

DIETAS PARA LA OBESIDAD Y SUS CONTROVERSIAS

Dr. J. M. Galparsoro

Hospital Santa Bárbara. Soria

La reducción de la grasa corporal, cuando existe un problema de sobrepeso u obesidad, debe conseguirse con objetivos a medio y largo plazo, siguiendo una alimentación equilibrada que puede mantenerse largo tiempo sin olvidar la actividad física. El papel que juega la alimentación es importante pero no se debe adelgazar solamente reduciendo la ingesta de alimentos, porque los resultados suelen ser poco satisfactorios.

Cualquier tratamiento de la obesidad tiene que pasar por el cambio de los hábitos nutricionales, no para comer poco sino para comer distinto, así como los hábitos de vida.

Existe unanimidad en cuanto a los objetivos que hay que conseguir cuando se plantea una dieta en un niño:

- *conseguir el peso adecuado para la talla
- *conservar el peso en límites normales
- *mantener crecimiento y desarrollo normales

No existe consenso sobre la edad en la que se puede iniciar dieta con restricción calórica, ya que algunos hablan de poder iniciarla a partir de los 2 años y la mayoría a partir de los 5 años, aunque algunos prolongan el inicio hasta los 7 años.

Unanimidad absoluta, se halla en las revisiones, en cuanto a los fracasos en el tratamiento, la mayoría hablan del 70-90% y más de uno se plantea si merece la pena tratar la obesidad. Por ello cualquier tratamiento que inicie exige aceptación y disciplina por parte del paciente.

El tratamiento nutricional de la obesidad se plantea, de forma clara, con la restricción calórica, del 20-25% del total diario, con un aporte 1000 Kcal/día en la edad escolar, aumentando en la adolescencia hasta 1500 Kcal/día. En dependencia de si se cumplen ó no los objetivos marcados en los sucesivos controles de peso. La distribución calórica de la dieta habitualmente debe ser de 55% de H. de Carbono, 30-35% de grasas y 12-15% de proteínas.

En el caso de la obesidad, generalmente se restringe el aporte de H. de Carbono con aumento porcentual de proteínas de alto valor biológico, manteniendo el porcentaje de lípidos. Se suplementan con vitaminas, minerales, ácidos grasos esenciales y, como

mínimo, 1,5 l de agua al día. Suele haber una pérdida semanal de 400-500 grs., duran de 4 a 8 semanas y requieren control médico. Son bien toleradas y no se tiene sensación de hambre.

En algunos casos se restringe hasta el 40% el aporte calórico en adolescentes sin modificar los porcentajes de principios inmediatos, añadiendo fibra. Se hace en pacientes con IMC > 30, pliegue tricípital > p97 y complicaciones asociadas. Requiere ingreso hospitalario y según los autores, sin riesgos a partir de los 5 años de edad.

Otras dietas utilizadas en la obesidad infantil

Además de estas consideraciones existen gran variedad de dietas que vamos a repasar a continuación y que por sus características presentan problemas y son, alguna de difícil aplicación y la inmensa mayoría imposibles de utilizar por el riesgo que presentan para la salud del paciente.

Dieta semáforo

Es una de las mas utilizadas y consiste en no mezclar *alimentos* verdes (verduras y hortalizas) de consumo libre, amarillos (H. de Carbono de absorción lenta, legumbres, patatas, frutos secos, aceite vegetal, leche y lácteos semidesnatados, huevos, carne no embutido, fruta y agua natural) de consumo limitado, con *alimentos rojos* {carne(cerdo, cordero, pato, embutido), dulces, repostería, cacao, bebidas excepto zumo natural no azucarado ó agua} de consumo muy limitado. Utilizada desde la edad preescolar hasta la preadolescencia. En obesidades más severas algunos recomiendan iniciar dieta más rigurosa durante un mes.

Dietas vegetarianas.

Incluyen en su dieta alimentos de origen vegetal excluyendo los de origen animal. Estas dietas están generalmente relacionadas con motivaciones religiosas y/ó filosóficas.

Nutricionalmente la proteína vegetal tiene menos calidad nutricional que la animal y frecuente es la carencia de vitamina B12.

La dieta *ovolactovegetariana* es una variante de la dieta vegetariana que incluye lácteos y huevo en su alimentación, presentando déficit de Fe y Ca. Algunos mas estrictos toman los huevos crudos y la leche sin pasteurizar con lo que añaden riesgo de toxiinfección alimentaria. Además al no ser tratados, algunos alimentos presentan quelantes que comprometen la absorción de alimentos.

Dietas macrobióticas

Relacionadas con el budismo Zen. El Yin representa la fuerza suave, alcalina, femenina) y el Yan representa la resistencia, ácida, masculina.

Son dietas graduales, en 7 etapas. Por ejemplo, en la 3ª el 30% de lo ingerido son productos animales, 30% verduras, 20% fruta, 10% soja y 10% cereales. En la 7ª etapa el 100% cereales.

Limitan el consumo de agua y no el de alcohol

Dietas higienistas

Se basan en la combinación ó separación de alimentos en una misma comida. No mezclan grasas y proteínas (aceite y carne), almidones y alimentos ácidos (patata/arroz con limón/naranja).

Lo justifican por la incapacidad de los fermentos digestivos de absorber ó no determinados productos sin tener en cuenta la especificidad de las enzimas digestivas.

Las más conocidas son la *dieta disociada de Hay*, se basa en la creencia de que las proteínas y los hidratos de carbono no pueden ser digeridos y asimilados juntos en la misma ingesta porque las primeras necesitan medio ácido para su digestión y los hidratos de carbono medio alcalino, y la *dieta disociada de Antoine*, en la que cada día de la semana se come un alimento diferente de forma monótona.

Son dietas peligrosas por ser desequilibradas y peligrosas que crean mala educación nutricional.

Dietas hipergrasas

Se basan en reducir de forma importante los Hidratos de Carbono sustituyéndolos por grasas. Se utilizan cortos periodos de tiempo por su escasa palatabilidad.

La más popular es la *dieta del Dr. Atkins*, el libro publicado sigue vendiendo millones de ejemplares. La insulina es la responsable del aumento de peso por lo que el azúcar es peligroso. Si se consume grasa se estimula la secreción de acetona eliminando la sensación de hambre. Si al organismo le damos poco combustible (hidratos de carbono) utilizará el combustible almacenado (grasa). Es una dieta cetogénica con un aporte de proteínas inferior al 20%, hidratos de carbono menos del 5% y grasas más del 75% y ácidos grasos saturados y rica en colesterol. El exceso calórico origina consumo de glucógeno y de agua ligada a él con rápida pérdida de peso que se recupera al tomar hidratos de carbono. Tiene aporte limitado de vitaminas liposolubles, Ca y Mg. Producen aumento de ácido úrico, estreñimiento y frecuentes alteraciones cardíacas.

Otra también popular es la *dieta de Montignac*, en la que la glucosa es un tóxico que hay que evitar. Permite tomar gran cantidad de alimentos, quesos, embutidos, carnes sin mezclarlos con pan, fécula, etc. prohíbe el consumo de leche, chocolate, frutos secos, azúcar, patata, arroz blanco, alcohol. Al no ingerir hidratos de carbono se liberan cuerpos cetónicos con los consiguientes efectos secundarios.

Menos utilizada la *dieta de Pemmington* con consumo libre de proteínas y líquidos y baja ingesta de hidratos de carbono. Los alimentos esenciales de esta dieta son carne, mantequilla y fruta.

La *dieta de Lutz* propugna “vivir sin pan”. Limita los hidratos de carbono y aconseja consumir carne y grasas sin limitaciones.

Son dietas muy peligrosas, no producen pérdida de grasa sino que la pérdida es de agua por lo que se recupera el peso fácilmente.

Dietas hiperprotéicas

En las dietas de adelgazamiento razonables se disminuye el contenido de hidratos de carbono y grasas aumentando el de proteínas consiguiendo pérdidas de peso razonable sin deterioro orgánico.

Basándose en esto aparecieron dietas con bajo contenido calórico, 800 calorías al día ó menos. Son fórmulas comerciales en forma de polvo reconstituidas con agua con aspecto de sopa ó batido. Son conocidas comercialmente *Optifast, Modifast, dieta Cambridge, dieta del ayuno modificado...* Utilizan proteínas de alto valor biológico e hidratos de carbono con pequeñas proporciones de grasa. Alto consumo proteico 0,8-1,5 grs/Kgr de peso ideal/ día añadiendo vitaminas, minerales y ácidos grasos esenciales siguiendo las normas alimentarias lo cual las hace técnicamente válidas. Sin embargo, el inconveniente que presentan es que reemplazan una comida completa por un batido lo que origina mala educación nutricional. Duran de 4 a 8 semanas. Son bien toleradas y no se tiene sensación de hambre durante la dieta. Se suelen utilizar en obesidades importantes y requieren vigilancia médica pues la pérdida rápida de peso puede originar alteraciones cardiacas, sobre todo en pacientes hipertensos.

Variantes peligrosas son la *dieta de la proteína líquida* y la *dieta de la última oportunidad* que por sus características han originado muertes. Otras variantes son el *régimen de Scardale, la dieta Cooley* y la *dieta de Hollywood*.

Dietas pintorescas

Contraindicadas en pediatría basadas en criterios erráticos y que son seguidas porque el nombre es reclamo publicitario a través de centros médicos de prestigio, estrellas de cine, deportistas, etc. Las mas conocidas son *dieta de la Clínica Mayo, dieta de la bailarina Erna Carise, dieta para mejorar la sexualidad, dieta rastafari, dieta de la leche y el plátano, dieta de Victoria Principal, cronodieta, dieta de Beverly-Hills, dieta Humplik, método pakistaní, dieta del grupo sanguíneo, dieta para quemar grasa...*

Bibliografía

Moreno B., Hernandez E.,Ortega R., Lajo T. "Mitos, procedimientos y dietas milagro".En "Obesidad en el tercer milenio".Madrid. Ed. Médico Panamericana.2004

"Control de peso de forma saludable". Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Comunidad Autónoma de Madrid.2007

Gonzalez López-Valcarcel B. "La obesidad como problema de salud y como negocio". Gestión Clínica y Sanitaria. Volumen 7. Número 3.Otoño 2005

Ballabriga A., Carrascosa A."Nutrición en la infancia y adolescencia". Tercera edición. Capítulo 19.2006

Bueno M., Sarria A., Perez-Gonzalez J.M. "Nutrición en pediatría".2ª edición. Capítulo 37.2002

Serra Ll., Aranceta J. "Obesidad infantil y juvenil".Estudio EnKid (1998-2000)Volumen 2. Pag 131-137.2001

Obesidad infantil. Recomendaciones del Comité de Nutrición de la Asociación Española de Pediatría. Diagnóstico. Comorbilidades. Tratamiento.2006

Evaluación del sobrepeso y la obesidad. Consenso SEEDO

Tojo R., Leis R. "La obesidad en niños y adolescentes".Pag 141-143.2004

Anales del Sistema Sanitario de Navarra."Obesidad infantil".En Obesidad Volumen 25. Septiembre 1.Chueca M., Azcona C., Oyarzabal M. Pag 127-141.2002

Serra Ll., Aranceta J.,Rodríguez F., "Crecimiento y desarrollo". Estudio EnKid. Volumen 4 ;102-111.2003

Clínicas Españolas de Nutrición. Volumen 1. Capítulo 17; 191-198. 2005

Gutierrez M.C., Azaez M.T. "La información al consumidor en los productos diabéticos"; 175-185. 2002

Abete I., Parra M.D.,Martinez J.A. “Modelo de dietas usadas en el tratamiento y prevención de la obesidad”. Metab Nut 2006-4; 89-103

Moreno L.A., Olivera J.E. “Obesidad”. En Protocolos diagnósticos y terapéuticos en Pediatría. Tomo 5. Gastroenterología, hepatología y nutrición. Madrid. AEP. 2002; 253-260

Martul P., Rica I.,Vela A, Grau G. “Tratamiento de la obesidad infanto-juvenil. Anales Españoles de Pediatría 2002.;56 supl 4,17-27