

Obesidad: ¿Epidemia del siglo XXI?

RESUMEN

En el presente artículo breve de revisión se realiza una panorámica general del problema de la obesidad en nuestro medio, describiendo aspectos de uso diario como el índice de masa corporal, así como aspectos relacionados con el sobrepeso en la sociedad actual, su

alcance y la existencia de dietas o productos "milagrosos" totalmente contraproducentes.

PALABRAS CLAVE

Obesidad, IMC, Enfermedad social, dietas milagro

Introducción. Obesidad en la actualidad

La obesidad es un estado patológico caracterizado por un aumento de los depósitos grasos que ocasiona un Índice de Masa Corporal (IMC=Peso/Talla²), superior o igual a 30 o un perímetro de cintura, igual o mayor de 102 cm. en varones y 88 cm. en mujeres. Antes se definía como un sobrepeso superior al 20% del peso ideal^(1, 2).

La interpretación del IMC es simple (OMS, 1997 y SEEDO, 2000).

- Bajo peso, si IMC <18,5
- Peso ideal, cuando el IMC se sitúa entre 18,5 y 25.
- Sobrepeso (Grado I), entre 25 y 27, correspondiendo con el Grado I de la O.M.S.
- Sobrepeso (Grado II), entre 27 y 30, correspondiendo con el Grado I de la O.M.S.
- Obesidad Moderada entre 30 y 35, correspondiendo con el Grado II de la O.M.S.
- Obesidad Severa entre 35 y 40, correspondiendo con el Grado III de la O.M.S.
- Obesidad Mórbida entre 40 y 50, correspondiendo con el Grado IV de la O.M.S.
- Obesidad Extrema, cuando el IMC ³50, correspondiendo con el Grado IV de la O.M.S.

El IMC sólo sirve para individuos de 20 a 75 años de edad y con complejión normal. No debe emplear-

se en niños y adolescentes, embarazadas, ni en sujetos muy musculosos. Se expresa en unidades propias, no en kilos^(3, 4).

Alcance de la epidemia de obesidad

Según la Sociedad Española para el estudio de la Obesidad (SEEDO), la prevalencia de esta enfermedad en 2.004, abarcó el 13,2% de la población española masculina y al 17,5% de la femenina entre 25 y 64 años. El sobrepeso (IMC entre 25 y 30) afectó al 46,4% de los varones y al 32,9% de las mujeres⁽⁵⁾.

Existen diferencias entre regiones ricas y pobres, siendo la obesidad más frecuente en estas últimas.

La tasa de obesidad en España, es menor que en el este de Europa y EE.UU. y mayor que en los países de la Europa nórdica y occidental. Una excepción es Japón, con tasas de obesidad muy bajas⁽⁶⁾.

Su prevalencia está en aumento en los países industrializados, en los que oscila entre el 15% y el 30%, con predominio femenino y sobre todo a partir de los 35-40 años de edad (por ello es muy frecuente en ancianos, especialmente mujeres).

En España, se gana una media de 0,5 kgr/año entre los 20 y los 50 años. Entre 50 y 70 años, el incremento baja a 0,1 kgr/año en varones y 0,2 kgr/año en mujeres. A partir de los 70 años, el peso suele disminuir. El porcentaje de masa grasa aumenta con la edad de forma constante. En mujeres, siempre es mayor que en varones de igual edad, peso y talla⁽⁷⁾.

Hay poblaciones de riesgo muy claras: embarazadas, mujeres postmenopáusicas, sedentarios,... Su prevalencia está aumentando en la infancia y en la adolescencia.

*Enfermero. Máster en Salud Pública y Gestión Sanitaria. Centro de Salud El Palo

**Enfermera. CS Torcal.

La presencia de obesidad durante la adolescencia, se correlaciona inversamente con el rendimiento académico, con la cualificación profesional, con la clase social y con la nupcialidad. Este efecto es mucho más marcado en el sexo femenino⁽⁸⁾. La obesidad provoca un menor nivel socioeconómico y viceversa⁽⁹⁾.

La obesidad es un problema que nuestra sociedad percibe como de índole estética más que sanitaria. Los actuales cánones de belleza preconizan la delgadez, al menos en las nuevas generaciones.

El “origen” de la obesidad

La obesidad es la consecuencia inevitable del consumo de dietas cuyo valor calórico es superior a las necesidades energéticas del sujeto; es decir, está producida por un balance energético positivo. Por ello, la clave de todo adelgazamiento radica en invertir el proceso y convertir el balance energético en negativo. Las calorías ingeridas pueden ser “quemadas”, produciendo energía para el mantenimiento de las funciones corporales, o bien servir como materiales de “construcción”, necesarios para la conservación de las estructuras orgánicas. Las calorías no utilizadas, sólo pueden desaparecer en forma de calor (efecto termogénico de los alimentos) o acumularse en forma de grasa⁽¹⁰⁾.

La obesidad es una manifestación de una disfunción del sistema de control del peso corporal que impide el ajuste de la masa de reservas grasas a su tamaño óptimo. Es una enfermedad multifactorial de patogenia muy compleja y en buena parte desconocida, fruto de la interacción entre predisposición genética y factores de tipo ambiental y social⁽¹¹⁾. Estos factores extrínsecos derivan del desarrollo económico, que ha transformado a las sociedades modernas en los últimos tiempos, ocasionando que la predisposición genética se manifieste en mayor o menor grado. No olvidemos que la humanidad actual descende de “ahorradores de calorías”, es decir, de poblaciones humanas genéticamente dotadas para sobrevivir a las frecuentes hambrunas de la antigüedad. Pero, la causa del reciente incremento mundial de la obesidad, ¿se debe a que comemos más que antes?: la respuesta es negativa; comemos menos que hace 50 años, pero también es cierto que nuestra vida se ha tornado terriblemente sedentaria. El “picoteo” entre horas y las comidas fuera de casa, parecen explicar también el exceso calórico de nuestras dietas, pues aportan demasiadas grasas saturadas y pocos carbohidratos complejos.

A pesar de practicarse más deporte que antes, se ha producido una disminución del nivel medio de actividad física: trabajos sedentarios y mecanizados, ocio “electrónico” (TV, vídeo, ordenador, etc), uso de electrodomésticos, desplazamientos en vehículos,... Y así, en 1.997, el 60% de la población adulta española podía catalogarse como sedentaria.

De todas formas, los factores específicos que explican la llamada “epidemia del siglo XXI”, no están aún suficientemente esclarecidos⁽¹²⁾.

Obesidad, enfermedad social

En obesidad, y como en la mayor parte de la patología crónico-degenerativa, las intervenciones más rentables son las más “cercanas al origen” de la enfermedad: prevención primaria y promoción de la salud. Las medidas a aplicar siguen dos líneas:

1. Mejorar la dieta: Promocionar una dieta sana en medios de comunicación, comedores escolares, restaurantes,...

2. Incrementar la actividad física: Aumentar las zonas peatonales, los jardines y las áreas para el juego y el deporte; promover los desplazamientos a pie o en bicicleta,...^(13, 14).

La aplicación de estas medidas depende de voluntades políticas, “moldeables” mediante la adecuada presión social.

Productos, suplementos y dietas “milagrosas”

Las dificultades que entraña el proceso de adelgazamiento, hacen que muchos obesos recurran a productos, suplementos y dietas “milagrosas”, en la vana esperanza de ver desaparecer los infaustos kilos de más, de modo rápido y casi sin esfuerzo. Éstas, son sustancias diversas publicitadas en el tratamiento frente a la obesidad y cuya eficacia y seguridad son, como mínimo, cuestionables^(15, 16). Se hace referencia a continuación de los tres procedimientos más conocidos:

1. Productos “milagro”:

Pueden venderse en farmacias, herboristerías y centros de estética. Suelen ser publicitados en medios de comunicación, a pesar de no haber pasado los más elementales controles sanitarios y no aclarar su composición en la etiqueta. No acostumbran a informar de su toxicidad, efectos adversos, interacciones,... Son productos al margen de la legislación actual.

Pueden comercializarse como “productos homeopáticos” o “fórmulas magistrales”, siendo variopinta su composición: laxantes, diuréticos, excitantes –hormonas tiroideas, cafeína o anfetaminas–, fibra, vitaminas, sedantes, antidepresivos, compuestos yodados o incluso carbón activado (inhibidor absorción intestinal). Es frecuente su presentación combinada en forma de “cápsulas adelgazantes”.

2. Suplementos dietéticos “milagrosos”:

Tienen las mismas vías de distribución y publicidad que los productos “milagro” y aunque sus efectos adversos, contraindicaciones e interacciones son conocidas y su toxicidad leve a las dosis aconsejadas, no han demostrado su eficacia científica. A pesar de la vistosa propaganda que exhiben, en la que suele incluirse unos “excelentes” resultados terapéuticos, carecen de ensayos clínicos relevantes. Es decir, intentan demostrar su eficacia basándose en estudios metodológicamente incorrectos, con un número insuficiente de pacientes o de escasa duración en el tiempo (inferior a 1 ó 2 años), lo que impide comparar su efectividad con la de los tratamientos antiobesidad convencionales.

Estos complementos dietéticos, son: suero de leche, cápsulas de vinagre de manzana, chitosano, alcachofa, cáscara sagrada, cola de caballo, fucus, guaraná, ortosifón, garcinia cambogia, piña, té y sus variedades. Algunos de ellos provocan un falso adelgazamiento merced a sus propiedades laxantes y diuréticas.

3. Dietas “milagro”:

Se caracterizan por su ineficacia, desequilibrio nutricional, irracionalidad y peligrosidad. La lista es amplia: la dieta macrobiótica (es hipocalórica, excesiva en cereales y pobre en legumbres), la dieta Rastafari, la de la proteína líquida (comprada por millones de norteamericanos y que acabó provocando 60 muertos), la dieta rica en grasas y embutidos (suprimía los carbohidratos, la fruta y la verdura, permitiendo tan sólo la ingesta de productos grasos; causaba cetosis, hígado graso y dislipemias, constituyendo un verdadero “pasaporte para el infarto”), la del pomelo rosa, la del plátano, la del melocotón (caracterizadas por su monotonía), la dieta de la Clínica Mayo (sistemáticamente negada por el prestigioso hospital de Minnesota), la dieta de la bailarina Erna Carise (presentada como eficaz, divertida y “alcohólica”), la dieta bikini, la de Victoria Principal (que recogía recomendaciones tan absurdas como contraindicarla durante la menstruación), las dietas disociadas, la dieta de los astronautas (que daba a cada alimento un valor numérico y, al cabo del día, no se podía sobrepasar una determinada puntuación), la de la sopa quemagrasa, la de los huevos y así hasta casi un centenar de dietas malsanas, sensacionalistas e inútiles.

Decía Francisco Grande Covián, nuestro eminente especialista en nutrición: “Si de verdad hubiera una dieta que hiciera adelgazar sin esfuerzo, no saldría una nueva cada año”.

Bibliografía

- Cuatrecasas G, Foz M y Formiguera X. Obesidad: concepto, clasificación y métodos de evaluación. *Jano*, 2.002; 62 (1418): 353-4.
- Bray G. Evaluación de la obesidad. ¿Quiénes son obesos? *Postgraduate Medicine*, 2.005; 12 (3): 21-32.
- Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO). Consenso SEEDO 2000 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica. *Med Clin (Barc)*, 2.000; 115: 587-597.
- Aranceta J, Pérez C, Serra LI et al. Prevalencia de la obesidad en España: resultados del estudio SEEDO-2.000. *Med Clin (Barc)*, 2.003; 120 (16): 608-12.
- Aranceta J, Serra LI, Foz M y Moreno B. Prevalencia de obesidad en España. *Med Clin (Barc)*, 2.005; 125 (12): 460-6.
- Gutiérrez-Fisac JL. Epidemiología de la obesidad. *Jano*, 2.002; 62 (1418): 355-62.
- Álvarez EE y Vioque J. Ganancia de peso a lo largo de la vida adulta. *Med Clin (Barc)*, 2.001; 117: 172-74.
- Jiménez-Cruz A, Bacardí-Gascón M y Pérez-Morales ME. Obesidad infantil. *Rev ROL Enf*, 2.004; 27 (2): 121-6.
- Gutiérrez-Fisac JL. Obesidad y nivel socioeconómico. *Med Clin (Barc)*, 1.998; 110: 347-355.
- Resemer X, Fernández-López JA y Alemany M. Fisiopatología de la obesidad. *Jano*, 2.002; 62 (1418): 365-71.
- Santi MJ, Barba A y Mangas A. Bases moleculares de la obesidad: regulación del apetito y control del metabolismo energético. *Med Clin (Barc)*, 2.001; 117 (12): 463-76.
- Sánchez-Villegas A, Martínez-González MA, Toledo E, Irala J y Martínez JA. Influencia del sedentarismo y del hábito de picar entre horas sobre la ganancia de peso. *Med Clin (Barc)*, 2.002; 119 (2): 46-52.
- Granollers R. Control de la población obesa. *Rev ROL Enf*, 2.001; 24 (5): 271-6.
- Carrillo M y Barbany M. Tratamiento y prevención de la obesidad. *Jano*, 2.002; 62 (1419): 431-7.
- Goday A. Fórmulas magistrales para el tratamiento de la obesidad, ¿la historia interminable? (Editorial). *Med Clin (Barc)*, 1.998; 110: 215-216.
- Arrizabalaga JJ, Masmiquel LI, Vidal J, Calañás A, Díez MJ, García PP et al. Recomendaciones y algoritmo del tratamiento del sobrepeso y de la obesidad en personas adultas. *Med Clin (Barc)*, 2.004; 123 (3): 104-10.