

Obesidad en el siglo XXI

Javier Durán y Lupe Blay. Grupo de Nutrición de la SEMG

Hablar de obesidad en la actualidad supone, cuando menos, una sensación de batalla perdida, cuando no ya de una guerra en su totalidad. Cada vez son más numerosos los estudios que demuestran que en nuestra "civilización occidental" los porcentajes de población con sobrepeso o con obesidad manifiesta son mayores, al igual que un aumento moderado de su mortalidad cardiovascular y cánceres relacionados con la obesidad (JAMA 2005); a su vez, estos mismos porcentajes son también mayores en edades cada vez más precoces.

Evidentemente la obesidad traduce un estado de malnutrición por exceso. Sigue siendo válido el aforismo de que medio mundo se muere por no abrir la boca y el otro medio por abrirla demasiado. ¿Por qué ocurre esto? ¿Qué está fallando? ¿Quién falla? ¿Qué se podría hacer para remediar esta situación?

Sabemos que la historia familiar de obesidad es una variable importante en el desarrollo de la obesidad infantil; los cambios epigenéticos (patrones hereditarios de la expresión de genes) inducidos por la dieta se heredan. El 50% de la herencia en la obesidad (fenotipo) está en nuestros genes (acelerador y freno de la obesidad), pero el otro 50% lo debemos a la influencia ambiental (combustible).

Nunca antes la población había tenido tanta información, tantos cuidados y controles socio-sanitarios, tanta oportunidad de consultar con los servicios sanitarios: basta con elegir al azar en una historia digital el número de consultas realizadas, tanto programadas como de libre demanda que acumulan hoy nuestros niños; y, sin embargo, están gordos. ¿Soportarían los padres situaciones de dermatitis, de bajo desarrollo pondero-estatural, u otro tipo de patología de forma continuada?

El Grupo Internacional de Trabajo sobre Obesidad (IOTF) de la OMS estima que existen 1.300-1.700

millones de personas con sobrepeso/obesidad. En España en la población de 25-64 años 15,5% son obesos, aún más prevalente en las mujeres. La obesidad infanto-juvenil alcanza cifras de 13,9% (En Kid). Cuatrocientos mil niños son diagnosticados cada año como obesos. En las últimas dos décadas en niños de 6 a 12 años ha aumentado del 5 al 16%. La proporción de niños con riesgo de obesidad ascendió del 11,1% al 14,4%. El estudio DRECE muestra que en 14 años existe un incremento del 34,5% de prevalencia en obesidad.

El abordaje de la obesidad es multidimensional y los políticos deben interactuar de manera simultánea con los profesionales sanitarios. La prevención de la obesidad debe comenzar en las primeras etapas del desarrollo humano, "incluso antes del nacimiento".

En los últimos 30 años, la mayor cantidad de azúcar y grasas (agregados a alimentos que nunca antes los habían tenido) y la eliminación de la fibra en otros crean "un ambiente por el que nuestros alimentos son esencialmente adictivos".

Afrontar y "considerar" a los niños obesos como enfermos, es el primer paso para aplicar soluciones a este problema en España. En nuestro país se estima un coste del 7% del gasto sanitario total, unos 2.500 millones de euros. ¿Sabemos transmitir los sanitarios los mensajes, se tiene el apoyo suficiente por parte de las autoridades, se han desarrollado de manera suficiente los planes y estrategias diseñados hasta ahora?

Aunque reconocido por la OMS como problema sanitario y de salud pública importante, la agenda de nuestros políticos va lenta en este asunto. En nuestro parlamento se produjeron 20 iniciativas sobre obesidad, se han creado estrategias como NAOS (2005), Helena, ENRICA, HELENA... Todas encaminadas a la detección, prevención y tratamiento de la obesidad en niños.

No cabe duda de que tomando como ejemplo

otro tipo de lacras sociales, en algunas de ellas como los accidentes de tráfico o el tabaquismo podemos pensar que desde los órganos de decisión se han tomado iniciativas globales que parecen estar dando o por lo menos camino de ello frutos suficientes hablando en términos de salud y de vidas humanas. Sin ánimo de introducir nuevas situaciones que pudieran ser criticadas como prohibicionistas o que coaccionen libertades, no cabe duda de que procurar unos mejores aspectos nutritivos para la población general debería ser una ocupación y preocupación de primer orden para las autoridades sanitarias.

Se deben aplicar leyes rigurosas, que regulen y controlen la cadena alimenticia en todos sus aspectos, que logren que no se produzcan publicidades e informaciones engañosas; cumplir el código PAOS y, por tanto, eliminar la inducción al consumo de alimentos que, si bien no son tóxicos (hasta ahí podríamos llegar), su consumo habitual o frecuente (grasas trans), como todos sabemos, desembocará en los porcentajes de obesidad que comentábamos inicialmente. Nos preguntamos: ¿son necesarios tanta moratoria y plazos tan largos en la aplicación de estas normativas que garanticen salud?

Hay que realizar una valoración de los planes de estudio de los profesionales para que la nutrición sea dimensionada suficientemente de cara a poder dar respuestas eficientes antes las diversas situaciones de descompensación nutritiva de las diferentes patologías, de las situaciones en las que se pongan de manifiesto estas alteraciones en los controles de salud.

Tal vez con estos cimientos fuera probable que la sociedad actual no hubiera caído en los usos y costumbres que se practican hoy de la forma más natural y alejados de la mayoría de conductas saludables por todos conocidas. Una dieta rica en hidratos de carbono simples, con un elevado porcentaje de energía suministrada por los lípidos y especialmente a partir de los ácidos grasos saturados, junto con aportes bajos de fibra y elevados consumos de alcohol, producirán un importante desarrollo de la obesidad.

Aparentemente los cambios socio-culturales experimentados por nuestra sociedad, en la familia, en las

formas de trabajo, en las aglomeraciones ciudadanas, en las formas de vida, en el "todo vale", en el "aquí y ahora", en que no pueda existir frustración, conllevan estos aspectos de sedentarismo y de malnutrición, en plena edad de la comunicación digital rápida y extensa de la que disponemos. ¿Queremos realmente cambiar esta dinámica en la que hemos entrado, o sólo se trata de actuaciones puntuales ante situaciones sociales extremas, como obesos mórbidos en espera de intervenciones quirúrgicas, hallazgos de elementos no comestibles en comidas preparadas o en establecimientos de comida denominada basura o rápida, o ante la denuncia mediática de alguna intoxicación alimentaria en algún evento social? ¿Hablamos los médicos claramente cuando estamos globalmente ante la población general, o abusamos de ser siempre tan políticamente correctos que incurrimos en el error de no ser claros y no llegar a la población? Tal vez estas líneas incurren en el mismo error que mencionamos.

Nos consolamos con tener a nuestra disposición la dieta Mediterránea y la Atlántica; pero, ¿qué porcentaje de la población, a pesar de conocerlas y considerarlas como propias, las sigue con regularidad?

Si no se toman las medidas oportunas ya seguiremos incrementando paulatinamente el porcentaje de obesos y la factura sanitaria, ante el aumento de las complicaciones que este factor de riesgo procura en las numerosas patologías crónicas que todos conocemos y manejamos. Además, somos testigos de que es precisamente este factor el que resulta más difícil de controlar a nuestros pacientes, a pesar de nuestro intenso esfuerzo personal. No queremos dar una visión pesimista de la situación, pero obviamente es difícil de pensar que esta dinámica se pueda autorregular. De seguir así, nos encontraremos ante una catástrofe de solución evidentemente más compleja o incluso imposible.

Como médicos del primer nivel asistencial debemos realizar las funciones de prevención y promoción de la salud dando pautas de corrección de errores, que den paso a una alimentación sana promoviendo hábitos saludables que eviten el desarrollo y progresión de la obesidad. Paremos esta "globesidad".