

DOCUMENTO DE CONSENSO SOBRE EL ABORDAJE NUTRICIONAL DEL PACIENTE CON SOBREPESO Y OBESIDAD. SOCIEDAD ARGENTINA DE NUTRICIÓN.

CONSENSUS DOCUMENT ON THE NUTRITIONAL MANAGEMENT OF THE OVERWEIGHT AND OBESE PATIENT. ARGENTINE SOCIETY OF NUTRITION.

MÓNICA KATZ, ANA M. CAPPELLETTI, INÉS KAWIOR, MARIANELA AGUIRRE ACKERMANN,
VANESA ANGER, MARISA ARMENO, MARTÍN GIANNINI, PAOLA HARWICZ,
ALICIA LANGELLOTTI, MARCOS MAYER, CAROLINA PENTREATH, MARTÍN VIÑUALES.

(Grupo de Trabajo Obesidad, de la Sociedad Argentina de Nutrición)

Correspondencia: ineskawior@yahoo.com

Cátedra de Microbiología y Parasitología - Facultad de Ciencias de la Salud Universidad del Norte Santo Tomás de Aquino. San Miguel de Tucumán. Argentina. fnader@cerela.org.ar

Resumen

Con el objetivo de elaborar un documento destinado a los profesionales de la salud dedicados a la nutrición, en especial a los que tratan a pacientes obesos, la Sociedad Argentina de Nutrición, a través de su Grupo de Trabajo de Obesidad, convocó a expertos especialistas en el tema a fin de lograr un consenso acerca del abordaje nutricional de los pacientes con sobrepeso y obesidad.

Se llevaron a cabo tres reuniones, entre noviembre de 2010 y agosto de 2011, en las que numerosos profesionales del ámbito involucrado (médicos especialistas en nutrición, licenciados en nutrición y psicólogos) debatieron acerca de diferentes cuestiones relacionadas con el tratamiento nutricional que necesita el paciente que padece de sobrepeso u obesidad.

Finalmente, se elaboró el presente documento con la finalidad de que llegue al mayor número posible de profesionales y resulten beneficiados la mayor cantidad posible de pacientes.

English

Português

CONSENSUS DOCUMENT ON THE
NUTRITIONAL MANAGEMENT OF THE
OVERWEIGHT AND OBESE PATIENT.
ARGENTINE SOCIETY OF NUTRITION.

SUMMARY

With the objective of creating a document for health care professionals specialized in nutrition, particularly for those who treat obese patients, the Argentine Society of Nutrition, represented by the Obesity Working Group, reunited a group of subject specialists with the aim of reaching a consensus on the nutritional management of overweight and obese patients.

Three meetings were held between November 2010 and August 2011, in which a large number of professionals (doctors who specialize in nutrition, nutritionists and

DOCUMENTO DE CONSENSO SOBRE A
ABORDAGEM NUTRICIONAL DO PACIENTE
COM SOBREPESO E OBESIDADE.
SOCIEDADE ARGENTINA DE NUTRIÇÃO

RESUMO

Com o objetivo de elaborar um documento destinado aos profissionais da saúde dedicados à nutrição, especialmente àqueles que tratam de pacientes obesos, a Sociedade Argentina de Nutrição, através do seu Grupo de Trabalho de Obesidade, convocou especialistas no assunto a fim de obter um consenso sobre a abordagem nutricional dos pacientes com sobrepeso e obesidade.

Foram realizadas três reuniões, entre novembro de 2010 e agosto de 2011, onde numerosos profissionais do meio envolvido (médicos especialistas em nutrição, nutricionistas

MÓNICA KATZ, ANA M. CAPPELLETTI, INÉS KAWIOR, MARIANELA AGUIRRE ACKERMANN,
VANESA ANGER, MARISA ARMENO, MARTÍN GIANNINI, PAOLA HARWICZ,

psychologists) debated about different questions related to the nutritional treatment needed by overweight and obese patients.

Finally, the following document was developed in order to reach the largest possible number of professionals and, therefore, benefit the largest possible number of patients.

e psicólogos) debateram sobre as diferentes questões relacionadas com o tratamento nutricional que precisa o paciente que padece de sobrepeso ou obesidade.

Finalmente, foi elaborado o presente documento com a finalidade de chegar ao maior número possível de profissionais e de beneficiar a maior quantidade possível de pacientes.

Sobrepeso y Obesidad en la República Argentina

Actualmente, mil millones de personas en el mundo presentan sobrepeso y trescientos millones obesidad, lo cual justifica que se considere a esta condición como a una pandemia. Tanto el sobrepeso como la obesidad conllevan importantes comorbilidades, tales como hipertensión arterial, diabetes tipo 2, síndrome metabólico, dislipidemias y cáncer, entre otras enfermedades. La comunidad científica demuestra una intensa preocupación ante esta "epidemia de obesidad", que tendrá un impacto en el mediano y largo plazo sobre distintas patologías, afectando a la salud de la población.¹

Según datos del National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) IV, la prevalencia de obesidad en los EEUU, tomando como parámetro un índice de masa corporal (IMC) ≥ 30 , es del 34,4%, siendo más alta en mujeres (36,2%) que en hombres (32,6%).² La preocupación es aún mayor cuando se reconoce que el 17% de los niños y adolescentes estadounidenses son obesos, según datos revelados por el Center for Disease Control and Prevention (CDC).³

El grupo Netherlands Epidemiology and Demography Compression of Morbidity Research (NEDCOM) realizó una evaluación en más de 3400 personas de entre 30 y 49 años, en un seguimiento del Framingham Heart Study, en el cual se analizó el impacto de la obesidad sobre la expectativa de vida. Para las mujeres de 40 años, la presencia de sobrepeso redujo la expectativa de vida en 3,3 años y en 7,1 años en caso de obesidad, en tanto que para los hombres la reducción de la expectativa de vida fue de 3,1 y 5,8 años, respectivamente.⁴

En nuestro país, el relevamiento en la ciudad de Venado Tuerto (año 1998) informó que la prevalencia de obesidad era del 26,8%, mientras que más de la mitad de la población presentaba sobrepeso.⁵ Por su parte, en las localidades de Deán Funes, Oncativo y Pehuajó, los resultados fueron similares para el rango de obesidad: 29,3%, 21,9% y 22,5%, respectivamente.⁶ A nivel nacional, el primer relevamiento de la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (año 2005) reveló que el 49,1% de la población general presentaba exceso de peso, dato compuesto por un 34,5% de sobrepeso y

un 14,6% de obesidad.⁷ En la Segunda Encuesta Nacional de Factores de Riesgo, realizada en 2009, se observó un exceso de peso en más de la mitad de los argentinos (53,4%), siendo la prevalencia de sobrepeso del 35,4% y la de obesidad del 18,0%. En sólo cuatro años se produjo un aumento del 3,4%, en lo que a obesidad se refiere. Por otra parte, el impacto que tiene el incremento de prevalencia de sobrepeso y obesidad revelado en la encuesta se refleja en una mayor prevalencia de diabetes tipo 2 (de 8,4% en 2005 a 9,6% en 2009), hipertensión arterial (34,5% a 34,8%) y colesterol elevado (27,9% a 29,1%) y una marcada tendencia hacia una vida sedentaria (aumento del 48% al 52%), siendo estos datos de por sí alarmantes.⁸

Entre los años 2004 y 2005 se llevó a cabo, dentro del programa de promoción y protección de la salud materno-infantil, la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNyS). La prevalencia de sobrepeso en mujeres de 19 a 49 años fue del 24,9% y de obesidad del 19,4%.⁹

Clasificación del sobrepeso y la obesidad

Se deberá determinar el grado de corpulencia según el IMC (peso/talla²) en todos los pacientes que concurren a la consulta clínico/nutricional. Para los sujetos adultos, la clasificación vigente figura en la tabla 1.

TABLA 1
Clasificación del sobrepeso y la obesidad

Clasificación	Índice de masa corporal (kg/m ²)
Peso saludable	18,5 – 24,9*
Sobrepeso	25,0 – 29,9
Obesidad grado I	30,0 – 34,9
Obesidad grado II	35,0 – 39,9
Obesidad grado III	$\geq 40,0$

*A pesar de que estos puntos de corte son los más ampliamente aceptados para la definición de peso saludable, en todos los sujetos se debe evaluar de manera rutinaria la circunferencia de cintura (CC). En caso de encontrarse ésta elevada, se considerará que los sujetos pertenecen a la categoría de sobrepeso. Esto es válido para personas de hasta 65 años de edad.

Es importante considerar que el IMC puede resultar poco preciso en algunas situaciones, como es el caso de la evaluación de los sujetos con musculatura muy desarrollada, por lo que en este y en todos los casos debe prevalecer el criterio clínico, para evitar clasificar erróneamente al paciente dentro de una categoría que no le correspondería de acuerdo a su nivel de adiposidad. Por esta razón, resulta aconsejable evaluar la composición corporal mediante estudios complementarios, como la impedancia bioeléctrica.

La medición de la CC permite evaluar la distribución de la grasa abdominal.¹⁰ La obesidad abdomino-visceral o intraabdominal se asocia con un mayor riesgo cardiometabólico^{11, 12, 13} y constituye un criterio diagnóstico mayor de síndrome metabólico, según el *European Group For The Study Of Insulin Resistance* (EGIR), la *International Diabetes Federation* (IDF) y el *Adult Treatment Panel III* (ATP III) del *National Cholesterol Education Program* (NCEP).¹⁴ Por otra parte, el incremento de la CC constituye un predictor antropométrico de insulino-resistencia (IR), que se asocia con riesgo aumentado de desarrollo de diabetes tipo 2.^{15, 16}

La CC se debería utilizar como parámetro antropométrico de distribución grasa, siendo esencial en pacientes con peso normal o con sobrepeso leve según el IMC. De esta manera, se podría identificar con mayor facilidad a aquellos individuos metabólicamente obesos pero con peso normal.¹⁷ No existe aún consenso en cuanto al valor de punto de corte para definir obesidad abdominal. Es importante aclarar que existen diferencias étnico-dependientes respecto de este parámetro.^{18, 19, 20}

La *American Heart Association* (AHA) y el *National Heart, Lung, and Blood Institute* (NHLBI), proponen como punto de corte CC ≥ 88 cm para la mujer y CC ≥ 102 cm para el hombre. En el caso de nuestra población, recomendamos los valores propuestos por la Organización Mundial de la Salud (OMS), considerando riesgo aumentado una CC ≥ 102 cm para el hombre y ≥ 88 cm para la mujer.

Si bien existen diferentes metodologías utilizadas para la determinación de la CC, por cuestiones de practicidad y costos recomendamos la medición con cinta métrica inextensible ubicada en forma paralela al suelo, a nivel umbilical, con el paciente de pie y con el abdomen relajado. La OMS recomienda utilizar el punto medio entre el reborde costal y la cresta ilíaca.²² Ambos métodos coinciden con el nivel L4-L5.^{23, 24, 25}

La estimación del riesgo cardiometabólico asociado al sobrepeso o la obesidad deberá incluir:

1-estimación del grado de corpulencia de acuerdo con los niveles de IMC,

2- presencia de obesidad abdominal identificada

por medio de CC elevada,

3- presencia de comorbilidades establecidas y factores de riesgo cardiometabólicos asociados.

Se debe explorar la presencia de patología establecida: enfermedad coronaria y/o enfermedad arterial periférica, hipertensión arterial, síndrome de apnea obstructiva del sueño, síndrome metabólico, intolerancia a la glucosa, diabetes tipo 2, esteatosis hepática. Además, la existencia de factores de riesgo modificables (tabaquismo, sedentarismo, dislipemia, entre otros factores). Independientemente del IMC, la CC > 88 cm en mujeres y > 102 cm en hombres se relaciona con riesgo cardiometabólico muy aumentado.²⁶

En presencia de valores de índice de masa corporal ≥ 35 kg/m², la utilidad de la determinación de la circunferencia de cintura para la estimación del riesgo es baja y no modifica el nivel de riesgo estimado a través del índice de masa corporal.

Indicaciones del Programa de tratamiento nutricional del sobrepeso y la obesidad

Sobre la base del análisis riesgo/beneficio de la implementación de un programa de tratamiento nutricional del sobrepeso y la obesidad, se aconseja recurrir a éste frente a la presencia de:

- Índice de masa corporal ≥ 25 kg/m² (sobrepeso), con o sin factores de riesgo

- Índice de masa corporal < 25 kg/m² con valores elevados de circunferencia de cintura

A su vez, con el fin de minimizar los riesgos asociados a la implementación de un inadecuado plan alimentario anti-obesidad, éste deberá ser indicado exclusivamente por un profesional idóneo. Se debe evitar la indicación de tratamiento en pacientes sin sobrepeso ni factores de riesgo. Esto se impone particularmente en el caso de existir antecedentes o presencia de trastornos de la conducta alimentaria, donde resulta de vital importancia plantear un abordaje de tipo educativo, centrado en la prevención de la ganancia de peso y basado en el consejo alimentario.

Existen condiciones en las que, si bien no se excluye taxativamente la implementación de un plan alimentario anti-obesidad, no debería buscarse el descenso de peso (tal es el caso del embarazo, algunas enfermedades psiquiátricas, toxicomanías en fase aguda, inmunodepresión, y ciertos trastornos de la conducta alimentaria, entre otras).²⁷

Objetivos del programa de tratamiento

Sobre la base de las evidencias actuales, el tratamiento del sobrepeso y la obesidad posee dos etapas diferenciadas: descenso y mantenimiento del peso corporal.

En todos los casos, el objetivo central de un programa de tratamiento es la adopción de pautas de vida saludables, manteniendo un estilo de vida físicamente activo, mejorando el patrón de ingesta de macro y micronutrientes y, en los casos en que corresponda, modificando el vínculo con la comida.

Se recomienda, como primer objetivo de la etapa de descenso, una reducción de entre un 5-10% del peso inicial en el transcurso de 6 a 12 meses. La velocidad de la pérdida de peso no debería superar el 1% del peso actual por semana. Estos objetivos terapéuticos ponderales están en línea con las principales guías de tratamiento de la obesidad, como la del *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE) y la del *National Institutes of Health* (NIH).

En el caso de los pacientes con obesidad, una vez alcanzado el primer objetivo ponderal, se podrá decidir continuar o no con el descenso de peso. En el caso de pacientes con sobrepeso, el objetivo de pérdida ponderal puede ser incluso menor al indicado para pasar a la segunda etapa, la del mantenimiento del peso perdido.^{28,29}

Numerosos estudios muestran las expectativas irrealistas de los pacientes respecto de la pérdida de peso. Éstas pueden generar no sólo frustración en el paciente, sino que pueden contribuir con el abandono del tratamiento o llevar a la búsqueda de tratamientos heterodoxos, sin fundamento científico, e incluso riesgosos para la salud (ver box 1. Cómo identificar un tratamiento heterodoxo).

BOX 1.

Información para pacientes: Cómo identificar un tratamiento heterodoxo

- Prometen el éxito o la cura.
- Son masivas, no contemplan grupos etarios ni situación biológica particular.
- Al no ser balanceadas, pueden producir carencias.
- Responsabilizan al paciente del fracaso terapéutico.
- Aseguran o prometen gran descenso de peso, con poco esfuerzo, rápido y para siempre.
- Muchas veces se asocian a la compra de un determinado producto.
- Promocionadas por personajes famosos.
- Escaso o nulo aval científico.
- Orientadas a un objetivo estético.
- No explican posibles efectos adversos.
- No promueven cambios en el estilo de vida.
- Excluyen deliberadamente grupos de alimentos.

Expectativas terapéuticas

- Una pérdida del 5-10% del peso inicial, alcanzada en un período de 6 a 12 meses y mantenimiento a largo plazo del peso alcanzado.
- La velocidad del descenso no debe ser mayor al 1% del peso actual por semana.

Asimismo, se debe tener en cuenta que, en los pacientes con sobrepeso u obesidad, la pérdida de peso de apenas el 5% resulta beneficiosa para el control de los factores de riesgo cardiometabólicos.

Los objetivos del tratamiento van más allá de los números de la balanza

Un programa saludable para el tratamiento del sobrepeso/obesidad requiere un compromiso a largo plazo, con conductas saludables relacionadas con:

- un plan de alimentación personalizado, balanceado, placentero, seguro, sostenible en el largo plazo
- actividad física habitual
- prevención de la ganancia de peso
- mejoría de la salud física y emocional
- mejoría de las enfermedades asociadas (diabetes, cardiovasculares, cáncer)

Componentes del programa de tratamiento

Teniendo en cuenta que para la Sociedad Argentina de Nutrición el consejo alimentario es uno de los pilares fundamentales del abordaje terapéutico, el presente documento pretende unificar los criterios respecto de su aplicación, dejando para futuros documentos el análisis de los demás componentes que deben ser considerados dentro de un programa integral de tratamiento del paciente con sobrepeso u obesidad, como la práctica regular de actividad física, la farmacoterapia, el abordaje psicológico, el tratamiento de las complicaciones y la cirugía bariátrica.

Selección del tipo de plan de alimentación

Tal como se discutiera en el documento "Análisis Crítico de la Dietoterapia Anti-Obesidad" (publicado en el mes de noviembre de 2010 por el Grupo de Trabajo Obesidad de la Sociedad Argentina de Nutrición), no existen en la actualidad evidencias suficientes que permitan afirmar cuál es el tipo de plan alimentario más efectivo en términos de pérdida y mantenimiento del peso corporal. Sin embargo, existen

múltiples trabajos y metaanálisis que muestran que las denominadas dietas de moda, o heterodoxas, no sólo poseen riesgos asociados a su uso, sino que fracasan en el mediano y largo plazo. De hecho, **son el mejor predictor de ganancia de peso.**³¹

Si bien existen evidencias acerca de que la implementación de dietas muy bajas en calorías (<800 kcal/día) o las disarmónicas (como las dietas hiperproteicas) se asociarían a una mayor pérdida de peso en el corto plazo, esta diferencia tiende a perderse en el largo plazo. De hecho, no se registran diferencias significativas respecto de otros abordajes.^{32,33} Por este motivo, y en particular por sus posibles efectos adversos³⁴, la Sociedad Argentina de Nutrición recomienda evitar las dietas muy bajas en calorías y las disarmónicas, excepto en condiciones muy bien definidas (ver apartado Dietas Muy Bajas en Calorías).

Considerando tanto al sobrepeso como a la obesidad condiciones crónicas, los resultados deberán analizarse en el largo plazo. Se aconseja hacer foco en cambios en la alimentación que resulten sostenibles a lo largo del tiempo, dando un lugar principal a la educación alimentaria.

Es importante remarcar que la dietoterapia, como componente esencial de un programa de tratamiento para sobrepeso u obesidad, debería estar dirigida o coordinada por el especialista en Nutrición, en el marco de un abordaje multidisciplinario que incluya, no sólo el plan alimentario, sino también actividades grupales, como el desarrollo de talleres específicos donde se facilite la incorporación de nuevas pautas en el estilo de vida. En este sentido, la utilización de técnicas cognitivo-conductuales, como la entrevista motivacional, suele resultar de utilidad. También puede ser necesario, en algunos pacientes, el tratamiento psicológico que no se limite al enfoque cognitivo-conductual. Un punto central en la estrategia terapéutica es recurrir a abordajes que permitan una buena adherencia a largo plazo. En este sentido, si bien por el momento no se ha definido la estrategia óptima, se reconocen ciertos factores asociados a un mejor pronóstico. Por un lado, están las características inherentes al plan alimentario: el valor calórico total y/o la distribución de los macronutrientes, como también el respeto por las preferencias individuales y la indicación de pautas flexibles, evitando prohibiciones o indicaciones rígidas.³⁵ Otro aspecto clave para la adherencia es el manejo de las expectativas del paciente en términos de descenso ponderal. Se deben establecer siempre metas realistas, a fin de evitar frustraciones que puedan propiciar el abandono del tratamiento. A medida que avanza el mismo, los objetivos deben ser reformulados, revalorizando los logros.³⁶

Para que un plan alimentario sea considerado aceptable, éste debe ser implementado de manera gradual, debe ser consensuado con el paciente, individualizado, debe respetar las RDA, debe ser flexible y placentero, sostenible a largo plazo, no debe implicar un riesgo para la salud, debe integrar a la familia, contemplar la cultura, el estilo y la calidad de vida del paciente.

Valor calórico total

Uno de los principios básicos para la reducción del peso corporal es el **déficit calórico**. Sin embargo, el organismo desarrolla respuestas metabólicas y hormonales adaptativas, que se generan por la pérdida de peso. Se calcula que el gasto metabólico de reposo disminuye en forma constante aproximadamente 8 kcal por cada 1/2kg de peso perdido/día. Es por ello que se recomienda recurrir a planes alimentarios que permitan generar un déficit de entre 500 y 1000 kcal/día respecto del requerimiento calórico del paciente.^{37,38}

En todos los casos, se recomienda evitar la utilización de planes alimentarios que aporten menos de 1200-1500 kcal/día en mujeres y hombres, respectivamente, o que resulten inferiores al gasto metabólico basal del paciente. Es esencial la prescripción simultánea de actividad física.

Un plan alimentario para el abordaje del paciente con obesidad y/o sobrepeso debe aportar un valor calórico total de, al menos, 1200 Kcal/día en la mujer y 1500 Kcal/día en el hombre. Debería generar un déficit diario de 500 a 1000 Kcal respecto del requerimiento calórico.

Dietas de muy bajo valor calórico

Se trata de planes de alimentación que aportan < 800 kcal/día o 6 – 10 kcal/kg/día. El uso de estas dietas extremas tiene como objetivo la rápida pérdida de peso en corto tiempo y están indicadas exclusivamente para personas obesas (IMC > 30 kg/m²). Si bien algunas de estas dietas producen en el corto plazo una pérdida de peso importante, esta no se mantiene en el tiempo y la reganancia de peso posterior se produce con mayor aumento de masa grasa. Además, pueden generar osteoporosis, litiasis vesicular, sarcopenia, pérdida de masa ósea, reganancia de peso, trastornos alimentarios y arritmias cardíacas, entre otras complicaciones.^{39,40}

Es por ello que estas dietas sólo pueden ser utilizadas como máximo durante 12 -16 semanas continuadas y bajo estricto monitoreo médico y suplementación vitamínica y mineral, dado los riesgos que involucra su uso.

La mayoría de las entidades científicas del mundo se han pronunciado contra su utilización, salvo en casos especiales como en la preparación para la cirugía bariátrica, por no más de 7-15 días.⁴¹

Esta recomendación tiene su fundamento en la ausencia de ventajas a largo plazo de los planes muy reducidos en calorías respecto de los bajos en calorías, al tiempo que presentan más dificultades para ser nutricionalmente completas y para lograr adherencia en el largo plazo.⁴²

Distribución de Macronutrientes

Si bien continúa el debate acerca de la proporción óptima de nutrientes que genere una mayor pérdida de peso, existe fuerte evidencia respecto de la muy pobre adherencia que las personas presentan frente a las dietas más extremas o nutricionalmente desbalanceadas. Esto implica un elevado riesgo de abandono de la dieta, con la reganancia de peso asociada.

La reducción significativa de hidratos de carbono (< 45%) y/o el incremento de proteínas (> 1.5 g/kg/día), podrían asociarse con la aparición de efectos adversos.⁴³

Existe consenso mundial acerca de la proporción de energía, brindada por los macronutrientes, que debe poseer un plan alimentario saludable:

- entre 45 y 60 % de **hidratos de carbono**, con disminución de los refinados,
- entre 15 y 20% de **proteínas**
- un 30% de **grasas**, con disminución de saturadas (<7%) y trans (<1%).

Control de las porciones

Se observa en la actualidad un proceso de distorsión en las porciones de los alimentos. Este fenómeno ha sido gradual y se ha generado por el hecho de que, tanto los envases como los utensilios, han aumentado su tamaño de manera progresiva. La consecuencia de esto es el sobreconsumo calórico "pasivo".⁴⁴

Las estrategias posibles para mejorar el control de ingesta relacionado con las porciones son: proveer información acerca de calorías o acerca de las consecuencias de la ingesta de esas calorías sobre el peso o la salud, el uso de alimentos de porción controlada, el reemplazo por versiones reducidas en calorías y el incremento del consumo de vegetales y frutas.⁴⁵

Frecuencia de ingesta

La comida errática (salteo de ingestas, picoteo) implica una

pobre regulación y una conducta alimentaria errónea.⁴⁶ Se debe hallar un patrón individualizado de comidas que prevenga el incremento de ingesta en un medio y un mercado donde existen una sobre-disponibilidad alimentaria y oferta de comidas de alta palatabilidad, altas en densidad calórica, reducidas en densidad nutricional, y en porciones excesivamente voluminosas, que interfieren con la regulación hambre-saciedad.

Las calorías se deben repartir a lo largo del día en alrededor de 4 comidas, incluido el desayuno, en horarios flexibles. Las colaciones son opcionales.

Un plan alimentario saludable para la pérdida de peso implica:

- limitar el exceso de calorías, de cualquier fuente, y balancearlo con la práctica habitual de actividad física
- 4 ingestas diarias en horarios flexibles
- reemplazo de las grasas saturadas y trans por grasas saludables (omega 3)
- cortes magros de carnes variadas (preferir pescados)
- lácteos descremados
- consumo variado de frutas y vegetales (400 g/día) (OMS) o 5 al día
- legumbres
- cereales enteros altos en fibras
- limitar el consumo de azúcar agregada, a no más de 100 kcal/día en la mujer y 150 kcal/día en el hombre
- limitar el consumo de sodio a 2000 mg/día (5 gramos de sal/día)
- limitar el consumo de alcohol

Mantenimiento de peso

El descenso es sólo la primera etapa del tratamiento del exceso de peso. El mantenimiento del peso perdido, la prevención de la ganancia de peso, a cualquier IMC, y de la reganancia de peso luego del descenso, forman parte del tratamiento y son tan importantes como la primera fase.

Se considera como oscilación normal la variación de hasta 2 kg de peso.⁴⁷ Cada fase requiere aprendizaje de estrategias y habilidades.

Finalmente, aunque la prevención de la ganancia de peso es una tarea masiva, en la que deben participar todos los estamentos de la sociedad, el tratamiento del sobrepeso y obesidad ya instalados debería ser dirigido por expertos que deberán acreditar debidamente sus títulos, especialización y/o actualización.

Debe destacarse la importancia, tanto de las aptitudes y nivel de formación del profesional tratante, como de la relación especialista-paciente, ya que de esto dependerá en parte la continuidad del tratamiento.

Posibles efectos adversos de la implementación de un plan alimentario para el sobrepeso y la obesidad

Es importante destacar que, incluso cuando el plan alimentario para el sobrepeso y la obesidad se encuentre bien indicado, existen ciertos efectos adversos posibles que deben ser tenidos en cuenta, a fin de minimizar su impacto sobre la salud. Entre las complicaciones evitables está la deficiencia de micronutrientes, generada por la prescripción de dietas disarmónicas y poco variadas. Entre las inevitables, directamente relacionadas con la pérdida de peso, están la pérdida moderada de masa magra y la caída del gasto metabólico.

A su vez, debe también tenerse en cuenta la posible aparición de trastornos de tipo emocional/psicológico. Estos se asocian especialmente con abordajes muy restrictivos, en los que se han reportado trastornos de la alimentación, así como ansiedad, insomnio, depresión, irritabilidad, estrés y deterioro cognitivo. Nuevamente, esto pone de manifiesto la importancia de optar por formas de tratamiento que, más allá del descenso de peso, contemplen otros aspectos de la salud del paciente, a fin de cumplir con el principio hipocrático fundamental de *"primero no dañar"*. Por consiguiente, sobre la base de las evidencias reportadas en el documento "Revisión crítica de la dietoterapia anti-obesidad", la Sociedad Argentina de Nutrición recomienda evitar planes alimentarios disarmónicos o muy reducidos en calorías, a fin de proporcionar el mayor beneficio para el paciente, con el menor riesgo asociado.

Objetivos terapéuticos en función de las características del paciente

Desde el comienzo del tratamiento es importante, tanto planificar la estrategia a seguir, como determinar los objetivos a alcanzar. Es necesario evaluar las características de cada paciente, así como sus expectativas de pérdida ponderal y su disposición para el cambio. Dado que los pacientes deben realizar cambios en su estilo de vida, es de utilidad seguir lineamientos de las distintas etapas de cambio.⁴⁸ Resulta esencial reconocer aquellas características conductuales que, sin constituir una contraindicación para la implementación del tratamiento, sugieren actuar con cautela. Los individuos que se encuentran en estado precontemplativo, con muy poco interés en realizar un cambio, tienen mayores probabilidades de abandono y fracaso. De todas maneras, la consulta clínica puede resultar de utilidad para establecer la relación con el paciente y fijar objetivos mínimos, hasta observar una mayor predisposición al cambio. Los mejores resulta-

dos se logran cuando el paciente se encuentra en etapa contemplativa o de acción.

En el caso de pacientes con alto riesgo cardiometabólico, es necesario trabajar independientemente de la etapa de cambio en la que se encuentren, aun reconociendo que las probabilidades de éxito son menores.

Otro grupo de pacientes en quienes el planteamiento de los objetivos debe ser más conservador es el de los individuos con antecedentes de haber realizado a lo largo de su vida múltiples intervenciones para bajar de peso, resultando en variaciones cíclicas (peso yo-yo o *weight cycling*). Se cuenta con evidencias de que esta variación sistemática del peso se asocia a un incremento del riesgo cardiometabólico del paciente.⁴⁹ Por este motivo, la Sociedad Argentina de Nutrición recomienda especialmente evitar la implementación de abordajes demasiado restrictivos que, si bien pueden resultar de utilidad en el corto plazo, resultan difíciles de sostener en el tiempo.

Otra situación de riesgo lo constituyen los pacientes que buscan rápidos descensos de peso, con expectativas sobredimensionadas de pérdida ponderal. Tal como debe realizarse con todos los pacientes, resulta de especial importancia el planteo consensuado de objetivos terapéuticos realistas, basados en la implementación de cambios en la alimentación y en el estilo de vida, más que en el logro de metas en kilogramos.

Por otra parte, también resulta útil investigar condiciones físicas capaces de limitar el descenso de peso y que, por ende, requieran de objetivos de descenso más conservadores. Tal es el caso de los pacientes medicados con fármacos cuyo efecto incluye aumento del peso corporal, que por motivos médicos no puedan cambiar de abordaje farmacológico, o la presencia de condiciones genéticas y hormonales asociadas con un bajo gasto energético.

Finalmente, no debe pasarse por alto el nivel socioeconómico del paciente, ya que en los individuos de bajos recursos puede resultar de algún modo más difícil la adopción de las pautas de alimentación recomendadas.

Duración del tratamiento nutricional anti-obesidad

Si bien existen condiciones en las que el sobrepeso o la obesidad son de naturaleza transitoria (traumas biológicos o psicológicos), la mayoría de los pacientes obesos requieren de un tratamiento sostenido en el tiempo, dada la naturaleza crónica de la enfermedad.

La frecuencia de tratamiento debe adecuarse a las características de cada paciente, pero deberá ser, como mínimo, de una vez al mes. El éxito del tratamiento en obesidad está determinado por la frecuencia del contacto con el paciente.⁵⁰

Una vez que el paciente ha adoptado los cambios de estilo de vida y ha finalizado la primera etapa (pérdida de peso), la frecuencia de visitas no debe ser menor a

dos veces al año. Es fundamental chequear la aparición de signos de alarma que requieran implementar nuevamente visitas más frecuentes.

Rol de los medios de comunicación

Es fundamental que los medios de comunicación colaboren en la difusión de mensajes nutricionales saludables realizados por entidades científicas y/o académicas, para evitar la proliferación y validación de prácticas nutricionales con potenciales efectos adversos sobre la salud psicofísica de la población.

Comunicar mensajes saludables para el control del peso, implica hacer foco en los cambios de estilo de vida, enfatizando el valor calórico mínimo aconsejado (>1200 kcal/día), el balance de los diferentes grupos de alimentos y no una dieta, un alimento, o una comida en especial.

Anexo:

GUÍA RÁPIDA DE ABORDAJE NUTRICIONAL EN SOBREPESO - OBESIDAD

1. Determinar el IMC (peso/talla²), en todos los pacientes que concurren a la consulta clínico/nutricional. Tabla 1
2. Evaluar circunferencia de cintura (CC). Medición con cinta métrica inextensible ubicada en forma paralela al suelo, a nivel umbilical, con el paciente de pie y con el abdomen relajado. Tabla 2
3. Evaluación de comorbilidades. Tabla 3

TABLA 1
Clasificación del sobrepeso y la obesidad

Clasificación	Índice de masa corporal (kg/m ²)
Peso saludable	18,5 – 24,9*
Sobrepeso	25,0 – 29,9
Obesidad grado I	30,0 – 34,9
Obesidad grado II	35,0 – 39,9
Obesidad grado III	≥ 40,0

TABLA 2
Circunferencia de cintura

Riesgo aumentado: Hombre CC > 102 cm
Mujer CC > 88 cm

TABLA 3
Comorbilidades

Enfermedad coronaria	TAG	Enfermedad arterial periférica	DM 2
HTA	Esteatosis hepática		
SAOS	SM		
F Riesgo modificables*			
*Tabaquismo, sedentarismo, dislipemia			

4. Implementación de un programa de tratamiento nutricional del sobrepeso y obesidad en caso de:
 - Índice de masa corporal ≥ 25 kg/m² (sobrepeso), con o sin factores de riesgo.
 - Índice de masa corporal < 25 kg/m² con valores elevados de CC.
5. Objetivos generales del tratamiento :
 - plan de alimentación personalizado, balanceado, placentero, seguro, sostenible en el largo plazo.
 - actividad física habitual.
 - prevención de la ganancia de peso.
 - mejoría de la salud física y emocional.
 - prevención y/o mejoría de las enfermedades asociadas.

Para que un plan alimentario sea considerado aceptable, éste debe ser implementado de manera gradual, debe ser consensuado con el paciente, individualizado, debe respetar las RDA, debe ser flexible y placentero, sostenible a largo plazo, no debe implicar un riesgo para la salud, debe integrar a la familia, contemplar la cultura, el estilo y la calidad de vida del paciente.

6. Etapas del tratamiento:

1 era. etapa: de descenso. Objetivo: reducción de 5-10% del peso inicial de 6 a 12 meses (velocidad de la pérdida de peso no mayor al 1% del peso actual por semana). Frecuencia de tratamiento: 1 vez por semana el primer mes, luego cada 15 días hasta 6º mes.

2da. etapa: de mantenimiento de peso. Variación aceptable de hasta 2kg de peso corporal. Adoptados los cambios de estilo de vida, la frecuencia de visitas: mensual hasta el año. Posteriormente, al menos dos veces al año.

7. Selección del tipo de plan de alimentación:

•VCT: déficit calórico diario de 500 a 1000 Kcal de ingesta calórica previa, no menor a 1200 Kcal/día en la mujer y 1500 kcal/día en el hombre.

•Distribución de Macronutrientes:

-entre 45 y 60 % de hidratos de carbono, con disminución de los refinados

-entre 15 y 20% de proteínas

-un 30% de grasas, con disminución de las grasas saturadas (<7%) y trans (<1%), con reemplazo por grasas saludables (omega 3 y omega 9)

8. Frecuencia de Ingestas: 4 ingestas diarias en horarios flexibles, colaciones opcionales.

9. Implementar estrategias para el control de porciones

Recomendaciones:

- Cortes magros de carnes variadas (preferir pescados de agua fría)

- Lácteos descremados

- Consumo variado de frutas y vegetales (400 g) diariamente (OMS) o 5 porciones al día

- Legumbres

- Consumo de fibra: 25-30 g al día, que incluya además de frutas y verduras, cereales integrales, semillas, salva

do de trigo, avena.

- Azúcar agregada: no más de 100 kcal/día en la mujer y 150 kcal/día en el hombre

- Consumo de sodio: no más de 2000 mg/día (5 gramos de sal/día)

- Limitar el consumo de alcohol

BIBLIOGRAFÍA

- 1- Díaz M. Prevalencia de obesidad en la Argentina: impacto a 20 años. *Revista SAC* 2010; 78:10-11.
- 2- Shields M, Carroll MD, Odgen CI. Adult Obesity Prevalence in Canada and the United States. *NCHS Data Brief No. 56*, March 2011.
- 3- Shrestha A, Olsen J, Ramlau-Hansen CH et al. Obesity and age at menarche. *Fertility and Sterility* 2011; 95(8):2732-4.
- 4- Peeters A, Barendregt JJ et al. NEDCOM, the Netherlands Epidemiology and Demography Compression of Morbidity Research Group. Obesity in adulthood and its consequences for life expectancy: a life-table analysis. *Ann Intern Med.* 2003; 138:24-32 A.
- 5- Braguinsky J, Sereday M, Cobeñas C et al. Unexpected prevalence of obesity and associated metabolic risk factors in a medium size city (Venado Tuerto) in Argentina. *Int J Obes* 1998; 22(suppl 3):315.
- 6- Braguinsky J. Epidemiología de la Obesidad. Cap 2: 22-44. En *Obesidad: saberes y conflictos*. Ed ACINDES 2008.
- 7- Ferrante D, Virgolini M. Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2005: resultados principales. Prevalencia de factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares en la Argentina. *Rev Argent Cardiol* 2007; 75:20-9.
- 8- Ministerio de Salud. República Argentina. 2° Encuesta nacional de factores de riesgo 2009 para enfermedades no transmisibles. En www.msal.gov.ar/ent/PDF/ENFR_2009_presentacion%20ppt.pdf.
- 9- Ministerio de Salud. Encuesta Nacional de Nutrición y Salud, 2005 <http://www.bvs.org.ar/indicador.htm>.
- 10- Poulit MC, Despres JP, Lemieux S et al. Waist circumference and abdominal sagittal diameter: best simple anthropometric indexes of abdominal visceral adipose tissue accumulation and related cardiovascular risk in men and women. *Am J Cardiol* 1994; 73:460-8.
- 11- Yusuf S, Hawken S, Ôunpou S, et al. on behalf of the INTERHEART Study Investigators. Obesity and the risk of myocardial infarction in 27 000 participants from 52 countries: a case control study. *Lancet* 2005; 366:1640-1649.
- 12- Koning L, Merchan A, Pogue J, Anand S. Waist circumference and waist-to-hip ratio as predictors of cardiovascular events: meta-regression analysis of prospective studies. *European Heart Journal* 2007; 28:850-856.
- 13- Huxley R, Mendis S, Zheleznyakov E et al. Body mass index, waist circumference and waist:hip ratio as predictor of cardiovascular risk-a review of literatura. *European Journal of Clinical Nutrition* 2010; 64(1):16-22.
- 14- Alberti KG, Eckel RH, Scott M, et al. Harmonizing the Metabolic Syndrome. A Joint Interim Statement of the International Diabetes Federation Task Force on Epidemiology and Prevention; National Heart, Lung and Blood Institute; American Heart Association; World Heart Federation; International Atherosclerosis Society; and International Association for the Study of Obesity. *Circulation* 2009; 120:1640-1645.
- 15- Wahrenberg H, Hertel K, Leijonhufvud B, Persson L, Toft E, Arner P. Use of waist circumference to predict insulin resistance: retrospective study. *BM*, 2005; 330:1363-4.
- 16- Quiao Q, Nyamdorj J. Is the association of type II diabetes with waist circumference or waist –to-hip ratio stronger than that with body mass index? *Europ Journal of Clinical Nutrition* 2010; 64:30-34.
- 17- St-Onge M, Janssen I, Heymsfield S. Metabolic syndrome in normal –weight americans. New definition of the metabolic obese, normal –weight individual. *Diabetes Care* 2004; 27:2222-2228.
- 18- National Institutes of Health. Clinical guidelines on the identification, evaluation, and treatment of the overweight and obesity in adults: the evidence report. *Obes Res* 1998; 6(suppl2):515-2095.
- 19- Waist circumference and Waist- Hip ratio. Report of WHO expert consultation Geneva, 8-11 december 2008. World Health Organization 2011, disponible en www.who.int.
- 20- International Diabetes Federation. The IDF consensus worldwide definition of metabolic syndrome. Brussels, 2006.
- 21- Grundy SM, Cleeman JI, Daniels SR, et al. Diagnosis and management of the metabolic syndrome: an American Heart Association/National Heart, Lung, and Blood Institute Scientific Statement. *Circulation* 2005; 112:2735-52.
- 22- Andersson B, Balabanski L, Bialkowska M et al. WHO Regional Office for Europe. Measuring obesity classification and description of anthropometric data, report on a WHO Consultation on the Epidemiology of Obesity, Warsaw, 21-23 October 1987.
- 23- Despres JP et al. Abdominal obesity and metabolic syndrome: contribution to global cardiometabolic risk. *Atherosclerosis thrombosis and vascular biology* 2008; 28:1039-49.
- 24- Bertin E et al. Measurement visceral adipose by DEXA combined with anthropometry in obese humans. *International journal of obesity and related metabolic disorders* 2000; 24:263-70.
- 25- Ribeiro-filho F. Methods of estimation of visceral fat: advantages of ultrasonography. *Obesity research* 2003; 11:1488-94.

- 26- Andersson B, Balabanski L, Bialkowska M et al. WHO Regional Office for Europe. Measuring obesity classification and description of anthropometric data, report on a WHO Consultation on the Epidemiology of Obesity, Warsaw, 21-23 October 1987.
- 27- National Institutes of Health. The Practical Guide. Identification, Evaluation and Treatment of Overweight and Obesity in Adults. NIH Publication Number 00-4084. October 2000.
- 28- National Institutes of Health. The Practical Guide. Identification, Evaluation and Treatment of Overweight and Obesity in Adults. NIH Publication Number 00-4084. October 2000.
- 29- National Institute for Health and Clinical Excellence. Obesity guidance on the prevention, identification, assessment and management of overweight and obesity in adults and children. NICE clinical guideline 43,2006.
- 30- Ross R, Bradshaw AJ. The future of obesity reduction: Beyond weight loss. *Nat Rev Endocrinol* 2009; 5:319–326.
- 31- Grupo de trabajo de obesidad de la SAN. Análisis crítico de la dietoterapia antiobesidad: hacia una posición SAN. *Actualización en Nutrición* 2010; 11(4):258-272.
- 32- Nordman A. Effects of low-carbohydrate vs. low fat diets on weight loss and cardiovascular risk factors. *Arch Intern Med* 2006; 166:285-293.
- 33- Tsai AG, Wadden TA. The evolution of very-low-calorie diets: an update and meta-analysis. *Obesity* 2006; 14(8):1283-93.
- 34- Tsai AG, Wadden TA. The evolution of very-low-calorie diets: an update and meta-analysis. *Obesity* 2006; 14(8):1283-93.
- 35- Grupo de trabajo de obesidad de la SAN. Análisis crítico de la dietoterapia antiobesidad: hacia una posición SAN. *Actualización en Nutrición* 2010; 11(4):258-272.
- 36- Miller W, Rollnick S. La entrevista motivacional. Editorial Paidós, 1999.
- 37- Hill JO. Understanding and Addressing the Epidemic of Obesity: An Energy Balance Perspective. *Endocrine Reviews* 2006; 27:750–761.
- 38- Clifton P. Dietary treatment for obesity. *Nature Clinical Practice Gastroenterology & Hepatology* 2008; 5(12):672-681.
- 39- Gilden Tsai A, Wadden TA. The Evolution of Very-Low-Calorie Diets: An Update and Meta-analysis. *Obesity* 2006; 14:1283–1293.
- 40- Vázquez Martínez C, Monereo Mejías S, Moreno E. Una sentencia firme contra la mala práctica en el tratamiento de la obesidad. *Nutr Hosp* 2008; 23(3):177-182.
- 41- AACE/TOS/ASMBS Guidelines 2009 American Association Of Clinical Endocrinologists, The Obesity Society, and American Society for Metabolic & Bariatric Surgery Medical Guidelines for Clinical Practice for The Perioperative Nutritional, Metabolic, and Nonsurgical Support of the Bariatric Surgery Patient. *Obesity* 2009; 7S:1-70.
- 42- Grupo de trabajo de obesidad de la SAN. Análisis crítico de la dietoterapia antiobesidad: hacia una posición SAN. *Actualización en Nutrición* 2010; 11(4):258-272.
- 43- Grupo de trabajo de obesidad de la SAN. Análisis crítico de la dietoterapia antiobesidad: hacia una posición SAN. *Actualización en Nutrición* 2010; 11(4):258-272.
- 44- Blundell JE, Macdiarmid JI. Passive overconsumption. Fat intake and short-term energy balance. *Ann NY Acad Sci* 1997; 827:392-407.
- 45- FDA Proposed Labeling Requirements for Restaurants, Similar Retail Food Establishments and Vending Machines 2008 <http://www.fda.gov/Food/LabelingNutrition/ReportsResearch/default.htm>.
- 46- Wardle J. Eating, behaviour and obesity. *Obesity reviews* 2007; 8(Suppl.1):73–75.
- 47- Levine M, Klem ML, Kalarchian MA, Wing RR, Weissfeld L, Qin L, Marcus MD. Weight Gain Prevention among Women. *Obesity* 2007; 15(5):1267-1277.
- 48- Prochaska JO, Crimi P, Lapsanski D, Martel L, Reid P. Self-change processes, self-efficacy and self-concept in relapse and maintenance of cessation of smoking. *Psychol Rep* 1982; 51:983-90.
- 49- Montani JP, Vieceilli AK, Prevot A, Dulloo AG. Weight cycling during growth and beyond as a risk factor for later cardiovascular diseases: the 'repeated overshoot' theory. *International Journal of Obesity* 2006; 30:S58–S66.
- 50- Jacques L, Syrek Jensen T, Schafer J et al. Decision Memorandum for Intensive Behavioral Therapy for Obesity. Centers for Medicare & Medicaid Services Nov 29, 2011 <http://www.cms.gov>.