

OBESIDAD, UNA ENFERMEDAD CRÓNICA Y RECURRENTE. ¿PODEMOS GANAR LA BATALLA?

OBESITY, A CHRONIC AND RECURRENT DISEASE. CAN WE WIN THE BATTLE?

En las últimas dos décadas, múltiples organizaciones y sociedades científicas, referentes internacionales y nacionales, han publicado declaraciones reclasificando a la obesidad como una enfermedad crónica, progresiva y recurrente. Así, la obesidad ha pasado de ser considerada un factor de riesgo, a una enfermedad primaria. La obesidad no es solo una condición subyacente a enfermedades crónicas no transmisibles, como la enfermedad cardiovascular, diabetes 2 y el cáncer entre otras, sino que es una condición de enfermedad por sí misma afectando a la población en forma epidémica, universal y en todo el rango de edades, con dos poblaciones especialmente críticas para la perpetuación de la epidemia: los niños y las mujeres en edad fértil. Si bien el primer documento en el que se usa el término epidemia referido a la obesidad data de 1998 (OMS), referencias históricas indican que el IMC ha ido aumentando en los últimos 300 años. En paralelo, el reconocimiento del carácter patológico de la obesidad tiene antecedentes de 250 años atrás cuando Malcom Flemmyng señalaba que la "corpulencia cuando es de grado extraordinario puede ser reconocida como enfermedad". A partir de entonces, y a pesar de las controversias, la importancia de clasificar a la obesidad como enfermedad para abordar la prevención y tratamiento de manera consistente ha sido postulada una y otra vez. Actualmente, son numerosas las publicaciones con las que sociedades internacionales recomiendan identificarla como enfermedad. En 2008, The Obesity Society (TOS) declara que la obesidad es una enfermedad, la AMA lo hace en el 2013, y adhieren rápidamente otras organizaciones y sociedades, como la Organización Mundial de la Salud (OMS), Food and drug administration (FDA) y, recientemente, la World Obesity Federation (WOF), las cuales adhieren a este posicionamiento.

En el presente número, la revista Actualización en Nutrición publica el documento de posición "La obesidad es una enfermedad" (pp. 5-7), elaborado por las siguientes sociedades firmantes: Sociedad Argentina de Diabetes, Sociedad Argentina de Nutrición, Sociedad Argentina de Cirugía de la Obesidad, Sociedad Argentina de Obesidad y Trastornos Alimentarios, Sociedad Argentina de Cardiología, Sociedad Argentina de Endocrinología y Metabolismo, Sociedad Argentina de Medicina, Sociedad Argentina de Hipertensión Arterial y Federación Argentina de Cardiología, las que adhieren y establecen que la obesidad es una enfermedad y exhortan a los proveedores de salud a "mejorar el conocimiento por parte de pacientes y proveedores de salud de los recursos disponibles para el manejo de la obesidad, así como instalaciones adecuadas para su cuidado" (pp. 6).

¿Cuál es el impacto de este cambio de paradigma? Reconociendo el ambiente adverso que condiciona la epidemia universal de la obesidad y las dificultades para su control, su reclasificación como enfermedad busca como primer objetivo disminuir los efectos adversos que esta tiene en la salud de la población.

Podemos reconocer 4 ejes en los que la recategorización de la obesidad puede tener efecto, frente a los cuales se deberían implementar cambios.

POBLACIÓN AFECTADA

Las estadísticas reportan en el mundo más de 2 billones de personas con exceso de peso incluyendo sobrepeso (IMC ≥ 25) y obesidad (IMC ≥ 30). En nuestro país, las cifras de la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNYS) muestran que en la población adulta la prevalencia de exceso de peso fue del 67,9 %, de los cuales el 33,9 % ya eran obesos; mientras que en la población de 5 a 17 años la proporción de sobrepeso y obesidad fue del 20,7 % y 20,4%, respectivamente. Sin embargo, cuando se analiza la carga de enfermedad y mortalidad, el 60 % está asociado a un IMC superior a 30. Entonces, ¿cuál sería el punto de corte para considerar una persona con exceso de grasa corporal como portador de una enfermedad? La WOF en su documento de posición considera a la obesidad al igual que a la hipertensión o a la hipercolesterolemia como

un proceso patológico, y que el peso como el colesterol o la tensión arterial son variables continuas. El IMC es la medida ampliamente usada como medida indirecta para evaluar la adiposidad; no obstante, sobre un amplio rango de IMC las implicancias en la salud de un individuo en particular no pueden ser comprendidas sin una evaluación médica. La European Association for the Study of Obesity (EASO) recomienda ir más allá del IMC y personalizar la evaluación del riesgo y morbilidad incorporando tres dimensiones: etiología, grado de adiposidad y riesgo para la salud. Aun reconociendo el valor operacional de utilizar un umbral diagnóstico, este umbral debe ser un indicador para la evaluación médica del paciente en el contexto de las alteraciones somáticas, metabólicas y psicológicas inherentes a la obesidad. El riesgo de asumir una medida estadística es la posible baja sensibilidad, por eso la importancia de considerar el IMC como una variable continua en la asociación con morbilidad. En la misma línea, en el año 2009 se publicó el EOSS acrónimo de Edmonton Obesity Staging Sistem, una herramienta de estadificación para la orientación terapéutica, que utiliza la clasificación de la obesidad en tres categorías, de acuerdo con el IMC y la estadificación en 4 estadios respecto de la asociación con comorbilidad.

Una preocupación presente con relación a denominar a la obesidad como enfermedad es el hecho de que algunas personas con obesidad no tienen ninguna alteración, ni condición de riesgo en el momento de la evaluación. Por lo tanto, cabe preguntarse: ¿Es medicalizar personas sanas? ¿Esto puede determinar que sean víctimas de estigmatización? Si bien estas personas son llamadas en la literatura científica como "obesos sanos", los estudios muestran claramente, en el seguimiento a largo plazo, que el 50 % o más de estos individuos desarrollan alteraciones patológicas por su obesidad en el curso de su vida, habiéndose perdido la oportunidad de la prevención. Este efecto del tiempo sobre los factores de riesgo está claramente demostrado en el estudio Framingham, comentado en el documento de posición "La obesidad es una enfermedad" (pp. 5-7). Por otra parte, la discriminación puede estar presente con más fuerza cuando la obesidad es considerada desde un punto de vista errado, como una elección de estilo de vida o producto de malos hábitos por falta o pobre control de la voluntad, que cuando es vista desde un modelo epidemiológico como el resultado de una enfermedad con un agente causal ambiental afectando a un huésped, con factores biológicos predisponentes que condicionan el balance de energía positiva y procesos subyacentes que llevan a la condición de enfermedad recurrente.

EQUIPO DE SALUD

Otro eje análisis se centra en cuáles son los cambios que se deben generar en el equipo de salud al considerar a la obesidad como una enfermedad. Es una prioridad incluir la enseñanza acerca de la obesidad en la currícula, tanto en el pregrado como en el posgrado para clínicos y profesionales de las especialidades que atienden la obesidad y sus complicaciones, licenciados en nutrición, enfermeros y profesionales de la salud mental. No es suficiente con incluir conocimientos sobre la compleja multicausalidad y los mecanismos fisiopatológicos que la convierten en una enfermedad multisistémica, sino que es necesario un pensamiento obesológico que posibilite un abordaje que tenga en cuenta los factores limitantes para su tratamiento. De este modo, se corre al paciente del lugar de culpable, para evitar que se frustre en la atención, ante lo que aparece como un fracaso terapéutico. Algo central es el cambio de la relación médico -paciente para la atención de la enfermedad crónica, así es posible cambiar el rol pasivo para ubicar al paciente en el centro del tratamiento. Considerar al individuo con obesidad como una persona y no solo como un paciente, utilizando el término "persona con obesidad", en lugar de "persona obesa", evita la deshumanización y los estereotipos errados que estigmatizan a la persona con obesidad.

Este cambio conceptual es fundamental en la atención de las enfermedades crónicas y requiere formación en técnicas de educación terapéutica, motivacionales, cognitivo conductuales y, al mismo tiempo, implica poder integrar equipos interdisciplinarios como modelo de atención, en lugar del modelo fragmentado.

POLÍTICAS PÚBLICAS

A nivel de las políticas públicas, el reconocimiento de la obesidad como enfermedad trae en paralelo, por un lado, poner en consideración la carga económica en los individuos afectados, reducción de la fuerza de trabajo y productividad, incremento del ausentismo y disminución en el rendimiento académico y, por otro, la derivación para la sociedad del costo del tratamiento. Se ha establecido que reduciendo la incidencia y prevalencia de la obesidad en un punto de porcentaje, potencialmente, se podrían evitar 1-3 millones de casos de diabetes 2, enfermedades cardiovasculares, incluyendo la hipertensión y algunos tipos de cáncer, de acuerdo con cálculos realizados para la población europea. Esta información es esencial cuando se tienen que definir las políticas de salud en la evaluación del costo-efectividad. Los programas de prevención y tratamiento de la obesidad deben incluir a diferentes ámbitos y como exhorta el documento intersocietario

que se publica “mejorar el conocimiento de pacientes y proveedores de salud de los recursos disponible para el manejo e instalaciones adecuadas”. Esto implica el acceso a cobertura para el tratamiento de la obesidad basados en la evidencia y programas preventivos para población pediátrica a implementarse desde la escuela. Asimismo, se deben sumar los esfuerzos necesarios en la industria alimentaria (ley de etiquetado) y garantizar alimentos saludables como parte de la seguridad alimentaria de la población de menos recursos, que es la afectada con la mayor prevalencia de obesidad y comorbilidad asociada. Esto debe ir acompañado de educación nutricional. El espacio público también debe estar en el foco de atención para garantizar la seguridad y posibilitar su utilización para la actividad física, incluyendo ámbitos de trabajo, escuela, la oferta alimentos saludables en los kioscos escolares, como réplica de las experiencias positivas realizadas en el país.

En una importante publicación reciente, la EASO respalda la Carta de Milán comprometiéndose acciones específicas dirigidas a la obesidad como enfermedad con el objetivo de asegurar una mejor calidad de vida para personas con obesidad viviendo en grandes áreas urbanas.

EN EL CAMPO CIENTÍFICO

Desde la investigación y las sociedades científicas se viene produciendo un enorme cuerpo de conocimientos con amplia documentación y evidencia en favor de la obesidad como enfermedad crónica recurrente, de la comorbilidad, la condición multifactorial y sus consecuencias.

En la última década, el conocimiento de los mecanismos epigenéticos incorpora un entendimiento significativo en la interacción de los factores genéticos y ambientales y en los mecanismos que actúan perpetuando la epidemia. Este esfuerzo provee un creciente caudal de conocimientos en las causas, consecuencias y avances en el tratamiento basado en evidencia con intervenciones innovadoras en farmacología y cirugía de la obesidad. En este número, por iniciativa de la Sociedad Argentina de Nutrición, se publica el “Consenso Intersocietario para el tratamiento de la Obesidad en Adolescentes en Argentina” (pp. 8-42).

¿SE PUEDE GANAR LA BATALLA? ¿PUEDE REVERTIRSE LA EPIDEMIA?

El aumento global de las enfermedades no comunicables, incluyendo la obesidad diabetes tipo 2, enfermedades cardiovasculares, está influenciado por los altos niveles de urbanización, el aumento de la edad de la población, el cambio de estilo de vida a patrones sedentarios, desórdenes en los patrones del sueño inequidad social, y promoción y consumo de alimentos no saludables. De acuerdo con las palabras de Benjamin Caballero (2019), uno de las dificultades centrales para confrontar la epidemia de obesidad es el hecho de que muchos de los factores cruciales de riesgo no pueden ser cambiados desde esfuerzos individuales; por el contrario, requieren de acciones nacionales e incluso globales. Los cambios necesarios en el ecosistema obesogénico requieren de la acción mancomunada de gobiernos, sector privado organizaciones no gubernamentales, además de los especialistas que orienten las acciones. Aun así, generando la más amplia concientización, los cambios van a ser lentos y con poco efecto en la epidemia.

A corto plazo los programas deben ser tempranos, dirigidos a prevenir la obesidad infantil y, más tempranos aún direccionados a la mujer en edad fértil, con el objetivo de prevenir el efecto en los mecanismos epigenéticos que actúan a nivel intergeneracional y que perpetúan la epidemia de obesidad.

La obesidad enfermedad requiere de planes para el manejo de la obesidad ya instalada, se debe facilitar el acceso al diagnóstico, atención y manejo de las complicaciones con acceso a intervenciones nutricionales basadas en la evidencia, y atención por especialistas en el segundo nivel de atención con equipos interdisciplinarios que incluyan la atención psicológica, farmacológica y quirúrgica cuando está indicada. Es necesario un esfuerzo continuo y efectivo para controlar la morbilidad y la recurrencia de la obesidad, así como la toma de conciencia para, gradualmente, poner a la obesidad y sus consecuencias bajo control.

Dra. Carmen Sylvia Mazza

Médica Pediatra, especialista en Nutrición Pediátrica,
Hospital de Pediatría J.P. Garrahan

REFERENCIAS

1. Bray GA, Kim KK, Wilding JPH. On behalf of WORLD Obesity Federation. Obesity: a chronic relapsing progressive disease process. A position statement of the World Obesity Federation. *Obesity Reviews* 2017; 7:715-723.
2. Kyle TK, Dhurandhar EJ, Allison DB. Regarding obesity as a disease. *Endocrinol Metab Clin N Am* 2016; 45:511-520.
3. Batsis JA, Sahakyan KR, Rodriguez-Escudero JP, Bartels SJ, Lopez-Jimenez F. Normal weight obesity and functional outcomes in older adults *Eur J Intern Med* 2014 ;25:517-522
4. Jastreboff AM, Katz CM, Kohen S, Kelly AS, HEYMSFIELD SB. Obesity as a Disease: The Obesity 2018, Position Statement. *Obesity* 2018; 27:7-9.

5. Hebebrand J, Holm JC, Woodward E, Baker E et al. A Proposal of the European Association for the Study of Obesity to Improve The IDC-11 Diagnostic Criteria for Obesity Base on the Three Dimensions Etiology, Degree of Adiposity and Health Risk Obes Facts 2017; 10 (4):284=307.
6. Sharma AM, Kushner RF. A proposed clinical staging system for obesity. International Journal of Obesity 2009; 33(3):289-295
7. Caballero B. Humans against Obesity: Who Will Win. Adv Nutr 2019; (10 suppl1): S4-S9.
8. Carruba MD, Busetto L, Bryant S ET AL The European Association for the Study of Obesity (EASO) Endorses the Milan Charter on Urban Obesity. Obes Facts 2021;14:162-168.