



ESQUEMAS PRACTICOS MENSUALES DE MANEJO DE OBESIDAD

Manejo Dietético de la Obesidad

Dr. Pedro Kaufmann

Nota: Este comentario es una comunicación confidencial, de índole estrictamente personal entre Editorial Clínica y el suscriptor y no puede ser reproducido ni diseminado por cualquier medio, sin autorización escrita expresa de Editorial Clínica. El mismo representa la opinión personal del autor sobre el tema referido y debe ser complementado con el estudio de los textos habituales y la experiencia clínica. No representa guía oficial de manejo de pacientes sino exclusivamente información sobre conceptos generales basados en la experiencia del autor, por lo cual no se aceptará ningún reclamo legal por la utilización de esta información en la práctica clínica. © Copyright

El objetivo del curso es encarar la práctica clínica con menos ilusiones y mas realidades. La intención no es formular verdades absolutas sino darnos herramientas para elegir. No hay soluciones fáciles para problemas difíciles...

Dr. Pedro Kaufmann: Ex - Profesor Agregado de Nutrición y Digestivo de la Facultad de Medicina del Uruguay, Ex Presidente de la Sociedad Uruguaya para el Estudio de la Obesidad, y actualmente es Vicepresidente para Comunicaciones y Servicios de la Asociación Internacional para el Estudio de la Obesidad.

1- Porqué la visión de un médico y no de una nutricionista? Es indudable que todos apreciamos muchísimo la colaboración imprescindible de las nutricionistas en nuestro trabajo diario, especialmente cuando hay que estructurar un plan de alimentación de calorías fijas y % de nutrientes fijos. Pero en este sector de nuestro esquemas, priorizaremos la visión estratégica, práctica, desde el punto de vista médico. Este es un tema sobre el cual hay libros enteros escritos, así que no lo vamos a agotar aquí, pero recalcaremos lo mas importante según nuestra visión personal. Entre ello que la actitud del profesional con el paciente es fundamental; cálida, comprensiva, firme pero respetuosa y sin echarle las culpas cuando no puede seguir nuestro plan de alimentación (la culpa en realidad es nuestra por no recordar que por su constitución genética y sicológica y por el ambiente "obesógeno" en que vive, es muy difícil cumplir nuestras indicaciones!) Viene al caso recordar que la Enciclopedia Británica dice que los avances científicos de los últimos

anos han sido de tal magnitud que hasta cuesta catalogarlos, y , si bien no tanto, de todas formas un poquito también se ha avanzado en este tema.

2- Dietas cualitativas o cuantitativas? Las dietas cuantitativas sirven cuando un paciente está internado y recibe de la tisanera su bandejita en cada comida, pero no funciona tan bien en la vida real. Nadie come, y menos un obeso, de acuerdo a la cantidad que se le indica, sino de acuerdo a su apetito. La dieta hipocalórica fija en calorías es un mito como dice Bray. Tratar al pacientes que tiene mucha hambre con más hambre es un sin sentido como dice Montero. Pocos pacientes tienen una balanza de precisión en la cocina. Las dietas cuantitativas se siguen solo un tiempo o ni siquiera eso. Solamente las dietas cualitativas se pueden seguir toda la vida. Se comerá mas o menos de acuerdo al apetito pero con dietas cualitativas, aún si se come mucho, podrá ser que se baje poco, pero no se va a engordar! Así que dividimos los alimentos entre los que puede comer mucho (verduras, ensaladas, frutas, granos integrales, lácteos desgrasados, carnes magras) y los que debe evitar (fritos, golosinas, harinas blancas, fiambres). Por otra parte recordemos que si nuestro paciente pesa por ejemplo 100 kilos, sólo para mantener ese peso, suponiendo que no haga actividad física alguna, sólo por vivir, está gastando 3.000 (100 x 30) calorías, así que va a ser muy fácil que con una cualitativa baje muchísimo. Cuando esté en 80 y quiera bajar a 75, como si no se mueve sólo está gastando 2.400 calorías (80 x 30) y además quizás le bajó la T3 como reacción de adaptación a la "hambruna" (su atávico hipotálamo no "sabe" que "quiere" adelgazar) ahí quizás necesite un ajustecito semi-cuantitativo con una clasificación en alimentos libres, alimentos prohibidos y un capítulo intermedio de alimentos de consumo "controlado". Y por supuesto hacer intensa actividad física, pero eso no es el tema de hoy.

3- Dietas altas en proteínas o normoprotéicas? Si bien teóricamente el concepto de 1 gramo de proteínas por kilo de peso como medida saludable, se da en toda persona sana, obesa o no, en la práctica, salvo que el paciente tenga una insuficiencia renal, las dietas hiperprotéicas tienen dos ventajas: dan mas saciedad y como las proteínas tienen mayor valor dinámico específico (la cantidad de calorías que gasta el organismo en el intento de metabolizar los nutrientes) se pierden mas calorías en calor cuando se comen proteínas que si se ingieren hidratos o grasas. Así que utilicemos abundante pollo sin piel, pescado hervido o al horno, churrasco o asado de pulpa desgrasado, clara de huevo duro, queso magro, yogurt descremado, mariscos al natural, etc.

4- Carne roja: buena o mala? En los países sajones y en Japón, donde las vacas se crían a galpón comiendo granos y quizás con un parche de hormona de crecimiento detrás de la oreja, aún la pulpa desgrasada tiene cantidad de grasa entremezclada entre las fibras musculares que no se puede eliminar. De ahí el concepto de aquellos orígenes, que la carne no es buena para adelgazar. Sin embargo en

los países como por ejemplo Uruguay, donde las vacas son alimentadas a pasto, y llegan mucho mas "viejas" al peso de matanza la carne tiene mucho menos grasa "invisible" y es un excelente alimento siempre que el paciente no sea hiperuricémico o tenga una insuficiencia renal, y se utilice desgrasada, y se prepare a la parrilla, en la rejilla del horno o a la plancha, es decir sin el agregado adicional de grasas.

5- Dietas ad libitum hipograsas? Desde hace años los trabajos de Astrup y otros han demostrado que con estas dietas sin cantidad fija de calorías en las cuales se deja al paciente consumir la cantidad que desee de verduras, frutas, granos integrales, y lácteos descremados y carnes totalmente desgrasadas, pero se le limita muy estrictamente el consumo de grasas, se obtienen excelentes resultados, no solo de adelgazamiento, sino también en la salud en general. Hay que remarcar que por mas que sean dietas levemente hiperhidrocarbonadas, debe evitarse una cantidad de harinas blancas y feculentos que solamente lograrán que el paciente baje muy poco y haga eventualmente una hipertrigliceridemia. Ahora recordemos que por "excelentes resultados" tampoco hay que creer que son muchos kilos; en general son alrededor de 5 kgs. por año de promedio, lo que no parece mucho, pero sí lo es para una dieta "ad libitum" y sin fármacos.

6- Sirve la dieta de Atkin? Esta dieta y sus sucesores mas modernos, en las cuales se consume cantidad ilimitada de proteínas y grasas pero se restringe totalmente el consumo de hidratos de carbono a un mínimo, produce al inicio una perdida de peso intensa; sin embargo la mayoría del peso perdido no es tejido adiposo sino agua pues esta forma de alimentarse produce una deshidratación, además de una disminución franca del glucógeno hepático y muscular. Por eso después de un tiempo la gente ya no pierde peso con esta forma de alimentarse. Además en cierta cantidad de pacientes hay un aumento del colesterol y ácido úrico. Por eso no es una dieta muy aconsejable, por mas que es atractiva para algún tipo de paciente porque puede comer mucha proteína y grasa y pasa poca hambre; curiosamente muchos médicos la prefieren para sí mismos.

7- Sirven las dietas disociadas? Con esto pasa algo así como con la sicoterapia de apoyo o el surmenage: todo el mundo habla de eso pero nadie sabe exactamente como se define. Ahora bien, si por dieta disociada se entiende una dieta de alternativa en la cual se consume un tipo de comida por día (por ej. todo un día frutas, todo un día lácteos descremados, todo un día carnes, todo un día ensaladas), sí, sin duda sirven si se usan corto tiempo; el paciente en general, aunque se le deje comer la cantidad que quiera, hasta por aburrimiento no come tanto y adelgaza. Por supuesto son para hacer una semana o a lo máximo dos porque después aburren y el individuo en general engorda después en unos días lo que adelgazó en semanas. Si por dieta disociada se entiende días de hidratos y de días de proteínas, sin mezclar, siempre con poca grasa, también pueden ser útiles porque con estas dietas, en cualquiera de esos días,

es muy difícil que la cantidad de calorías ingerida sea mayor que la gastada. Por supuesto que otros efectos “metabólicos” como presumen algunos pacientes, no tienen.

8- El mito de los líquidos? Pocas cosas tienen tantos mitos; que no hay que tomar con la comida porque engorda (nonsense, aunque es cierto que tomar líquido con la comida a los gordos les permite comer más mientras que los flacos comen menos porque éstos se llenan con el líquido mientras que el gordo en general no); que no hay que tomar hasta horas después de hacer deporte (nonsense, es bueno tomar agua durante y después del deporte), que tomando mucho agua se adelgaza más (nonsense, hay que tomar lo que se necesita, cuando se tiene sed, pero tomar agua en exceso no sirve para gran cosa salvo llenar el estómago y que le quede menos lugar para comida) que hay que tomar líquidos sin gas (nonsense, el gas no tiene calorías, aunque en el momento por supuesto hincha un poco hasta que se absorbe).

9- El mito de la dieta sin sal por los edemas? Todos los gordos creen que retienen líquido y por supuesto que en muchos casos es cierto, ya sea por el edema inespecífico femenino, por insuficiencia venosa de miembros inferiores tan frecuente en el obesidad, por comer cantidades enormes de sal, y, a veces, por una patología importante como una insuficiencia cardíaca. Pero salvo en tal caso, en general no requiere tratamiento dietético especial salvo reducir francamente la sal a lo razonable, pero no hacer una dieta casi asódica, que solo va a aumentar la hipotensión ortostática que ya de por sí produce el adelgazar, sobre todo en jóvenes.

10- El mito de los refrescos light? Cada tanto aparecen noticias que los edulcorantes utilizados pueden ser dañinos (salvo que se tenga una rarísima fenilcetonuria, no lo son) o que pueden estimular el gusto por lo dulce (el gordo eso a lo tiene suficientemente estimulado!) así que en general, consumidos en cantidades razonables (tampoco mucho más de 1 litro por día) son una agradable ayuda para el pobre paciente.

11- Es adelgazante el calcio? Ojalá fuera! Muchos autores han publicado multitud de trabajos a favor (la mayoría) y en contra (algunos). Como es la situación real hoy en día? El calcio, se ha demostrado por Saris y Astrup, no tiene efecto de “estimular el metabolismo”, no fomenta la lipólisis ni disminuye la lipogénesis, etc. etc. , aunque sí tiene un -leve- efecto de producir una mínima esteatorrea por arrastre de las grasas intestinales. Eso es todo. Así que es bueno y sano ingerir abundantes lácteos descremados, que aportarán proteínas y calcio y dan cierta saciedad, pero el efecto adelgazante es mínimo.

12- Cuántas veces por día comer? Desde hace tiempo se sabe que cuantas más veces por día se coma, más efecto térmico de los alimentos se obtiene, por lo que algunos preconizan comer cada 3 horas,(lo que en los que trabajan hay que reducirlo y si se obtiene

que coman 4 veces por día ya es un triunfo), pero en lo que no hay discusión es que realmente hay que comer poco de noche porque la misma cantidad de calorías se asimila mas fácilmente si se va a dormir enseguida, tal como dice el dicho popular, y que hay que comer ordenadamente, ya que el efecto térmico de los alimentos es mayor en aquellos que siempre comen a la misma hora la misma cantidad de comidas por día, que los que comen desordenadamente, un día dos veces, y otro día cuatro o cinco veces por día a cualquier hora. En suma, sigue siendo importante la cantidad de calorías, pero también comerlas repartidas en un mínimo de 4 comidas, la de la noche con menos ingesta, y siempre aproximadamente a la misma hora en lo posible.

13- Sirven las medidas "conductuales" de alimentación? Sí, y mucho, aunque son difíciles de instrumentar. Si el paciente se entrena para comer siempre sentado y no frente a la heladera, en plato chico y no directamente de la fuente, apoyando los cubiertos en la mesa mientras mastica, y masticando mucho, etc. se habrá logrado mucho, pero necesita permanente refuerzo y recompensa porque es muy fácil recaer en los viejos hábitos (que, como los vuyos, nunca mueren). Este tema se analizará en profundidad en el 3er módulo.

14- Suplementos vitamínicos? Imprescindibles en dos situaciones: En los países en los que se consume comida congelada fundamentalmente (donde vitaminas y minerales se pierden en el líquido que resuman al descongelarse) y cuando se hacen dietas de muy bajas calorías. En planes de alimentación cualitativos en general no son necesarias salvo situaciones especiales (niños, adolescentes, embarazadas, calcio y vitamina D en menopausia, etc.)

15- Suplementos de fibra? Obviamente no adelgazan (eso que arrastran grasas del intestino es probablemente cierto pero de significación clínica mínima) pero es sin duda efectivo para los pacientes que no ingieren suficientes verduras y frutas para que normalicen el tránsito; el efecto "sacietógeno" por repleción gástrica nunca ha sido confirmado en trabajos serios.

16- Suplementos "nutricionales"? Bajo ese concepto algo vago se comercializan infinidad de productos con supuestas actividades beneficiosas como estimular la termogénesis, disminuir la absorción de las grasas, aumentar la masa muscular, etc. Lo mas piadoso que se puede decir de esos productos es que su efecto nunca se ha documentado. Lo mas serio que se puede decir es que algunos han resultado tóxicos. Así que mejor evitarlos.

17- Dieta en niños? Como nos enseñara el maestro Rodolfo Maggi es importante identificar y tratar al niño obeso porque un tercio de los adultos obesos fueron niños obesos y dos tercios de los niños obesos serán adultos obesos. Y si recordamos los 3 periodos de riesgo (prenatal porque los recién nacidos de alto peso tienen mas chances de hacerse niños obesos, a los 6 años, época del empuje

adipocitario y adolescencia) vemos que el pediatra debe actuar siempre. Mas allá que la inactividad física en esta época de TV y computadoras, pareciera que es incluso mas importante que la alimentación, la dieta del niño obeso debe ser cualitativa (aquí especialmente las cuantitativas están bastante fuera de lugar), muy variada (para que de adulto coma algo mas que la milanesa con fritas),divertida (identificarle qué puede comer en locales de comidas rápidas y cumpleaños), adaptada a sus gustos(no intentar demasiado que coman verduras verdes para lo cual están genéticamente impedidos porque atávicamente los productos verdes eran posiblemente venenosos y los que los comían de niños no llegaban a transmitir sus genes de adultos) y debe ser adaptada a su medio, para que el niño no se sienta diferente (que es lo que mas les molesta).

18- *Dieta en adolescentes?* Se estipula generalmente que el adolescente obeso no debe en realidad adelgazar sino que tiene que ir creciendo sin aumentar de peso (que al fin y al cabo viene a ser un lindo adelgazamiento lento) para que con un adelgazamiento rápido no se inhiba su crecimiento. Los planes de alimentación cualitativos, hiperproteicos son aquí muy útiles. Hay que recordar que debido a su actividad metabólica estos chicos, si hacen algo de actividad física, pueden adelgazar, aunque levemente, aún con dietas de 40 e incluso 45 calorías por kilo de peso, lo que significa para un adolescente por ejemplo de 60 kilos que hace algo de deporte, que aún con 2.500 calorías diarias (y eso es bastante comida) adelgazará unos kilos por año, o irá creciendo sin aumentar de peso. Así que si no adelgaza es porque probablemente está "robando" cantidad de golosinas y requerirá (en vez de retarlo) sicoterapia o eventualmente fármacos.

19- *Dieta en embarazada?* Toda embarazada, aún obesa, tiene que aumentar algo de peso en el embarazo, aunque por supuesto cuanto mas gorda lo comience , menos debiera aumentar; en general se acepta si tiene leve exceso de peso, aumentar 8 a 10 kilos; si tiene obesidad importante, aumentar de 4 a 8 kilos (que es como si adelgazara un poco, lo que no es nada fácil de obtener) Se recomienda dietas levemente hipocalóricas balanceadas; que significa eso? Que si se le calcula 30 gr. por kilo de peso de inicio del embarazo vamos a ir bien, (nunca menos de 2000 calarías), la va a poder hacer, va a estar bien alimentada y no va a aumentar demasiado. Hacerla hiposódica. Agregarle polivitaminas y minerales (calcio, hierro, ácido fólico, etc.).

20- *Dieta en mujer que da pecho?* Si recordamos que en promedio el lactante le "saca" unas 600 calorías o mas por día, aquí una dieta de aproximadamente 35 calorías por kilo peso post parto, hiperproteica va a permitir que la puérpera vaya adelgazando lentamente sin que se desnutra ni le "falte" leche. Agregarle polivitaminas y minerales. Recordarle reiniciar ejercicio.

21- *Dieta en obeso con diabetes?* Naturalmente que el paciente obeso con una diabetes II representa habitualmente, salvo

excepciones, el absoluto fracaso de no haber detectado años antes al obeso con insulinoresistencia y haberlo tratado adecuadamente. Un vez instalada la diabetes lo que se recomienda clásicamente es una dieta hipocalórica moderada con un mínimo de alrededor de 125 a 150 gr. de Hidratos de Carbono diarios (del tipo de los complejos, ricos en fibra), hiperproteica si no tiene insuficiencia renal, y levemente hipograsa (con muy pocas grasas saturadas) , pero además está decir que para que eso funcione y realmente el obeso diabético adelgace en general necesita fármacos. Por otra parte recordar que si es un hipertrigliceridémico, lo que es muy frecuente, el alcohol debe ser totalmente proscripto.

22- Dieta en obeso hipertenso? Sólo hay que agregar a las características de la dieta, la reducción de la sal, en lo posible a menos de 2 gramos de NaCl diarios. Las sales artificiales "sin sodio" pueden ser útiles pero hay que agregarlas en pequeñas cantidades y cuando la comida ya está cocida; no usarlas en insuficiencia renal(tienen mucho potasio). Condimentar con hierbas aromáticas (perejil, tomillo, orégano, estragón, adobo), condimentos tipo curry y nuez moscada, así como vinagre balsámico. La idea que el uso de abundante ajo desciende la presión arterial, no tiene fundamento científico comprobado.

23- Dieta en obeso hiperuricémico? Además de reducir la carne roja y prohibir las achuras y embutidos, no olvidar que pollo y pescado también tienen bastante ácido úrico; estos pacientes son buenos candidatos a una dieta lacto-vegetariana si los podemos convencer de ello, alimentándolos con verduras (sin espinaca que tiene bastante ácido úrico), ensaladas, frutas, lácteos descremados, clara de huevo y granos integrales. Además deben adelgazar lentamente para no provocarles un ataque de gota ya que el adelgazamiento ya de por sí aumenta frecuentemente un poco el ácido úrico.

24- Dieta en obeso con insuficiencia renal? Antes los insuficientes renales eran habitualmente pacientes que asustaban por su adelgazamiento, pero ahora con la mejoría de la terapéutica de la insuficiencia renal, son frecuentemente excedidos de peso. Requieren siempre la ayuda de la nutricionista para los cálculos exactos; también son buenos candidatos para una lacto-vegetariana.

25- Dieta en obeso de tercera edad? Solo debe tratarse la obesidad importante, y siempre con adelgazamiento lento! Dieta cualitativa, con ingestas frecuentes, balanceada, hipograsa, normoproteica, hiperhidrocarbonada con cereales integrales y abundante fibra y agregado de vitaminas y minerales si el paciente mayor tiene tendencia a comer pocos vegetales y frutas crudas, lo que sucede frecuentemente. También agregar calcio.

26- Dieta en obeso vegetariano? Esta situación que se daba poco antes, pero ahora se ve mas frecuentemente, posiblemente por

razones místicas postmodernas , se resuelve muy bien con la dieta arriba mencionada en estos pacientes.

27- Dieta "gourmet"? Si bien a la mayoría de los obesos les gusta mas leer sobre recetas especiales , que hacerlas efectivamente, porque les da mucho trabajo, algunos se convierten en expertos cocineros light, lo que mejora mucho su adherencia al tratamiento. Hacer una salsa portuguesa light (tomate, morrón, cebolla y zanahoria picado y cocinado con un poco de agua saborizado con hierbas aromáticas) mejora cualquier carne y aprender a hacer omelettes o soufflés sin yema y postres con gelatina diet y edulcorantes, es fácil y hace la vida del obeso mas agradable.

28- Sirven los productos comerciales "dietéticos"? Claro que sí! Obviamente hay que enseñarle al paciente que no son sin calorías, porque si come el doble de una mayonesa o mermelada light que tiene la mitad de calorías que la común, naturalmente va a ingerir la misma cantidad de calorías que antes! Pero sin duda que hacen la vida mas fácil si se saben usar! También descartar lo que no sirve (por ejemplo el chocolate para diabéticos que tiene casi las mismas calorías que el común).

29- Y que hay de la dieta "cero"? Que ayunando se adelgaza no es noticia, pero si se hace más de 24 horas también se pierde mucha masa magra (tejido conjuntivo y muscular) por lo que se prefiere, de buscar algo extremo, hacer las dietas de muy bajas calorías con ingesta de proteínas en polvo y algo de azúcar para asimilar mejor las proteínas. De todas formas son sólo para hacer en ambiente controlado pues es frecuente la hipotensión ortostatica, las alteraciones iónicas, el estreñimiento, etc. y además recordar que a menudo tienen un importante fenómeno de rebote.

30- Se puede adelgazar sin dieta? Se puede, en dos condiciones, una ideal y la otra muy mala. La ideal: Haciendo mas de una hora y media de ejercicio vigoroso diario; desde las recomendaciones de la Stock Conference de hace unos años sobre resultados demostrados, con este nivel de actividad física (que no es nada fácil de lograr) prácticamente todos los obesos adelgazan y se mantienen flacos y sanos. La otra, muy mala, es sólo con anorexígenos, sin plan de alimentación concomitante. Puede ser que se baje algo, pero si no se ha producido la reeducación alimentaria, indefectiblemente se va a volver a subir de peso cuando se abandone los fármacos salvo que se tomen indefinidamente (y aún así hay una leve tendencia a volver a aumentar si no se reeducaron).

31- Que se logrará con la nutrigenómica ? Esta nueva rama de la genética, dicho en una sobre-simplificación, tratará de identificar las variaciones genéticas en cada paciente que le hacen adelgazar más con un nutriente que con otro y /o que lo hacen mas propenso a alteraciones metabólicas con ciertos alimentos que con otros, por lo que posiblemente en el futuro se podrán establecer dietas

personalizadas sobre bases científicas y no empíricas solamente como ahora



Agradecemos el apoyo de:

Diamond Sponsors

ROCHE INTERNATIONAL

