólico y patologías que repercuten directamente sobre el sistema cardiovascular como el sobrepeso y la Obesidad, por lo tanto estas son las dos entidades que deben ser tratadas, recordando que no hay terapia para la diabetes ni para la enfermedad cardiovascular que no incluya el tratamiento de la obesidad y el sobrepeso.

Se ha demostrado que un IMC mayor de 30 Kg/m^2 disminuye hasta 6 o 7 años de vida tanto en hombre como en mujeres, lo cual se traduce en reducción de expectativa de vida; otros estudios confirman que un sobrepeso mayor del 20% estará relacionado con una mortalidad por enfermedad cardiovascular de 30%, con mas del 30% de sobrepeso el riesgo sube a 40% y con 40% o mas de sobrepeso el riesgo de morir por enfermedad cardiovascular será del 80%.

El objetivo de conocer los síndromes clínicos asociados a obesidad es poder identificarlos, tratarlos adecuadamente con la finalidad de lograr disminuir las altas tasas de morbilidad y mortalidad que actualmente presentan los pacientes con Obesidad. Múltiples son los estudios que se han realizado a fin de

determinar la asociación de obesidad y mayor morbimortalidad, de los cuales los principales son: el “*Buid Study*”, el “*estudio Framingham*”, el “*Cancer prevention Study*”, el “*estudio adventista del séptimo día*”, entre otros, los cuales aun en controversia, concluyen en su mayoría que la asociación obesidad morbimortalidad es concluyente y que su relación está condicionada mas por la cantidad de grasa intrabdominal que por el exceso de peso corporal en si.

La obesidad conlleva a muchas otras enfermedades crónicas asociadas, se estima que existen más de 35 patologías que son comórbidas con la obesidad, su impacto es en todos los aparatos y sistemas de nuestra economía.

Por citar algunas, la Diabetes Mellitus, Dislipidemias, HTA, SAOS, entre otras, enfermedades estas muy reconocidas en el entorno médico en cuanto a manejo y tratamiento, sin embargo, pocos se preocupan por su prevención, la obesidad es definitivamente un factor relevante en la patogenia de todas ellas. Datos interesantes en cuanto a los pacientes obesos, es que suelen presentar enfermedad pulmonar restrictiva en su mayoría no diagnosticada, la cual posteriormente puede evolucionar a Hipertensión pulmonar e insuficiencia cardiaca derecha si no se trata a tiempo.

El riesgo de presentar DM Tipo 2 aumenta progresivamente a medida que se incrementa el IMC, así el riesgo de presentar DM tipo 2 es 40 veces mayor para personas con IMC mayor de 35 en relación a los que tienen un IMC de 23.

La gran elevación y persistencia de la lipemia posprandial así como la disminución de cHDL y la presencia de LDL pequeñas y densas que conlleva la obesidad, constituyen un factor aterógeno per se, por lo cual la obesidad es determinante en la aparición ACV, SCA, entre otros. Como dato interesante, se ha estimado que la dislipemia es mayor en la obesidad de predominio abdominal o visceral que en la no visceral o llamada obesidad femoroglútea. Por tanto, La acumulación de grasa en la cavidad abdominal es un factor de riesgo significativo para diabetes, enfermedades cardiovasculares e, incluso, para la mortalidad asociada a las mismas.

Por otra parte, el aumento del tejido graso, especialmente con distribución toraco abdomino visceral, genera y acentúa una insulinoresistencia, con la consiguiente hiperinsulinemia, produciéndose un síndrome Metabólico que es el nexo común en un número significativo de pacientes que elevan así su riesgo cardiovascular.

Como puntos álgidos, La obesidad en la gestación en la infancia y en el paciente anciano.

Las mujeres embarazadas que son previamente obesas, están condicionadas a presentar complicaciones durante el embarazo que aumentan la morbi mortalidad materna y fetal, por tanto, es considerado un embarazo de alto riesgo. En cuanto a La obesidad infantil, es alarmante ver como se ha convertido en un problema de salud pública a nivel mundial, cerca del 20 % de los niños delgados se convierten en adultos obesos, independientemente del peso de sus padres; por eso es importante la prevención de la obesidad en la infancia.

La obesidad infantil es multifactorial, sin embargo el ambiente es determinante en su desarrollo, por tanto debe ser siempre considerada una enfermedad crónica, de difícil manejo, que en la mayoría de las veces puede ser controlada pero nunca curada. Es un problema terapéutico aún sin resolver. Su prevención y su enfoque en cuanto a cambios en el estilo de vida, es, probablemente, el arma más eficaz para controlar la misma. Son importantes el diagnóstico y tratamiento precoces, porque a mayor edad del niño obeso, más difícil es la reversión del cuadro, por los hábitos alimentarios incorporados y por las alteraciones metabólicas instaladas.

La obesidad en el anciano no representa un factor de riesgo para la mortalidad, sin embargo, la pérdida de peso condiciona mejor calidad de vida en estos pacientes. La incidencia de Enfermedad cardiovascular se iguala a la del sexo masculino tras la menopausia, siendo la obesidad un factor de riesgo determinante.

Es de especial interés los trastornos de la conducta alimentaria muy frecuentes en pacientes obesos, los cuales debe ser siempre sospechado, ya que, por lo general pasan inadvertidos y su diagnóstico tardío condiciona mayor morbimortalidad.

Es usual encontrar trastornos endocrinos secundarios a obesidad, sin embargo, no son la mayoría de los casos y siempre se deberá descartar la presencia de un trastorno primario cuando los pacientes no mejoran con la pérdida de peso.

La osteoartritis está significativamente aumentada en obesidad y se debe a causas mecánicas o locales y sistémicas.

Según el Estudio Framingham, existe correlación con evidencia de que existen algunos tipos de Cáncer relacionados con obesidad. Entre los que se mencionan con mayor notabilidad son: Mama, Riñón, Esófago, Colón, Próstata, Endometrio, Ovario y leucemias (en niños).

El paciente obeso requiere sin lugar a duda un manejo multidisciplinario, quienes nos ocupamos de esta tarea, enfocamos el tratamiento en 4 niveles, el primero y quizá el más importante, estará dirigido a inducir cambios en el estilo de vida (tabaquismo, alcohol, sedentarismo, alimentación, etc.), en segundo lugar, evaluamos si amerita o no indicar tratamiento farmacológico específico con drogas antiobesidad así como también suministrar tratamiento sintomático de las comorbilidades asociadas si estas existieran. Según el decreto de la Sociedad Norteamericana de Investigadores en Obesidad (NASSO) en Octubre 2000 deben recibir tratamiento farmacológico antiobesidad, aquellos pacientes con un IMC mayor de 27 mas Comorbilidad o aquellos con IMC mayor de 30 sin Comorbilidad, actualmente los únicos fármacos antiobesidad aprobados por la FDA son: Orlistat y Sibutramina, y en fase III de estudio el Rimonabant. Finalmente, evaluamos la posibilidad de indicar tratamiento quirúrgico, se ha estandarizado el uso de cirugía bariátrica para el control de obesidad en aquellos pacientes que presenten un IMC de 35Kg/m² con Comorbilidad o pacientes con IMC igual o mayor de 38Kg/m² sin Comorbilidad. La pérdida de peso de forma correcta, asegura no solo una disminución de la mortalidad sino un mejor control de las enfermedades asociadas; en definitiva, una mejor calidad de vida para nuestros pacientes.

Después de este largo recorrido a mi no me queda más que decirles que debemos empezar a asumir la Obesidad como un problema de salud pública, como un problema que tiene un impacto a nivel social, cultural, económico y político, y que somos los médicos en atención primaria quienes debemos sensibilizar a todos los componentes del entorno para entender esta grave situación, todos, debemos convertirnos en aliados estratégicos en la lucha contra esta enfermedad, no olvidemos, que unidos somos más grandes contra la obesidad.

Referencias:

1. Olimpo, Carlos, M. A y col. Avances en Obesidad. Rev Fcc Med Univ nac Colomb. 2004. Vol 52, N°4
2. World Health organization. Obesity: Prevention and managing the global epidemic. Technical report 894. Geneva: WHO, 2000:256
3. Moreno B, Monero S, Álvarez J. La Obesidad en el 3° Milenio. Buenos Aires. Editorial Panamericana. 2005. pp 115-223
4. Braguinsky J: Tratamiento de la obesidad. Indicaciones y objetivos. En Braguinsky J: Obesidad, Ed. Promedicina, Buenos Aires, 1987
5. Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO) Consenso español 2000 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica. Med Clin (Barc) 2000; 115: 587-597

6. Kolotkin RL, Head S, Hamilton M, Tse C-KJ Assessing impact of weight on quality of life. *Obes Res* 1995; 3: 49-56.
7. Estudio prospectivo delphi Costes sociales y económicos de la obesidad y sus patologías asociadas. Madrid: Gabinete de estudios Bernard Krief, 1999.

Dra. Marinela Riccobono
Médico Cirujano- Prevención manejo y tratamiento de Obesidad
Cosmactive. Teléfonos: 0212-7537060/0414-1043006