



Entienda la obesidad para combatirla (III)



Imágenes tomadas de: www.corbis.com

La obesidad se debe a un desequilibrio entre la cantidad de energía consumida y la cantidad de energía gastada en reposo por el metabolismo, la absorción, el almacenamiento de nutrientes y la actividad física.

Los factores genéticos y de comportamiento, que afectan el balance energético, contribuyen al desarrollo de la obesidad. El papel de la nutrición en el balance energético ha sido objeto de mucha investigación (1-7).

Elección de la dieta correcta

Qué decir a los pacientes que preguntan sobre la dieta ideal sigue siendo un tema difícil para el profesional de la salud. Más aún, cuando abunda tanta información sin fundamento científico y tantos personajes

sin la formación académica necesaria, que prometen resultados inmediatos (1).

Los resultados de pérdida de peso de cualquier tipo de dieta se deben fundamentalmente a la restricción del consumo de energía o de calorías. Sin embargo, el profesional de la salud debe darse cuenta de que la pérdida de peso no debe ser la única meta, sino la adopción y el mantenimiento de conductas saludables para toda la vida.

La selección de la composición de la dieta más adecuada para una persona implica mirar más allá del cambio de peso para determinar qué otros beneficios se obtendrían probablemente con cambios en la composición de la dieta.

La forma en la que estos cambios se pueden implementar y si se pueden mantener a largo plazo son también consideraciones importantes que deben tenerse en cuenta a la hora de prescribir una dieta baja en calorías (1).



Imagen tomada de: www.corbis.com

Dietas populares

A pesar de que un sinnúmero de dietas “revolucionarias” se muestran como formas más rápidas, milagrosas y fáciles de perder peso, una reciente revisión científica de las más populares, mostró que las que restringen el consumo calórico, sin importar su composición, hacen perder peso (8).

Un ensayo clínico aleatorio que comparó cuatro de los más populares planes de dietas comerciales (At-

kins, Ornish, Wight Watchers y la Dieta de la Zona) encontró niveles similares de pérdida de peso, reducción de los factores de riesgo cardíaco y la no adherencia a la dieta (9). Ningún patrón de dieta estudiado fue estadísticamente más eficaz que otro.

En el NutriUCaldas 09 se planteó que para perder un kilogramo de peso semanal, había que reducir mil kilocalorías diarias y para perder una libra, 500 kilocalorías diarias.

Vale la pena aclarar que **la dieta baja en calorías o hipocalórica sólo debe usarse para movilizar grasas acumuladas en el cuerpo y debe ser completa o adecuada en nutrientes.** El licor y los alimentos ricos en azúcar deben evitarse, por ser fuentes innecesarias de calorías.

Dietas para adelgazar: mitos y realidades

A continuación le explicamos algunos aspectos de las dietas, que le ayudarán a deducir qué tan efectivas son las populares y qué tanto cumplen con los cuidados necesarios, dado que se aplican igual para todo tipo de persona o se distribuyen indiscriminadamente.

1) Programas de dietas con fórmulas y sustitutos de las comidas

- Se proponen para que con una bebida, barra, maltada o batido se reemplace una o varias de las comidas del día.
- Normalmente contienen alta cantidad de proteínas con suplementos de vitaminas, minerales y ácidos grasos esenciales; en algunos casos incluyen fibra para producir saciedad.
- Son bajas en calorías.
- Se requiere orientar a la persona para que luego sea capaz de volver a las comidas habituales sin riesgo de incrementar mucho las calorías.

- La desventaja es que por la poca variedad de sabores (monotonía) pueden causar rechazo en el mediano plazo y que no siempre se acompañan de educación nutricional adecuada para mantener el impacto deseado.

2) Programas comerciales

- Son propuestas asistidas generalmente por un equipo de salud en un establecimiento con asistencia supervisada. No son muy comunes en Colombia.

- Requieren la presencia de un equipo interdisciplinario: médico, nutricionista, educador físico y psicólogo, como mínimo (10-11).

- Pueden ser ambulatorios o con hospitalización.

- Son ideales para el paciente obeso, pero son costosos y su éxito dependerá de la identificación del problema que genera la ansiedad en el comer.

- Se debe seguir acompañando al paciente durante el tiempo que lo requiera para mantener un peso saludable.

- Entre los más mencionados se encuentra *Weight Watchers* (12).

3) Restricción extrema de calorías y ayuno

- Las Dietas de Muy Bajas Calorías (DMBC) son las que aportan menos de 800 kilocalorías/día, mientras que las de inanición o ayuno aportan menos de 200 kilocalorías/día (equivalente a 4 cucharadas de azúcar común).

- El ayuno rara vez se prescribe como tratamiento y se ha observado, entre otras medidas, cuando el paciente desesperado opta por él para adelgazar rápidamente.

- Muchas veces lo que empieza como ayuno desesperado termina en anorexia nerviosa como trastorno alimentario (13).

- Exigen una estricta vigilancia médica y sólo se recomiendan en casos de obesidad extrema (IMC mayor de 30 kg/m²) cuando los intentos anteriores por bajar de peso -dietéticos y con psicoterapia- han fallado.

- Su uso se ha practicado por un lapso de 12 a 16 semanas.

- Su principal ventaja es la rápida disminución de peso, pero las desventajas son mayores:

> Incremento de cuerpos cetónicos en orina compitiendo con la excreción del ácido úrico.

> Elevación sérica de colesterol.

> Intolerancia al frío.

> Fatiga, nerviosismo y euforia.

> Estreñimiento o diarrea.

> Sequedad de la piel y pérdida del cabello.

> Anemia e irregularidades menstruales (14,3).

- En las personas que han perdido peso con estas dietas la limitación del consumo diario de grasas y el mantenimiento de la actividad física son necesarios para la prevención de la recuperación del peso perdido (4).

- Vale la pena aclarar que las grasas son necesarias para la vida de los seres humanos, por tanto se reduce su consumo pero no se suprime.

4) Dietas bajas en carbohidratos y altas en grasas y proteínas

- El origen animal de las proteínas indica que la ingesta de grasas saturadas y de colesterol es alta.

- Aunque se caracterizan por elevar la cantidad de cuerpos cetónicos, su nivel no logra disminuir el apetito.

- Existen diversas dietas con este principio: las que aportan menos de 20% de las calorías provenientes de carbohidratos (Atkins, New Diet Revolution y The Carbohydrate Addict's Diet); las que suministran hasta 40% de las calorías provenientes de carbohidratos (la Zone, South Beach Diet), e incluyen una generosa cantidad de frutas, fibra y vegetales frescos.

- Se controlan las grasas saturadas y se suministra cantidad adecuada de grasas monoinsaturadas y poli-insaturadas.

- La reducción de peso se logra por la disminución en las calorías (5,8,15).

5) Dietas con equilibrio de nutrientes y bajas en calorías

- Son las típicas dietas elaboradas por los nutricionistas dietistas.

- Buscan limitar de manera concertada las calorías, para lograr la pérdida de peso, pero garantizan el aporte de la mayoría de los nutrientes necesarios para la vida.

- Eliminan el alcohol y los azúcares concentrados para permitir otros alimentos que aporten nutrientes importantes.

- Incluyen todos los grupos de alimentos y se planifican de acuerdo a los hábitos alimentarios del paciente y su nivel socioeconómico.

- Después de la dieta baja en calorías se debe planificar la dieta de mantenimiento del peso para no recuperar lo perdido. Sin ello no hay ninguna garantía de éxito a largo plazo (8).

6) Dietas altas en grasa y en proteínas sin carbohidratos

- Llamadas popularmente como dietas de las carnes o cetogénicas, se planifican sin ningún alimento que

contenga carbohidratos: harinas, productos de panadería, cereales, pastas, frutas, vegetales, azúcares, leche, yogur, plátanos y tubérculos.

- Admiten el consumo de huevos; embutidos; todo tipo de carnes; grasa y aceites; tocino; mayonesa, y queso crema o quesos variados.

- Su objetivo es llevar al organismo a producir energía a partir de las grasas acumuladas en el cuerpo y a agotar los carbohidratos almacenados en el hígado.

- El nivel de cuerpos cetónicos que produce genera aliento cetónico (a acetona) y produce pérdida del apetito, acompañados de acumulación del ácido úrico y la afectación a los pacientes, por gota.

- Debe evaluarse previamente el perfil lipídico de la persona para decidir si se le prescribe o no este tipo de dieta. La supervisión médica es recomendada (6,7,15,16).

- Después de la pérdida de peso esperada con la dieta cetogénica, se planifica la introducción lenta de alimentos fuente de carbohidratos y se evalúa la respuesta del paciente.

- La actividad física debe acompañar siempre el tratamiento dietético.

Mantenimiento de la pérdida de peso

Contrario a lo que se piensa comúnmente el mantenimiento de la pérdida de peso puede lograrse. 14 Las tres estrategias más frecuentemente utilizadas para el mantenimiento del peso incluyen una dieta baja en grasas, un constante y elevado nivel de actividad física y pesarse con frecuencia (17-19).

En conclusión, cualquier dieta baja en calorías, sin que sea elaborada por un nutricionista dietista y que se publique o se distribuya indiscriminadamente, puede llevarlo a perder peso. Sin embargo, hay que preguntarse ¿cuál es el costo para su salud?



Imagen tomada de: www.corbis.com

Este tipo de dietas pueden generar caída de cabello, alteraciones en la piel por deficiencia de ácidos grasos esenciales o pérdida de músculo por ayunos prolongados. También es posible que impliquen sacrificar el crecimiento, si se trata de niños o adolescentes, o daños al feto si hay embarazo.



Imagen tomada de: www.corbis.com

Recomendaciones finales

- La mejor combinación para prevenir y controlar la obesidad es:

Una dieta adecuada en cantidad y en calidad orientada por un nutricionista + actividad física orientada por un educador físico durante dos horas diarias acumuladas.

Las dos horas incluyen el tiempo que gasta en caminar o en moverse diariamente. También equivalen a caminar hasta 10 mil pasos diarios, contados con un podómetro.

- Recuerde también que después de una dieta baja en calorías debe cumplir con un plan de mantenimiento del peso, para evitar un incremento mayor al que tenía previamente (efecto yo-yo).

- Cuando se presente el efecto meseta (aparente detención de la pérdida de peso cuando esté con dieta hipocalórica) debe incrementar la actividad física.

- Dude siempre de los resultados milagrosos o mágicos que le ofrezcan para bajar de peso.

- Asegúrese de que la persona que le ofrece el tratamiento para bajar de peso tenga la formación universitaria exigida para proteger su salud y responderle por los posibles daños ocasionados.

- El tratamiento farmacológico para reducir el peso es de exclusivo manejo médico ¡No se automedique!

Las ayudas "naturales", (como el Chitosán, Cromo, DHEA, Garcinia cambodia, Ma huang, Senna, Ginseng, ácido linoleico conjugado, glucomanano, té verde, L-carnitina, Psyllum, piruvato, hierba de San Juan y espirulina) que se ofrecen en sitios comerciales para bajar de peso, deben ser consumidas sólo después de revisar su contenido y su eficacia en sitios científicamente avalados, pues los datos existentes sobre su eficacia son contradictorios e insuficientes.

- ¡No crea en todo lo que le dicen!

*** En el próximo NutriUCaldas hablaremos del índice glicémico de los alimentos para ayudarle a controlar su glucemia y la sensación de hambre.**

Referencias bibliográficas

1. Pruitt J, Bensimhon D, Kraus W. Nutrition as a contributor and treatment option for overweight and obesity. *American Heart Journal* 2006;151(3): 628-632.
2. Wijers SL, Saris WH, van Marken Lichtenbelt WD. Recent advances in adaptive thermogenesis: potential implications for the treatment of obesity. *Obes Rev*. 2009;10(2):218-26.
3. Yancy WS Jr, Olsen MK, Guyton JR, Bakst RP, Westman EC. A low-carbohydrate, ketogenic diet versus a low-fat diet to treat obesity and hyperlipidemia: a randomized, controlled trial. *Ann Intern Med*. 2004;140(10):769-77.
4. Pirozzo S, Summerbell C, Cameron C, Glasziou P Advice on low-fat diets for obesity. *Am J Clin Nutr*. 2009;90(1):23-32.
5. Brinkworth GD, Noakes M, Buckley JD, Keogh JB, Clifton PM. Long-term effects of a very-low-carbohydrate weight loss diet compared with an isocaloric low-fat diet after 12 mo. *Cochrane Database Syst Rev* 2002;(2):CD003640.
6. Bravata DM, Sanders L, Huang J, Krumholz HM, Olkin I, Gardner CD, Bravata DM. Efficacy and safety of low-carbohydrate diets: a systematic review. *JAMA* 2003;289(14):1837-50.
7. Tay J, Brinkworth GD, Noakes M, Keogh J, Clifton PM. Metabolic effects of weight loss on a very-low-carbohydrate diet compared with an isocaloric high-carbohydrate diet in abdominally obese subjects. *J Am Coll Cardiol*. 2008;51(1):59-67.
8. Freedman MR, King J, Kennedy E. Popular diets: scientific review. *Obes Res* 2001;9:1S-40S.
9. Dansinger ML, Gleason JA, Griffith JL, et al. Comparison of the Atkins, Ornish, Weight Watchers, and Zone diets for weight loss and heart disease risk reduction. *JAMA* 2005;293: 43-53.
10. Tate DF, Wing R, Winett R. Using Internet technology to deliver a behavioral weight loss program *JAMA* 2001;285:1172.
11. Rothert K, Strecher VJ, Doyle LA, Caplan WM, Joyce JS, Jimison HB, Karm LM, Mims AD, Roth MA. Web-based weight management programs in an integrated health care setting: a randomized controlled trial. *Obesity* 2006;14:266.
12. Tsai AG, Wadden TA. Systemic review: an evaluation of major commercial weight loss programs in the United States. *Ann Intern Med* 2005;142:56.
13. Perdereau F, Faucher S, Wallier J, Vibert S, Godart N. Family history of anxiety and mood disorders in anorexia nervosa: review of the literatura. *Eat Weight Disord*, 2008;3:1-13.
14. Gilden TA, Wadden TA. The evolution of very-low-calorie diets: an update and meta-analysis. *Obesity* 2006;14:1283.
15. Foster GD, Wyatt HR, Hill JO, Makris AP, Rosenbaum DL, Brill C, Stein RI, Mohammed BS, Miller B, Rader DJ, Zemel B, Wadden TA, Tenhave T, Newcomb CW, Klein S. Weight and metabolic outcomes after 2 years on a low-carbohydrate versus low-fat diet: a randomized trial. *Ann Intern Med*. 2010;153(3):147-57.
16. Hession M, Rolland C, Kulkarni U, Wise A, Broom J. Systematic review of randomized controlled trials of low-carbohydrate vs. low-fat/low-calorie diets in the management of obesity and its comorbidities. *Obes Rev*. 2009;10(1):36-50.
17. McGuire MT, Wing RR, Hill JO. The prevalence of weight loss maintenance among American adults. *Int J Obes Relat Metab Disord* 1999;23:1314-9.
18. Poirier P, Després JP. Exercise in weight management of obesity. *Cardiol Clin*. 2001;19(3):459-70.
19. McGuire MT, Wing RR, Klem ML, Hill JO. Behavioral strategies of individuals who have maintained long-term weight losses. *Obes Res* 1999;7:334-41.

