

INTRODUCCIÓN

Es obvio que en los países occidentales existe una discriminación social del obeso. Las tasas de mortalidad son más elevadas en el obeso que en las personas de peso normal, independiente de su edad.

La obesidad es un exceso de grasa corporal en relación con el peso estándar, que viene dado fundamentalmente por la talla, el sexo y la edad. Actualmente es considerada la causa principal de diversas patologías, tanto metabólicas (diabetes, hipertensión, hiperlipidemias) como motoras (artrosis, trastornos circulatorios), se la relaciona también con algunos problemas psíquicos. Según las estadísticas de Stunkart y cols., en las clases socioeconómicas más elevadas la obesidad no alcanza a más de un 5% de los individuos, mientras que en los estratos más bajos afecta a un 30%.

Este hecho puede estar relacionado con la mayor cantidad de alimentos glucolipídicos que, debido a su menor coste, son consumidos por este colectivo.

De hecho la American Heart Association ha establecido que *la obesidad es el principal factor de riesgo modificable de enfermedad cardíaca*, por lo tanto, la alta prevalencia de obesidad y su asociación con complicaciones importantes, supone un problema de salud y alto coste sanitario.

Datos de la Sociedad Española para el estudio de la obesidad (SEEDO 2000), nos informa que el 13,4% de la población general entre 25 y 60 años tienen IMC >30kg/m², 11,5% en hombres y 15,2% en mujeres, y especialmente de sobrepeso superando la mitad de la población detectada en España¹.

El riesgo metabólico de la obesidad se debe de forma importante a la distribución del tejido adiposo, siendo también mayor en la obesidad abdominal.

Por ejemplo la obesidad se asocia a menudo a la diabetes tipo 2 (75% de diabéticos tipo 2 son obesos). También se ha relacionado el predominio de grasa corporal



Foto 1

central con la hipertensión arterial, aumento de lípidos plasmáticos, accidentes vasculo-cerebrales, infarto de miocardio, síndrome de apneas del sueño.

El estudio Framingham resalta el peso corporal como factor de riesgo independiente para la cardiopatía isquémica, favorecedor de otros factores de riesgo.²

El incremento del riesgo cardiovascular experimentado por la mujer en la postmenopausia es multifactorial, apareciendo 10 años más tarde que en el hombre. Los cambios ocurridos a nivel metabólico, tienen un papel relevante. Las alteraciones hormonales que la caracterizan van a dar lugar a una serie de problemas, en los que se incluye el sobrepeso o la obesidad.

El déficit estrogénico acontecido durante la menopausia conduce a una redistribución de la grasa corporal, con tendencia a acumularse a nivel visceral y abdominal, lo que provoca alteraciones en el perfil lipídico y una mayor resistencia a la insulina, aumentando el riesgo de padecer diabetes mellitus (DM) y enfermedad cardiovascular.

Concretando, la obesidad se relaciona con un aumento de la incidencia de la DM, la hipertensión arterial y la dislipemia configurando lo que denominamos síndrome metabólico³ situación asociada a un elevado riesgo cardiovascular. Por tanto está más que justificado la labor que enfermería tiene en este campo de la educación, sea a nivel hospitalario como ambulatorio, deberíamos ser conscientes del beneficio que podemos aportar mediante nuestro consejo, educación, y habilidades para superar la resistencia al cambio.

Debemos saber, que no será nada fácil conseguir cambios en el comportamiento de las personas con sobrepeso u obesas, pues intervienen factores sociales, educacionales, y malos hábitos arraigados en el tiempo; identificar las barreras con las que nos vamos a encontrar es básico, y nos servirá de gran utilidad en cuanto al mantenimiento de los nuevos hábitos adquiridos por el paciente.

La mayoría de tratamientos propuestos en obesidad, apuntan a la pérdida de peso aisladamente, perdiendo la posibilidad de construir hábitos saludables y mejorar la calidad de vida, bajar de peso no es lo único, verlo de esta manera condena al fracaso.

Proponemos abordar el tema, tomando en cuenta a la persona, íntegramente, con sus emociones su lenguaje, su mundo de intereses y relación, sirviéndonos de herramientas tales como la entrevista motivacional^{4,5} que contempla lo antes mencionado, y avalada por diversos ensayos clínicos, en los cuales se empleo este tipo de entrevista para conseguir el cambio, encontrándose mejoras significativas en cuanto al IMC, colesterol total, y presión sistólica, además de ayudar al paciente a saber tomar sus propias decisiones y responsabilidades, frente a los diversos tratamientos actuales, mediante las herramientas necesarias que se le proporcionaran.

<http://www.mpg.es/archivos/media/guias/guia-clinica-obesidad.pdf>

Etiología y fisiopatología

La causa de la obesidad es un balance energético positivo, que puede ser consecuencia de uno o varios factores interrelacionados, como: Factores genéticos, se han identificado varios genes implicados en la aparición de obesidad aunque no queda muy claro su mecanismo de acción.

Factores ambientales, el aumento de la ingesta en un momento determinado de forma persistente, la reducción de la actividad, los malos hábitos alimentarios, el abuso de alimentos ricos en calorías pueden desencadenar sobrepeso y obesidad sin necesidad de comer en exceso.

Factores psíquicos tales como depresión, ansiedad, que pueden influir sobre el apetito.

La obesidad endocrina que afecta a menos del 5% de los obesos. Su tratamiento es hormonal, siendo ejemplos de este tipo de obesidad el hipotiroidismo, el síndrome de Cushing, el hipogonadismo, la obesidad asociada a síndromes genéticos, Síndrome de Prader-Willi, de Carpenter, y por último el tratamiento prolongado con ciertos medicamentos como pueden ser los antidepresivos, glucocorticoides, insulina y anti-conceptivos orales.

Existen diferentes teorías relacionadas con la fisiopatología de la obesidad, una de ellas es la disminución del metabolismo basal. El gasto energético es más elevado cuando la masa magra es superior con relación a la masa adiposa. Así un obeso que tenga poca masa magra tendrá un gasto energético inferior a un obeso con mayor masa magra, aunque los dos tengan igual peso.

Definición de Objetivos

- Proporcionar las habilidades necesarias para conseguir un cambio en la conducta.
- Lograr que el paciente pierda peso a un ritmo de 0.5 a 1 Kg. por semana, con una dieta equilibrada y adecuada a su patología.
- Conseguir un índice de masa corporal inferior a 25 y un perímetro abdominal inferior a 102 cm en varones y 88 cm en mujeres/ o alcanzar el peso deseado.
- Estabilizar y mantener el peso deseado.
- Apoyar los cambios conductuales conseguidos.

CLASIFICACIÓN DE LA OBESIDAD

Existen varias clasificaciones una de las más utilizadas tiene en cuenta los tipos morfológicos, en cantidad y distribución, la masa grasa del varón y la mujer son diferentes, el varón tiene de un 12-20% de grasa y la mujer de 20-30%.

En la obesidad androide hay una acumulación de masa adiposa en la parte superior del cuerpo, una característica de esta obesidad es la hiperingesta.

En la obesidad ginoide, se observa un aumento de grasa en la parte inferior del organismo, frecuentemente, se observa en la mujer con actividad ovárica.

Algunos autores también clasifican la obesidad en hiperplásica, cuando se inicia en la infancia o adolescencia, en la que hay un aumento del número de adipocitos rebeldes, con ingestas no desmesuradas y con escasas posibilidades de éxito al hacer una dieta para bajar peso.

La hipertrófica, es cuando la obesidad aparece en la edad adulta, en ella hay un aumento del contenido lipídico de las células del tejido adiposo, esta es menos rebelde que la anterior, en general responde bien a la dieta hipocalórica.

OBESIDAD RELACIONADA CON OTROS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR

La relación entre diabetes y obesidad se da en aproximadamente un 80% de pacientes con diabetes tipo 2. La evolución de los obesos sería desarrollar primero una intolerancia a la glucosa y más tarde diabetes tipo 2^{6,7}. El riesgo relativo de diabetes se incrementa en aproximadamente un 25% por cada valor adicional del IMC a partir de los 22kg/m².

Los factores más importantes en la evolución desde la obesidad a la diabetes, son un aumento de la oxidación lipídica y fundamentalmente la duración de la obesidad. El mecanismo de acción de estos eventos se concreta a través de una resistencia a la insulina, la glucosilación de proteínas en el plasma y la oxidación de las LDL. El perfil lipídico del diabético se caracteriza por escasa variación en el colesterol total, disminución del HDL-colesterol, e hipertrigliceridemia.

Diabetes y enfermedad coronaria comparten una serie de factores de riesgo que tienden a agruparse en el mismo individuo: Obesidad central, triglicéridos elevados, niveles bajos de HDL-colesterol, hipertensión arterial, resistencia a la insulina, intolerancia a la glucosa y un estado pro-inflamatorio y pro-trombótico, a toda esta coincidencia de factores se le denomina síndrome metabólico. A este síndrome de orden metabólico, ligado a la resistencia de la insulina, se asocia a un mayor riesgo de enfermedad coronaria⁸.

El perfil lipídico asociado a la obesidad abdominal, hipertrigliceridemia, niveles bajos de HDL-colesterol, aumento de los niveles de apo-lipoproteína B es probablemente el principal factor contribuyente al aumento de enfermedad coronaria en estos pacientes. Combatir la obesidad supone, por tanto, disminuir la resistencia insulínica y prevenir o mejorar el pronóstico de la dislipemia.

La hipertensión arterial es también uno de los principales factores de riesgo cardiovascular. Existe una correlación entre obesidad y presión arterial⁹.

La disminución de peso en obesos con hipertensión disminuye la presión arterial. En el estudio Framingham, la obesidad se correlacionaba con un aumento de la masa ventricular izquierda y se ha demostrado que una reducción de un 10% en el peso corporal en un individuo obeso e hipertenso se acompaña no sólo de un descenso en sus cifras de tensión arterial, sino también del grosor de la pared ventricular y de la masa ventricular¹⁰. La combinación de obesidad e hipertensión somete al corazón a una sobrecarga sistólica y diastólica, aumentando el riesgo de desarrollar fallo cardíaco.

Disponemos de suficientes evidencias en la actualidad que ponen de manifiesto la relación directa existente entre exceso de peso corporal y mortalidad de origen cardiovascular.

Enfermedad coronaria y obesidad

Documentado por los estudios de Framingham y Manitoba,^{11,12} la asociación existente entre la obesidad y cardiopatía isquémica tras un período de seguimiento de

26 años, siendo esta asociación más marcada en individuos menores de 50 años. Un IMC alto mostraba una asociación significativa con el desarrollo de infarto de miocardio, insuficiencia coronaria y muerte súbita, esta relación era independiente de la edad, niveles de colesterol, cifras de tensión arterial, tabaquismo, hipertrofia ventricular izquierda, e intolerancia a la glucosa.

En el Nurses'Health Study¹³, una ganancia de peso entre 5y 8kg ya aumentaba el riesgo de enfermedad coronaria, y una ganancia de peso de 20kg o más aumentaba el riesgo en 2,5 veces en comparación con el de las mujeres que mantenían su peso con un rango de 5kg.

CONTROL DE LA OBESIDAD

Dieta

El tratamiento eficaz para la obesidad es la dieta combinada con el incremento del ejercicio. En principio se intenta conseguir un balance energético negativo, la dieta debe hacerse de forma equilibrada, para ello deben rechazarse todas aquellas dietas que supongan un desequilibrio alimentario, además se adaptará a patologías asociadas que el paciente pueda presentar como sería el caso de un paciente obeso, con diabetes, hipertensión y/o dislipemia.

Otro punto a tener en cuenta es que la pérdida muy rápida de kilos, supone una recuperación de peso aún más rápida, cuando se vuelve a una alimentación más rica en energía.

Energía, la reducción deberá ser entre el 10-25% de la energía de su alimentación habitual.

Un ejemplo sería, a un enfermo que consume una dieta de 2.500 kcal/día, puede aplicarse una reducción de 625kcal. El aporte energético debe reajustarse en el transcurso del tratamiento.

Proteínas, asegurar un aporte proteico adecuado por lo contrario podría aumentar la pérdida de la masa activa. Las recomendaciones se cifran entre el 15-20% del aporte energético.

Glúcidos, El aporte de glúcidos debe constituir del 50-55% de las calorías totales aproximadamente, evitando los glúcidos solubles y fomentando los ricos en almidones y fibras. Para realizar una dieta equilibrada, no pueden estar exentos dichos componentes. Las dietas pobres en glúcidos disminuyen el peso a corto plazo, debido a que estos influyen en el equilibrio hídrico del organismo y lo que se reduce son los líquidos.

Lípidos, las recomendaciones son del 30% del aporte energético. Es importante proporcionar pocos ácidos grasos saturados, siendo el 40% de origen animal y el 60% restante de origen vegetal. La relación entre los distintos Lípidos será: 2/3 Insaturados y el tercio restante saturados.

Fibras alimentarias, su ventaja es producir saciedad, a la vez que favorece el tránsito intestinal, y aumentan la excreción de colesterol.

Vitaminas y minerales, cuando las dietas son muy estricta, inferiores a 1.500kcal, deben complementarse con minerales y vitaminas.

Alimentos desaconsejados: azúcar, confituras, jaleas, miel, chocolate, cacao, pastelería, frutos secos, aguacates, aceitunas, carnes grasas, charcutería, conservas de carnes, pescados en aceite y escabeche, caldos grasos purés instantáneos, sopas de sobre, beicon, manteca de cerdo, chicharrones, quesos grasos, quesos fermentados, yogur azucarado, queso fresco con frutas y azúcar, bebidas refrescantes azucaradas, alcohol: cervezas, licores, aperitivos, vinos, etc.

Alimentos permitidos: **Carnes:** buey, ternera, caballo, cerdo magro, carnes desgrasadas, en general.

Aves: pollo, pintada, pavo, paloma.

Caza: Conejo, pescados, moluscos, crustáceos, leche semi-desnatada, yogures sin azúcar, quesos desnatados sin azúcar, huevo.

Verduras en general, frutas frescas, café, té, infusiones.

Aguas minerales, especias y condimentos.

Es de gran importancia recordar que los alimentos permitidos deben consumirse en la cantidad adecuada para no provocar desequilibrios alimentarios.

Como ya se mencionó anteriormente esta dieta se adaptará a patologías asociadas que el paciente pueda presentar como sería el caso de un paciente obeso, con diabetes, hipertensión y/o dislipemia.

Ejercicio físico: eficaz en la prevención y tratamiento de la obesidad, juntamente con las modificaciones dietéticas, favorece el balance energético negativo, al aumentar el gasto, especialmente si dicho ejercicio es aeróbico y se practica de forma regular conseguirá la pérdida del tejido adiposo.

La terapéutica mediante el ejercicio físico adecuado es muy útil en obesos que presentan una disminución de las HDL, en hipertensos, y especialmente en diabéticos pues con el ejercicio aumenta el consumo de glucosa. Desde la vertiente psíquica también es importante ya que actúa como relajante.

El ejercicio se recomendará de manera individualizada, explicando detalladamente las normas a seguir y precauciones a tener en cuenta, así como manera de actuar en caso necesario, según el capítulo que habla sobre ejercicio físico.

Fisioterapia: es aconsejable sobretodo para corregir las malas posturas debidas al sobrepeso.

Psicoterapia: es útil en la modificación de la conducta alimentaria mediante la terapia comportamental, y acompañada de apoyo, este apartado se ampliará en la actuación de enfermería.

ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA

Para obtener buenos resultados es esencial la motivación del paciente.

Si la demanda proviene del propio paciente el resultado puede ser más satisfacto-

rio, que cuando la solicitud es indirecta, presionado por el profesional de la salud o algún familiar.

En cualquier caso para que la dieta sea aceptada, es necesario que las renunciadas que comporta toda restricción sean compensadas de alguna forma. Una motivación importante es la salud.

Los factores de la motivación deben ir reafirmando durante todo el tratamiento, a pesar de ello es frecuente el abandono de la dieta sin llegar al peso deseado.

Será de vital importancia la manera de actuar del profesional de enfermería, que interviene en las visitas para la educación del paciente, que sepa utilizar adecuadamente herramientas tales como la entrevista motivacional, para conseguir cambios en la modificación de hábitos. Diversos estudios nos hablan que enseñando al paciente a tomar sus propias decisiones y a participar de forma activa en todo el proceso, se traduce en un descenso del IMC del paciente y su mantenimiento.

Entrevista motivacional

La entrevista motivacional (EM) es un modelo de entrevista clínica centrada en el paciente que, fundamentalmente, le ayuda a explorar y resolver ambivalencias acerca de una conducta o hábito insano para promover cambios hacia estilos de vida más saludables. Facilita que el paciente se posicione hacia el deseo de cambio¹³. La EM consta de una serie de elementos teóricos y prácticos que tratan de mejorar las habilidades de comunicación de los profesionales, basándose en cinco principios.

- Expresar empatía. Significa aceptar y respetar al paciente pero no, necesariamente, aprobarlo. Implica un cierto grado de solidaridad emocional intentando comprender sus pensamientos y emociones. el sentir que tiene un apoyo emocional resulta muy útil.
- Desarrollar la discrepancia: lograr que el paciente reconozca dónde se encuentra y dónde querría estar respecto al hábito o conducta a modificar. Interesa aumentar su nivel de conflicto.
- Evitar argumentar y discutir con el paciente sobre la conveniencia o utilidad de un cambio porque esto le puede crear resistencia

Las técnicas motivacionales se basan principalmente en el respeto al paciente, a sus creencias y escala de valores.

- Trabajar las resistencias del paciente evitando las actitudes del sanitario que pueden facilitarlas, como: tratar de imponer un cambio por "su bien", plantear implícita o explícitamente que la relación asistencial conlleva la obligatoriedad de un cambio, reñir al paciente ante el no cambio, etc.
- Apoyar y fomentar el sentido de autoeficacia. Creer en la posibilidad de cambiar es un factor motivacional importante, ya que tiene una gran influencia en la capacidad de iniciar una nueva conducta y en mantenerla. Los resultados previos satisfactorios refuerzan la creencia del paciente en su capacidad para conseguirlo y nuestra ayuda aquí puede estar en analizar con él esos resultados potenciando su positividad.

Una buena información no es suficiente para provocar cambios.

Necesitamos aprender a desarrollar habilidades que nos faciliten trabajar la

motivación de los pacientes, para ello recomendamos a modo orientativo el siguiente artículo.

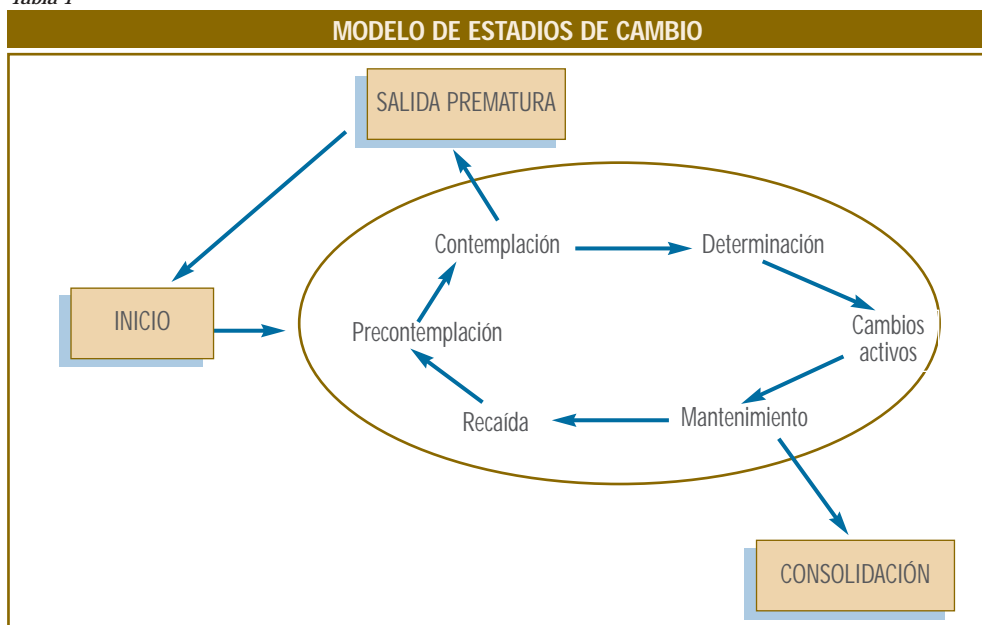
<http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol24/suple2/suple6.html>

La información no es suficiente para provocar cambios, necesitamos aprender a desarrollar habilidades que nos faciliten trabajar la motivación de los pacientes.

Estadios del cambio

Prochaska y Diclemente, estudiando procesos de cambio en las personas, encontraron que aquellas que consiguen una mejora en sus estilos de vida pasan a través de una serie de estadios, cada uno con una actitud mental y un tipo de motivación diferentes. Describieron el modelo de estadios de cambio *Tabla nº1*), también llamado rueda del cambio, donde éstos se sitúan circularmente y no funcionan como etapas en un solo sentido. Refleja la realidad de que, en cualquier proceso de cambio, la persona gira varias veces alrededor del proceso antes de alcanzar un cambio estable.

Tabla 1



La ayuda que el profesional puede ofrecer a sus pacientes consiste en facilitar avances hacia el siguiente estadio, conociendo que tienen necesidades y características diferentes en cada uno de ellos. Podemos identificar en qué fase del proceso se encuentra ayudándole, a ir transitando dentro del círculo hacia el cambio de hábitos y su mantenimiento tal y como se puede apreciar en la *tabla nº2*.

Tabla 2

TAREAS Y ESTRATEGIAS ADAPTADAS A LOS ESTADIOS DEL CAMBIO			
Desviación del peso			
ESTADIOS	TAREAS		ESTRATEGIAS
<ul style="list-style-type: none"> ■ Precontemplativo <i>No ve el problema</i> 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Priorizar el hábito y estadiarlo ■ Elaborar mapa de creencias ■ Trabajar la ambivalencia ■ Evitar y trabajar las resistencias ■ Aumentar la autoeficacia y la automotivación 	EMPATIA	<ul style="list-style-type: none"> ■ Apoyo narrativo ■ Evitar trampas ■ Reconocer resistencias
<ul style="list-style-type: none"> ■ Contemplativo <i>Ve el problema pero con muchas dudas</i> 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Aumentar las contraindicaciones entre lo que hace y lo que desea 	EMPATIA	<ul style="list-style-type: none"> ■ Lo anterior ■ Diario de salud ■ Hoja de balance
<ul style="list-style-type: none"> ■ Determinación <i>Dispuesto a cambiar</i> 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Que el paciente verbalice el compromiso de cambio ■ Ayudar a elegir la mejor estrategia ■ Desarrollar un plan de actuación conjunto 	EMPATIA	<ul style="list-style-type: none"> ■ Hacer sumarios ■ Preguntas activadoras
<ul style="list-style-type: none"> ■ Acción <i>He iniciado el cambio</i> 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Aumentar la autoeficacia ■ Informar sobre otros modelos que hayan tenido éxito 	EMPATIA	<ul style="list-style-type: none"> ■ Apoyo narrativo ■ Preguntas activadoras
<ul style="list-style-type: none"> ■ Mantenimiento <i>Mantiene el cambio</i> 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Prevenir recaídas ■ Aumentar la autoeficacia 	EMPATIA	<ul style="list-style-type: none"> ■ Identificación conjunta de las situaciones de riesgo y elaboración de estrategias para afrontarlas.
<ul style="list-style-type: none"> ■ Recaída <i>Vuelve a la conducta anterior</i> 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Reconstruir positivamente y ayudar a renovar el proceso ■ Aumentar la autoeficacia y la automotivación 	EMPATIA	<ul style="list-style-type: none"> ■ Señalamiento emocional ■ Reestructuración positiva

Medida de la desviación del peso, en la consulta de enfermería

Para conocer la desviación del peso del obeso, se pueden emplear diferentes métodos, aunque el índice de Quetelet o índice de masa corporal (IMC), basado en la relación peso en kg/talla m², es reconocido como referencia Internacional.

$$\text{Índice de Quetelet o IMC} = \text{peso (kg)} / (\text{talla (m)})^2$$

En el adulto se considera actualmente que el intervalo IMC asociado al mínimo riesgo de salud se sitúa entre 18.5 y 24.9 kg/m².

De 25 a 29,9 se trata de sobrepeso, y a partir de 30 estamos ante un caso de obesidad, denominándose obesidad mórbida si es mayor de 40.



Foto 2

Tabla 3

CLASIFICACIÓN DE LA OMS SEGÚN EL IMC	
	IMC
■ Clase 0: Normopeso	< 25
■ Clase I: Sobrepeso	25 - 29
■ Clase II:: Obesidad II	30 - 34
■ Clase III: Obesidad III	35 - 39
■ Clase IV: Obesidad mórbida	≥ 40

Perímetro abdominal

La circunferencia de la cintura es la medida de más utilidad para determinar el contenido de grasa abdominal, definida a partir de valores de circunferencia de cintura >102cm en varones y >88cm en mujeres.

Perímetro abdominal no debe ser superior a 102cm en varones y 88cm mujeres

Medida del perímetro abdominal

- Se realizará con una cinta métrica tradicional.
- El individuo estará en reposo, relajado y de pie.
- Se desabrochará la ropa y el cinturón que pueda comprimir su abdomen.
- Se le solicitará que relaje el abdomen.
- La medida se realizará en el punto medio entre la última costilla y la cresta ilíaca y el ombligo, en el momento en que la persona respira lentamente y expulsa el aire.

Instrucciones para tomar bien las medidas, se pedirá al paciente, que inspire normalmente. Expulse todo el aire y contenga la respiración mientras se mide la cintura. Medir en la zona donde el abdomen se ensancha más. Generalmente, coincide con el ombligo.

Recomendaciones

Antes de proponer una dieta para reducir peso, siempre tendremos en cuenta otras patologías asociadas que el paciente puede presentar, con el fin de adaptarlas a cada necesidad. El nivel económico y cultural también es otro factor a valorar.

- Recomendar el fraccionamiento de la dieta en varias tomas, de 5 a 6 veces por día, ya que mejora la tolerancia a la glucosa y reduce el colesterol plasmático, reduciendo además la necesidad de “picar”.
- Se proporcionará al paciente un menú tipo y una lista de equivalencias, además de la relación de alimentos aconsejados, limitados o prohibidos, acompañado todo ello de la información necesaria para que mantenga una dieta equilibrada y comprobación de su comprensión.

- Cocción de los alimentos. La dieta debe ser variada, dentro de los límites de restricción grasa. La cocción a utilizar debe ser al horno, vapor, hervido, plancha, papillote, preparación con poco aceite.
- Aceite, se debe consumir un total de 2 cucharadas soperas al día debido al aporte de ácidos grasos esenciales que proporciona.
- Agua recomendar ingesta de agua durante y entre comidas, la cantidad a tomar se determinará según cada paciente, valorando otras patologías asociadas. Se remarcará que el agua no engorda y se puede tomar en cualquier momento. Sus beneficios son: aumentar diuresis, mejora del tránsito intestinal, facilita la eliminación de catabolitos por el riñón y previene una posible calculosis renal.
- Se aconsejará comer despacio masticando bien los alimentos. Lavándose los dientes posteriormente, para así evitar el “picar”.



Foto 2

- El control será semanal o quincenal indispensablemente, para obtener buenos resultados. La pérdida de peso debe ser alrededor de 0.5 a 1kg por semana, en las dos primeras semanas la pérdida de peso es más rápida debido a la pérdida de agua y electrolitos. Si el exceso de peso es exagerado, hay que ir haciendo una adaptación de la dieta, ya que el organismo se adapta a la misma y el descenso de peso es nulo, si por el contrario se pierde más peso de la cuenta, se puede aumentar discretamente la dieta.
- Cuando el paciente llega al peso acordado, se inicia la dieta de mantenimiento. La fase de mantenimiento durara entre 8-12 semanas, se basa en un aumento paulatino de la energía hasta alcanzar un equilibrio y conseguir llegar a un punto en que lo que se ingiere no representa un aumento de peso, en esta fase el control del peso se debe intensificar. Llegado este punto el paciente debe haber conseguido, una reeducación de sus hábitos alimentarios, que deben perdurar durante toda su vida, deberá controlar su peso semanalmente con el fin de actuar rápidamente en caso de aumento. Se le informará de que cualquier cambio en sus hábitos de vida puede inducir un aumento de peso
- Invitar al paciente a realizar actividad física de forma regular es fundamental para su salud y le permitirá la recuperación de la masa magra.
- En el caso de que se tome medicación para adelgazar, explicaremos como tomarla, además de cómo actúa y todos los efectos que produce.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA OBESIDAD

Indicaciones de la cirugía bariátrica

En un grado de obesidad: IMC > 40 o IMC entre 35-40, pero que presenten una o más comorbilidades importantes, diabetes², HTA, apneas del sueño.

Fracaso en dos o más intentos previos de pérdida de peso en centros de garantía y con control durante al menos 5-6 meses.

Edad > 18 años y < a 55

Riesgo quirúrgico: no debe ser superior del riesgo de mantenerse en el peso actual. No debe presentar patologías hepáticas, renales, cardíacas, etc.

Cirugía bariátrica tipos

Se denomina cirugía bariátrica a cualquiera de las intervenciones quirúrgicas sobre el aparato digestivo que tienen por objeto la reducción ponderal ó bien obligando a reducir drásticamente el volumen alimentario capaz de ser ingerido, ó provocando mala absorción de alimentos. Técnicas quirúrgicas:

Restrictiva: consiste en crear una zona gástrica muy reducida, de unos 35cc o poco más. La pérdida de peso se consigue a causa de la ingesta de muy bajo volumen, el resto del estómago se separa quirúrgicamente o mediante un grapado, o alguna vez se extirpa.

Malabsortiva: se practica un tipo de cirugía que aísla del tránsito intestinal entre uno y cuatro metros de intestino delgado, de este modo la absorción de los nutrientes es incompleta, eliminándose por las heces una cantidad considerable de glúcidos y lípidos, pero también indeseablemente de proteínas, elementos químicos, esenciales y vitaminas.

Mixtas: combinan las dos técnicas anteriores.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Estos deberían estar siempre prescritos por el profesional de la salud, los actualmente más utilizados son:

Orlistat, que actúa inhibiendo la lipasa pancreática y disminuyendo la absorción de la grasa alimentaria en un 30% aproximadamente, aumentando el número de deposiciones, hay que tener en cuenta la disminución posible de la absorción de las vitaminas liposolubles y otros medicamentos que el paciente este tomando

Sibutramina, es una betafeniletilamina cuya acción es la de inhibir selectivamente la recaptación de serotonina, y noradrenalina. Provocando una disminución del apetito, aumento de la saciedad y consecuentemente una reducción de la ingesta energética. También se produce un aumento de la termogénesis.

Si el paciente esta tomando medicación para su cardiopatía, estos medicamentos serán prescritos por el cardiólogo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Aranceta J, Pérez C, Serra L, Ribas L, Quiles J, Vioque J, Foz M Prevalencia de la obesidad en España: Estudio SEEDO'97. *Med Clin (Barc)* 1998; 111:441-445.
2. Morillas C, Martínez ML, Hernández A. Obesidad y riesgo cardiovascular. Línea de comunicación 2005; 20: 245-250
3. Ford ES, Giles WH, Dietz WH. Prevalence of metabolic syndrome among US adults: findings from the Third National Health and Nutrition Examination Survey. *JAMA* 2002; 287:356-359.
4. Carels RA, Darby L, Cacciapaglia HM, Konrad K, Coit C, Harper J, Kaplar ME, Young K, Baylen CA, Versland A. Psychology Department, Bowling Green State University, Bowling Green, OH 43403, USA.
5. Annette M O'Connor, Dawn Stacey, France Légaré. Coaching to support patients in making decisions needs to be tailored to individuals, and integrated with existing health system. Editorials Downloaded from *BMJ* 2008;336:228-9
6. Arrizabalaga JJ, Calañas A, Vidal J, Masmiquel L, Díaz MJ, García Luna PP, Moner S, Moreiro J, Moreno B, Ricart W, Cordido F, Guía de practica clínica para el manejo del sobrepeso y la obesidad de en personas adultas. *Endocrinol Nutr* 2003; 50(supl.4): 1-38
7. Golag A, Felber JF. Evolution from obesity to diabetes. *Diabe Metab* 1994; 20: 3-14.
8. Girman CJ, Rhodes T, Michele M, Pyörälä K, Kjekshus J, Pedersen TR, Beere PA, Gotto AM, Clearfield M. The metabolic syndrome and risk of major coronary events in the Scandinavian Simvastatin Survival Study and the Air Force/Texas Coronary Atherosclerosis Prevention Study. *Am J Cardiol* 2004; 93: 136-141
9. Himeno E, Nishino K, Nakashima Y, et al. Weight reduction regresses left ventricular mass regardless of blood pressure level in obese subjects. *Am Heart J* 1996; 131:313-319
10. Fuster V, Ambrose John A, Ross R, Topol E *Arteriosclerosis coronaria y enfermedad arterial coronaria*. Ed Springer Science 1997; 17: 296-298.
11. Christopher J O'Donnel y Roberto Elosua. Factores de riesgo cardiovascular. Perspectivas derivadas del Framingham Heart Study. *Rev Esp Cardiol* 2008; 61: 299 - 310
12. H B Hubert. The Importance of Obesity in the Development of Coronary Risk Factors and Disease: The Epidemiologic Evidence.
13. Annual Review of Public Health 1986;7: 493-502. Willet WC, Manson JE, Stampfer MJ, et al. Weight, weight change, and coronary heart disease in women: risk within the "normal" weight range. *Jama* 1995; 273:461-465
14. Coulter A, Ellins J. Effectiveness of strategies for informing, educating, and involving patients. *BMJ* 2007; 335:24-7.

Libros recomendados

- 1.- P. Cervera, J. Clapés, R. Rigolfas. Alimentación y Dietoterapia. McGRAW-HILL. Interamericana. 4ª edición
- 2.- William R. Miller, Stephen Ronick. Entrevista motivacional, preparar para el cambio de conductas aditivas. Ed. Paidós.