

Artículo original

Tratamiento de la obesidad mediante una estrategia estructurada y sistematizada de autovigilancia

Cuahtémoc Acoltzin,¹ Elizabeth Rabling,² Leticia Marcial³

¹ Médico Cirujano, Cardiólogo, Maestro en Ciencias Médicas.

² Bióloga. ³ Enfermera, Universidad de Colima

Resumen

Planteamiento: ¿Una estrategia estructurada y sistematizada de tratamiento reduce la obesidad? **Material y métodos:** Observación sobre 201 obesas, con índice de masa corporal (IMC) de 27 kg/m² o más, seguidas un año, con estrategia organizada, supervisada y estricta, ayudada por impresos y supervisión personal, para convencerles de modificar su alimentación, enseñarles a comer cuidando el contenido de calorías de cada alimento y vigilar el comportamiento ponderal y el bienestar. **Resultados:** Bajaron de peso 53.2%, no variaron 6.6%, subieron 40.2%. 123 mujeres: bajaron 59.3%, no variaron 6.6%, subieron 34.1%. 78 varones: bajaron 43.5 %, no variaron 6.5%, subieron 50.0%. Rango de reducción: 11 kg; mediana: 1.6 a 2.5 kg; moda: 500 g a 1.5 kg. Algunas redujeron 6.8 kg en tres meses, pero redujeron más tardíamente (11.5 kg) ante IMC de 27 y 28. **Conclusión:** Nuestra estrategia sirve a más de la mitad de las personas, especialmente mujeres; es mejor ante menor IMC y persiste al menos un año.

Palabras clave: Obesidad, dieta voluntaria,

Summary

Introduction: Does a structured and systematized treatment strategy reduce obesity? **Methods:** 201 obese patients, with body mass index (BMI) of 27 kg/m² or higher, participated in a strict, organized and supervised strategy, receiving printed material and personal supervision to help them modify their eating habits, to show them how to eat in regard to the caloric content of each food and to supervise their weight-related behavior and well-being. **Results:** 53.2% lost weight, 6.6% had no change, and 40.2% gained weight. 123 women: 59.3% lost weight, 6.6% had no change, and 34.1% gained weight. 79 men: 43.5% lost weight, 6.5% had no change, and 50% gained weight. Reduction range: 11 kg; Mean: 1, 6 to 2.5 kg; mode: 500 to 1.2 kg. Some patients lost 6.8 kg in three months, but

later lost (11.5) when having a BMI of 27 and 28. **Conclusion:** Our strategy was beneficial to more than half subjects, especially women. The results were better, the lower the BMI, and when followed for at least a year.

Key words: Obesity, self-control diet.

Planteamiento

¿Se puede controlar la obesidad mediante estrategia sistematizada de tratamiento?

Material y métodos

Se siguió a 201 personas obesas, con IMC mayor de 27 kg/m², y a 109 con IMC mayor de 30 kg/m², durante un año. Fueron atendidas con una estrategia organizada, supervisada y estricta para convencerlos de modificar su alimentación, enseñarlos a comer, cuidando el contenido de calorías de cada alimento y vigilar el comportamiento de la curva ponderal y su bienestar, con ayuda de impresos y supervisión personal, que incluye: 1. Educación nutricional y orientación dietética. 2. Listado de alimentos ordenados según su valor nutritivo. 3. Recetas de cocina de platillos de magnífica presentación, gusto, bajo aporte calórico y costo accesible. 4. Seguimiento gratuito de vigilancia ponderal. 5. Consejo periódico para aclarar dudas de alimentación y corregir errores de dieta. 6. Recordatorios personalizados y enviados por correo para pacientes renuentes.

El IMC se calculó dividiendo el peso de la persona entre su estatura expresada en metros y elevada al cuadrado. El seguimiento se hizo con citas trimestrales. Se contaron los casos que bajaron de peso, los que no variaron y los que subieron hasta el término del seguimiento y se calcularon porcentajes. Se aplicó la prueba χ^2 para buscar asociación del resultado con IMC de entrada, o con el sexo, con valor alfa 0.05. Se identificaron: rango, mediana y moda de reducción ponderal expresados en clases.

Cuadro 1. Resultados de tratar a personas con IMC mayor de 27 kg/m².

	Todos %	Mujeres (%)*	Varones (%)*
Bajaron	107 (53.2)	73 (59.3)	34 (43.5)
No variaron	13 (6.6)	8 (6.6)	5 (6.5)
Subieron	81 (40.2)	42 (34.1)	39 (50.0)
Total	201(100.0)	123 (100.0)	78 (100.0)

IMC = Índice de masa corporal. *RR: 1.03 < 1.36 < 1.81, P = 0.02 entre sexos

Resultados

La mayoría de las personas atendidas bajaron de peso, un elevado porcentaje aumentó y pocos permanecieron sin cambio. La reducción ponderal no se asocia con IMC previo, pero sí se asocia con sexo femenino, en especial ante IMC previo menor de 29 kg/m² (cuadro 1).

De quienes bajaron de peso, 93.3% disminuyeron entre 500 g y 11.5 kg. Con moda de 500 g a 1.5 kg y mediana de 1.6 a 2.5 kg. Así, 49.7% de estas personas bajaron entre 2.5 y 11.5 kg.

En los primeros tres meses de seguimiento hubo personas que redujeron hasta 6.8 kg, pero se apreció que la mayor reducción ocurrió de manera tardía, con 11.5 kg.

También se observó que las tres mejores reducciones ocurrieron en personas con IMC previo de 27 y 28 kg/m².

Discusión

Con esta estrategia estructurada y sistematizada para el tratamiento de la obesidad, más de la mitad de mujeres disminuyeron de peso en un lapso de un año, y poco menos de la mitad de varones también lo lograron. La mayoría bajó entre 500 g y 1.5 kg aunque la mediana fue entre 1.6 y 2.5 kg. Así, casi la mitad del grupo bajó entre 2.5 kg y 11.5 kg. El resultado satisface porque se puede comparar con lo que se ha obtenido empleando medicamentos de efectividad aceptada. Por ejemplo: Padwal revisó 11 estudios (n = 6021) de tratamiento de obesidad con Orlistat (120 mg X 3) y tres (n = 929) con sibutramina (15 a 20 mg diarios). Entre 70% y 80% fueron mujeres. Los resultados se compararon contra placebo: en el primer estudio, el placebo consistió en consejos de dieta y educación y se les prescribió ejercicio; en el segundo sólo les dieron consejos escritos respecto a la dieta. Después de un año –o más– la reducción media del grupo de orlistat fue de 2.7 kg; en el de sibutramina la reducción media fue de 3.4 kg. Desertaron 33% de quienes recibían orlistat y 43% con sibutramina.¹

Aquí las deserciones fueron virtuales pues aunque continuaron el seguimiento, un elevado porcentaje no varió su peso o lo aumentó.

Es importante que el tratamiento resulte fácil y confiable porque la obesidad es un hallazgo frecuente en la consulta médica que debe ser atendida por médicos generales y especialistas, pues según Manson y Bray, representa un factor de riesgo de cardiopatía coronaria, muerte súbita, hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, cáncer endometrial, cáncer mamario posmenopáusico, cáncer de próstata, cáncer colorrectal, enfermedades de la vesícula biliar, apnea del sueño, artrosis y acantosis nigricans; además, se relaciona con alteraciones hormonales de insulina, tiroides, cortisol, andrógenos y testosterona.^{2,3}

El resultado será incierto porque, en general, el tratamiento no es aceptado ya que el individuo obeso no tiene conciencia de enfermedad, salvo cuando el grado de obesidad es muy importante; es más, con frecuencia la gordura es vista como expresión de prosperidad y bienestar. Las personas que aceptan tratarse, pocas veces alcanzan su peso ideal y con frecuencia desertan y recaen.⁴⁻⁸

Hemos diseñado esta estrategia para enfrentar la importante prevalencia de obesidad en cardiópatas.⁹

Los esquemas de alimentación recomendados para el tratamiento de la obesidad limitan el aporte de calorías entre 20 y 30 kcal por kg de peso ideal, se restringe el aporte de grasas hasta el 25%, y se apoya en carbohidratos de los que se permiten entre 50 y 60% del total de calorías. Los cálculos necesarios para diseñar y elaborar los menús diarios resultan difíciles, por lo que obligan a la persona a depender del consejo cotidiano de expertos en nutrición; también es difícil de superar el rechazo de la familia que no acepta los alimentos recomendados.

La estrategia empleada es un sistema de educación personalizado que empieza invitando a comer menos. Se aclara que la recomendación no se refiere únicamente a la cantidad de alimento consumido en cada comida sino que hay que vigilar el contenido calórico de cada producto que se come. Se enseña el contenido de calorías de grasas, proteínas e hidratos de carbono, lo que se ilustra con listas ya elaboradas que incluyen 185 alimentos calificados como: más de 200, entre 100 y 200, y menos de 100 calorías; se compara el contenido calórico de algunos alimentos de consumo diario (ej: los cacahuates y la fruta) y se invita a escoger aquellos que aportan menos y omitir los que aportan más. Hay otra lista con 28 productos calificados como portadores de grasa oculta (porque se elaboran con grasas) y se recomienda no frecuentarlos. Se dan consejos para cambiar de actitud al enfrentar oportunidades de comer, algunas inevitables (ej: Dirá ¡NO! si se le ofrece comida cuando va a comprar; o... declinará repetir, servirse nuevamente). Se sugiere aprovechar toda ocasión para ejercitarse y hacer una rutina de deporte. Se establecen metas y se recomienda pesarse en seguimiento y consejo telefónico sin costo.

Si se logra fijar la atención del paciente, se observará su evolución y se podrá decidir agregar medidas terapéuticas

adicionales que potenciarían el resultado. En caso de pérdida, se puede reforzar la intención con mensajes telefónicos o por correo.

Conclusión

La elaboración de una estrategia sistematizada para el control de la obesidad demuestra ser útil en un poco más de la mitad de los pacientes, especialmente mujeres; su efecto es persistente al menos por un año, y resulta especialmente útil en personas con menor índice de masa corporal.

Ponemos a disposición de los lectores el material gráfico de que disponemos, el que entregaremos a solicitud.

Agradecimientos

Hacemos patente nuestra gratitud a la Sra. Justi Gould de Pineda por su valiosa ayuda en la traducción del resumen.

Referencias

1. Padwal R et al. Long-term pharmacotherapy for overweight and obesity: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *International Journal of Obesity* 2003; 27: 1437-1446. <http://www.jrz.ox.ac.uk/bandolier/band121-5.htm> o. www.jra.
2. Manson JE, Colditz GA, Stamfer MJ, Willet WC, Rosner B, Monson RR, Speizer FE, Hennekens Ch H. Estudio prospectivo sobre obesidad y riesgo de cardiopatía coronaria en mujeres. *N Engl J Med* 1990; 322: 882-889.
3. Bray GA. Obesidad. En: Harrison. Principios de medicina interna. 14a ed. México, McGraw-Hill editores, S.A. de C.V. 1999: 515-524.
4. Ramos CA. Obesidad, conceptos actuales. 2a. edición, México. Página electrónica S.A. de C.V. 1995: 17-29.
5. Bennet W. Dietary treatment of obesity. *Ann NY Acad Sci* 1987; 499: 250-63.
6. Cogan JC, Rothblum ED. Outcomes of weightloss programs. *Gent Soc Gen Psychol Monogr* 1992; 118: 385-415.
7. DePue JD, Clark MM, Reggeiro L Medeiros ML, Pera V Jr. Maintenance of weight loss: a need assessment. *Obes Res* 1995; 3: 241-8.
8. Stern JS, Hirsh J, Blair SN et al. Weighting the option: criteria for evaluating weight-management programs. The Committee of Develop Criteria for Evaluating the Outcomes of Approaches to Prevent and treat Obesity. *Obes Res* 1995; 3: 591-604.
9. Rabling E, Marcial L, Acoltzin C. Incidencia de obesidad en la población de un consultorio de cardiología de la ciudad de Colima y estrategia sistematizada de atención al paciente obeso. II Foro Regional VI Foro Estatal de Investigación en Salud. Colima 1999.