

Tratamiento de la obesidad: novedades en la pirámide terapéutica



Por **Alberto Cormillot**

La medicina, que logra tratar la mayoría de las enfermedades, no ha conseguido evitar afecciones crónicas como hipertensión, obesidad y diabetes, que dependen del propio paciente. En este artículo se describen las herramientas para el tratamiento del sobrepeso y la obesidad

Existe una gran paradoja en la medicina actual: nunca se tuvo la posibilidad de disponer de tanta información sobre prevención y tratamiento de las enfermedades ni se contó con tantas herramientas de diagnóstico y alternativas terapéuticas tan eficaces. Sin embargo, las afecciones prevenibles siguen siendo la mayor causa de muerte en el mundo.

La medicina logra tratar exitosamente la mayoría de las enfermedades, pero no ha conseguido evitar que las personas enfermen de afecciones crónicas, entre ellas la hipertensión, la obesidad y la diabetes. ¿Por qué? Porque eso depende, en gran parte, del paciente, ya que se previenen (e incluso muchas veces se tratan) a partir de cambios en el estilo de vida.

Este esquema incluye el conjunto de opciones terapéuticas que existen en la actualidad para tratar la obesidad. Si bien la imagen es alegórica, sus contenidos tienen base científica.

Todos los escalones se complementan entre sí y ninguno de ellos excluye a los anteriores. La ubicación no implica un orden de uso en el tratamiento.

Veamos de qué trata cada escalón

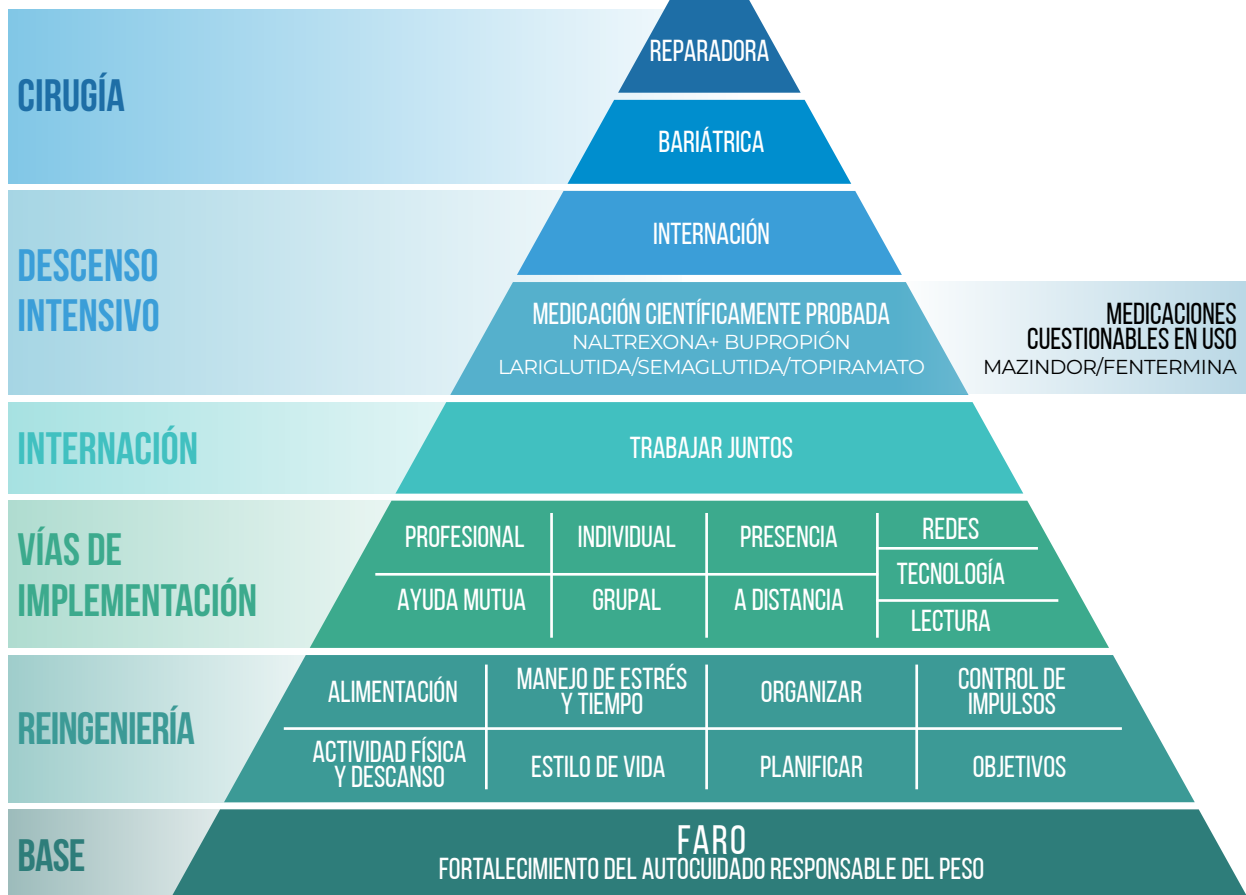
LA BASE. Lo que sustenta esta Pirámide es que la persona que inicia el tratamiento se convierta en la protagonista de su salud a través del FARO: Fortalecimiento del Autocuidado Responsable del Peso. Es aceptar que el cambio de vida es algo en lo que se debe trabajar activamente y comprometerse. Tener la intención de tratarse es una semilla, que puede germinar o no.

La experiencia nos indica que poco después de comenzar el tratamiento un porcentaje significativo de personas abandona ya que una cosa es querer adelgazar y otra distinta es estar dispuesto a hacer los cambios necesarios.

Cuando la brecha entre la intención y el comportamiento es amplia aparecen los “costos de fricción” en forma de barreras aparentemente pequeñas que se agigantan por varias razones: la PCE (persona con exceso de peso) no pensó que las habría, es susceptible a la polución informativa que lleva a la creencia no muy

El autor es director de la licenciatura en Nutrición de la Universidad ISALUD

Pirámide Terapéutica de la Obesidad



Fuente: Therapeutic education of patient-JP Assal, A Lacroix - 2000 - Paris: Edition Vigot. Domecq, J.P., Prutsky, G., Leppin, A., Sonbol, M.B., Altayar, O., Undavalli, C., Murrad, H.M. (2015) Drugs Commonly Associated With Weight Change: A Systemic Review and Meta-Analysis. The Journal of Endocrinology & Metabolism. 100(2),363-370.doi:10.1210/jc.2014-3421

sostenida desde la evidencia de que nada es más fácil en el mundo que adelgazar.

En otros casos el compromiso necesario para llevar a cabo este proceso no alcanza, en general por expectativas que no se ajustan a la realidad o porque los recursos con que se cuenta son insuficientes y no se persevera el tiempo necesario para adquirir otros nuevos.

También es frecuente apelar exclusivamente a la más débil de todas las fuerzas: la fuerza de voluntad; en vez de recurrir a la más efectiva: la buena voluntad.

Por otra parte, cuando recurrimos a los atajos mentales (métodos poco rigurosos de captación y análisis de la información que simplifican las decisiones), los pensamientos a veces se distorsionan y provocan juicios inexactos y alejados de toda lógica que se conocen como sesgos cognitivos.

El problema es que muchas veces las personas interpretan la información disponible a través de los ata-

jos y del pensamiento rápido, las motivaciones emocionales (“esto me gusta/lo quiero mucho”) y morales (“yo creo que esto está muy bien/debe ser así”) y la influencia social (“todos creen/la mayoría cree que esto está muy bien o debe ser así”). Como resultado, estos sesgos o prejuicios representan un obstáculo para la toma de buenas decisiones.

En el caso de la obesidad, uno de los más notables es el sesgo del presente, que alimenta la tendencia a elegir recompensas inmediatas sobre nuestras metas a largo plazo, complicando un balance que ya de por sí a veces es difícil: elegir “lo que más me gusta” o “lo que más me importa”.

Otro es el sesgo del optimismo irreflexivo, prejuicio que hace subestimar los riesgos y dificultades potenciales de un emprendimiento –cualquiera sea- y exagerar las propias capacidades y beneficios.

Cuando estas y otras barreras se sortean, se da el tiempo necesario para subir al siguiente escalón.

LA REINGENIERÍA. Este concepto reúne la necesidad de que el paciente replantee cómo estuvo organizando hasta ahora cada una de las áreas que componen su estilo de vida y cambiar aquellas que pueden interferir con su adelgazamiento.

LAS VÍAS DE IMPLEMENTACIÓN. Aquí se reúnen las distintas alternativas de tratamiento.

Profesional. El paciente puede realizar la consulta y el seguimiento con distintos profesionales, entre ellos: médicos, psicólogos, nutricionistas, profesores de educación física; técnicos en salud, educación física y alimentación y asistentes sociales, siempre y cuando tengan formación en el manejo de sobrepeso y obesidad.

Ayuda mutua. También puede asistir a grupos de personas que comparten el problema del peso corporal.

En cualquier caso, el tratamiento puede ser individual o grupal. La primera opción permite personalizar los objetivos y adaptarse mejor al ritmo de cada uno. Además, algunas personas no se sienten cómodas en los grupos.

Es conveniente que el paciente comprenda que la obesidad es una enfermedad crónica que requiere de un tratamiento continuo para prevenir las recaídas y en ese sentido los grupos son una alternativa para tener muy en cuenta en el largo plazo.

También puede ser presencial o a distancia. En cualquiera de las modalidades, los recursos que siguen favorecen el aprendizaje de los pacientes, incluyen:

- Redes. Permiten hacer consultas en línea y pertenecer a una comunidad virtual. Los correos, el chat con coordinadores y compañeros de grupo y profesionales y los videos con mensajes de salud fortalecen la conexión y la adherencia de los pacientes al programa.
- Celular. Registro fotográfico de la comida.
- Aplicaciones, *wearables* (elementos que se llevan puestos como las pulseras para medir la actividad física, el descanso, la alimentación, el consumo de líquidos o café). Conectadas o no con una central, estas App se fueron masificando.
- Aplicaciones de recordatorios o de información y sugerencias.
- Llamadas y mensajería instantánea con otros participantes del grupo, coordinadores o profesionales.

Todos estos recursos deben ser continuamente supervisados por los profesionales a cargo del tratamiento. Al parecer son estimulantes un tiempo, mientras dura la novedad (como muchos recursos en este campo).

- Lecturas. Proveen información y sirven para que el paciente descubra recursos nuevos, refuerce los conocidos y se mantenga actualizado.

LA EDUCACIÓN TERAPÉUTICA. El trabajo en equipo entre el paciente y el grupo o el profesional a cargo le permite adquirir un “saber hacer” que sostiene un equilibrio entre su vida y el control óptimo de su enfermedad.

La medicación. Los dos siguientes escalones reúnen la medicación utilizada para el tratamiento de la obesidad. Primero ubicamos a la medicación empírica que incluye a los fármacos que no están diseñados especialmente para el tratamiento de la obesidad pero que se usan porque pueden ser útiles. Entre estos se encuentran:

- Con efecto sobre la sensibilidad a la insulina:

Metformina. Este fármaco utilizado en el tratamiento de la diabetes tipo 2 mejora el aprovechamiento de insulina, regula el nivel de azúcar en sangre, disminuye la producción de azúcar en el hígado y es beneficioso para tratar la obesidad abdominal y disminuir los depósitos de grasa en el hígado.

- Con efecto en el sistema nervioso:

Sertralina. Antidepresivo que actúa en especial sobre la serotonina, sustancia cerebral que interviene en la regulación del ánimo y el apetito. En este grupo también se ubica la fluoxetina y otros reguladores de la serotonina.

Topiramato. Medicación anticonvulsivante con efecto adelgazante. Puede ser usada en casos específicos como el desorden de comer compulsivo.

En el siguiente escalón se encuentra la medicación probada científicamente que incluye a los fármacos aprobados por los centros regulatorios de la mayoría de los países. Entre estos se encuentran:

Naltrexona + Bupropion (Naltreva®)

Naltrexona: bloqueante de los efectos de químicos del cerebro vinculados con el placer.

Bupropión: antidepresivo que suele utilizarse también para dejar de fumar. Estimula el ánimo y favorece la saciedad.

En combinación tienen efectos en dos áreas separadas del

cerebro involucradas en la regulación de la ingesta de alimentos: el hipotálamo (centro regulador del apetito) y el circuito de dopamina (sistema de recompensa).

Liraglutida (Saxenda®). Medicamento que favorece la saciedad a nivel cerebral y promueve la pérdida de peso. Además, tiene efectos positivos sobre el páncreas mejorando la producción de insulina y controlando la producción de azúcar por el hígado, lo que favorece el control de la glucemia en personas con diabetes tipo 2. Se utiliza en dosis progresivas, es inyectable y se aplica diariamente.

Semaglutida. Perteneció a la familia de la liraglutida, pero su aplicación es semanal. Aún no se encuentra disponible en el mercado argentino para tratar la obesidad, pero sí se utiliza para la diabetes.

Orlistat. Bloquea la absorción del 30% de la grasa alimentaria en el intestino sin entrar en el torrente sanguíneo ni actuar sobre el cerebro.

Los que están fuera de la Pirámide son derivados anfetamínicos aprobados, pero su uso es más que cuestionable.

LA INTERNACIÓN. Este piso comprende la educación obesológica y el descenso intensivo como parte de un programa integral transdisciplinario que incluye educación nutricional, actividad física, apoyo psicológico y cuidado médico especializado en el marco de una comunidad terapéutica y con seguimiento posterior acorde las necesidades de cada paciente.

Es indicada en personas de mayor exceso de peso con fuerte necesidad de adelgazar, seguramente con varios intentos previos y sin posibilidades de una cirugía bariátrica por sus condiciones.

Para algunas personas con obesidad severa que tienen acceso a la cirugía bariátrica, es el paso previo o el nexo con la misma ya que logra reducir el riesgo quirúrgico.

Para otras, entusiasmadas con la pérdida de peso, la mejoría lograda durante el período de internación y el contacto con otros pacientes representa una opción no quirúrgica que puede reforzar su decisión de continuar con el tratamiento ambulatorio a largo plazo.

CIRUGÍA

Bariátrica. Este procedimiento abrió nuevos horizontes en el tratamiento de la obesidad severa y en pacientes

en quienes fracasó el tratamiento médico anteriormente o tienen enfermedades asociadas.

Consiste en cambios quirúrgicos en el sistema digestivo para ayudar a perder peso. Siempre debe complementarse con algunos de los escalones inferiores de la Pirámide para resultar exitosa.

Aunque cada caso se analiza en forma individual, son candidatas las personas:

- Con IMC mayor a 40.
- Con IMC = 35 o + pero con numerosas complicaciones (hipertensión, apnea de sueño, dislipemia, enfermedad articular, diabetes).
- Con IMC = 30 y diabetes.

Deben tener entre 18 y 65 años, fracasos repetidos en el tratamiento médico y un riesgo quirúrgico entre bajo y moderado.

Algunos procedimientos limitan la cantidad de alimentos que se pueden comer; otros funcionan reduciendo la capacidad del cuerpo para absorber nutrientes y otros reúnen ambos mecanismos.

Mecanismo restrictivo. Reduce el tamaño del estómago: manga gástrica, banda gástrica, plicatura gástrica.

Mecanismo disabsortivo o malabsortivo. Deja un segmento importante del intestino fuera de circulación evitando la absorción completa de alimentos: derivación biliopancreática, switch duodenal y bagua.

Mecanismo mixto. Gran componente restrictivo y pequeño componente disabsortivo. Produce cambios en hormonas digestivas logrando la disminución del apetito: el bypass gástrico en Y de Roux, es el más realizado y con menor cantidad de complicaciones.

La cirugía bariátrica reduce la mortalidad por todas las causas y mejora la expectativa y la calidad de vida de los pacientes. Además de la pérdida de peso, soluciona o mejora los problemas de salud vinculados con la obesidad.

Reparadora. Tratamiento de los posibles colgajos una vez que se adelgaza. Las zonas en que suele realizarse son abdomen y mamas, y en menor grado papada y brazos.

Sea cual sea la opción de la Pirámide Terapéutica de la Obesidad que se utilice para el tratamiento de una persona con sobrepeso u obesidad, es importante que comprenda que los cambios en la alimentación, el movimiento y el estilo de vida no se pueden dejar de lado, aunque se usen los demás escalones. 