

## **TRATAMIENTO NUTRICIONAL DE LA OBESIDAD Y EL SOBREPESO**

### **Posición SOCIEDAD ARGENTINA DE NUTRICION**

---

#### **RESUMEN**

La creciente difusión de "dietas" en distintos medios de comunicación, lejos de solucionar la epidemia de obesidad y enfermedades metabólicas asociadas parecen alejar a la población del abordaje adecuado de este problema.

La Sociedad Argentina de Nutrición, institución científica de discusión y difusión del conocimiento de las ciencias de la nutrición, ha convocado a un panel de expertos para analizar esta temática y fijar una posición para los profesionales y la comunidad en general.

Se recomienda que las personas con sobrepeso / obesidad consulten a un profesional idóneo, matriculado, entrenado y actualizado para realizar un plan de alimentación personalizado, balanceado, placentero, seguro, sostenible en el largo plazo y con actividad física habitual.

Sus objetivos deben ir más allá de los números de la balanza: prevenir la ganancia de peso, mejorar la salud física y/o mejorar las enfermedades relacionadas (diabetes, cardiovasculares y cáncer), y mejorar la salud emocional y psicológica.

No deben ser muy restrictivas (mínimo 1200 Kcal. /día) salvo que lo indique un médico especializado por tiempos breves, y debe contener todos los nutrientes en proporciones adecuadas.

Un Plan Alimentario saludable para la pérdida de peso implica limitar el exceso de calorías de cualquier fuente, la práctica habitual de actividad física, 4 ingestas diarias en horarios flexibles, reemplazo de las

grasas saturadas y trans por grasas saludables, cortes magros de carnes variadas y lácteos descremados, consumo variado de frutas y vegetales diariamente, cereales enteros altos en fibras, limitar el consumo de azúcar agregada, de sodio y de alcohol

#### **INTRODUCCION**

La prevalencia del sobrepeso y la obesidad en nuestro país se ha incrementado en los últimos años hasta alcanzar proporciones epidémicas.

Si bien no existe consenso acerca de un único plan alimentario óptimo para el abordaje del exceso de peso, está comprobado que las dietas mágicas o de moda no sólo poseen riesgos asociados a su uso, sino que fracasan en mantener la pérdida de peso en el mediano y largo plazo, siendo el mejor predictor de ganancia de peso en el futuro.

#### **POSICIÓN DE LA S.A.N.**

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 y con actividad física habitual. Sus objetivos van más allá de los números de la balanza: prevenir la ganancia de peso, mejorar la salud física y/o mejorar las enfermedades relacionadas (diabetes, cardiovasculares y cáncer), y mejorar

la salud emocional y psicológica.

### **INDICACIONES**

Un Plan de Alimentación Saludable está indicado en todas las personas que presenten

- Sobrepeso (Índice de Masa Corporal  $>25 \text{ kg/m}^2$ ) con o sin enfermedades metabólicas asociadas tales como diabetes, hipertensión arterial, enfermedad vascular coronaria, cerebral o periférica, alteraciones del colesterol o los triglicéridos.
- Obesidad (IMC  $>30 \text{ kg/m}^2$  ó Perímetro de cintura  $>88\text{cm}$  en la mujer o  $102\text{cm}$  en el hombre).

### **RESULTADOS ESPERABLES**

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

### **MANTENIMIENTO DE PESO**

El descenso es sólo una etapa del tratamiento del exceso de peso. 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. Cada fase requiere aprendizaje de estrategias y habilidades.

### **CALORÍAS**

Un plan alimentario saludable no debe poseer menos de 1200 Kcal./día. Debería generar un déficit calórico diario de 500 a 1000 Kcal. respecto de la ingesta anterior al tratamiento. Las respuestas metabólicas y hormonales adaptativas que se generan por la pérdida de peso son inevitables. Se calcula que el metabolismo baja en forma constante 8 kcal. por cada 1/2kg de peso perdido/día. Esto vuelve necesario mantener crónicamente una combinación de porciones y /o calorías controladas e incremento de actividad física.

### **DIETAS DE MUY BAJO VALOR CALÓRICO** ( $<800\text{kcal/día}$ o 6 - 10 Kcal./kg/día)

El uso de estas dietas extremas tiene como objetivo la pérdida rápida de peso en corto tiempo. Están indicadas exclusivamente para personas obesas (IMC  $>30\text{kg/m}^2$ ). Si bien algunas de estas dietas que aportan menos de 800 Kcal./día producen en el corto plazo una pérdida de peso importante, esta no se mantiene en el tiempo y la reganancia de peso posterior, es con mayor aumento de masa grasa. Además, pueden generar osteoporosis, litiasis vesicular, pérdida de músculo, pérdida de masa ósea, reganancia de peso, trastornos alimentarios y arritmias cardíacas, entre otros. Es por ello que sólo deben ser utilizadas durante 12 -16 semanas continuas y bajo estricto monitoreo médico y suplementación vitamínica y mineral, dados 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.

### **COMPOSICIÓN DE NUTRIENTES**

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 dificultad en la adherencia que las personas presentan frente a las dietas más extremas o desbalanceadas en cuanto a composición de nutrientes. Esto implica un elevado riesgo del abandono de la misma y la reganancia de peso asociada. La reducción significativa de hidratos de carbono ( $<45\%$ ) y/o el incremento de proteínas ( $>1.5 \text{ g/Kg./día}$ ), se asocian con riesgos para muchos pacientes. Esto es debido, por ejemplo, a la presencia de trastornos metabólicos, del humor, acidosis e hiperfiltrado del riñón.

Existe consenso mundial acerca de la proporción de 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** y
- un 30% de **grasas**, con disminución de saturadas y trans.

### **CONTROL DE 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 incrementado su volumen de manera progresiva. La consecuencia de esto es el aumento de la ingesta calórica.

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

### **FRECUENCIA DE INGESTA**

La comida errática lleva a una pobre regulación y conducta alimentarias. Se debe hallar un patrón individualizado de comidas que prevenga el incremento de ingesta en un medio y mercado donde existe oferta de comidas apetecibles, altas en calorías y con porciones grandes. Las calorías deben repartirse a lo largo del día en alrededor de 4 comidas en horarios flexibles y que incluyan un desayuno. Las colaciones son opcionales.

### **ROL DE LOS PROFESIONALES DE LA NUTRICIÓN Y DE LA SALUD**

Es fundamental que los profesionales jerarquicen la importancia de la prevención de la ganancia de peso, debido al enorme desafío que implica para las personas el descenso de peso. Existen fuertes evidencias acerca de que las dietas mágicas, heterodoxas, extremas, serían el mejor predictor de ganancia de peso. Por lo tanto, se recomienda orientar a los pacientes acerca de las estrategias

de pérdida de peso saludables. 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 establecidos es resorte exclusivo de los expertos que deberán acreditar sus títulos, especialización y actualización debidamente, y la sociedad debería exigirlos de forma habitual.

### **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. Comunicar mensajes saludables para el control del peso, implica enfatizar el valor calórico mínimo aconsejado (>1200kcal/día), el balance de los diferentes grupos de alimentos y no una dieta o alimento o comida en especial.

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.
- Realizar 4 ingestas diarias en horarios flexibles.
- Reemplazar la grasa saturada y trans por grasas saludables como aceites vegetales (omega6), de pescado (omega-3) y oliva (omega 9).
- Elegir cortes magros de carnes variadas y lácteos descremados.
- Consumir variedad de frutas y vegetales diariamente.
- Consumir 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 2 gramos/día (5 gramos de

- sal/día)
- Limitar el consumo de alcohol a 1 copa en el caso de la mujer y dos en el hombre.

*Una Posición S.A.N. implica un trabajo profesional consensuado, preparado por paneles de expertos en Nutrición, sobre la base de una revisión sistemática de la literatura científica, mediante discusiones abiertas. Refleja la evaluación, por parte del panel, del conocimiento científico disponible en el momento en el que se redacta. Por ello, se debe tener conciencia de la vigencia limitada de la posición, dada la naturaleza dinámica de la ciencia.*

#### Autores

Grupo de Trabajo de Obesidad - Coordinadora Dra. Mónica Katz, 1er. Secretaria Dra. Ana M. Cappelletti, 2do. Secretario Dr. Martín Viñuales, Integrantes Dra. Marcela de la Plaza, Dra. Vesna Lerotich, Dra. Vanesa

Anger, Dra. Alicia Langellotti, Lic. Carolina Pentreath, Dr. Marcos Mayer, Dra. Inés Cortegoso, Dra. Marianela Aguirre Ackerman, Dr. Martin Giannini, Lic. Inés Kawior, Dra. Daniela Bertelotti, Dra. Marisa Armeno y Dra. Paola Harwicz.

#### Revisores

Subcomisión Científica - Coordinador Dr. César A. Casávola, Integrantes: Dr. Silvio Schraier, Dra. Mónica Katz, Dr. Fernando Brites, Dra. Anabel Pallaro, Dra. Mabel Ferraro, Dra. Susana Gutt, Dra. Graciela Fuente, Lic. Elisabet Navarro.

Comisión Directiva - Presidente Dr. Ricardo Basile, Integrantes Dr. César Casavola, Dr. Edgardo Ridner, Dra. Lia Milikowski, Dra. María C. Gamberale, Dra. Zulema Stolorza, Dra. Alicia Langellotti, Dra. Hilda Susana Aragona, Dra. Alicia Bernasconi, Dr. Héctor Cutuli, Lic. Gabriela Saad, Lic. Mariano Godnic

---

#### Referencias

1-

[http://www.msal.gov.ar/hm/site/enfr/que\\_aspectos.asp](http://www.msal.gov.ar/hm/site/enfr/que_aspectos.asp)

2-Manuel Ángel Gargallo Fernández 2008 Revista Española de Obesidad. 6 (2):75-87

3-Revisión Crítica de la dietoterapia de la obesidad. Grupo de Trabajo de Obesidad SAN. Diciembre 2010 Revista de la SAN en prensa.

4-Dansinger ML, Gleason JA, Griffith JL, Selker HP, Schaefer EJ. Comparison of the Atkins, Ornish, Weight Watchers, and Zone diets for weight loss and heart disease risk reduction: a randomized trial. JAMA 2005; 293: 43-53.

5-Truby H, Baic S, deLooy A, Fox KR, Livingstone MB, Logan CM, et al. Randomised controlled trial of four commercial weight loss programmes in the UK: initial findings from the BBC "diet trials". BMJ 2006; 332: 1309-14.

6-Gardner CD, Kiazand A, Alhassan S, Kim S, Stafford RS, Balise RR, et al. Comparison of the Atkins, Zone, Ornish, and LEARN diets for change in weight and related risk factors among overweight premenopausal women: the A TO Z Weight Loss Study: a randomized trial. JAMA 2007; 297: 969-77.

7- St Jeor ST, Howard BV, Prewitt TE, Bovee V, Bazzarre T, Eckel RH; Nutrition Committee of the Council on Nutrition, Physical Activity, and Metabolism of the American Heart Association. Dietary protein and weight reduction: a statement for health care professionals from the Nutrition Committee of the Council on Nutrition, Physical Activity, and Metabolism of the American Heart Association. Circulation 2001;104:1869-74.

8- American Heart Association Web site, <http://www.americanheart.org/presenter.jhtml?identifier=11234>

- 9- American Dietetic Association Web site,  
[http://www.webdietitians.org/Print/92\\_nfs0200b.cfm](http://www.webdietitians.org/Print/92_nfs0200b.cfm)
- 10-American Kidney Fund Web site,  
[http://216.248.130.102/AboutAKF/Newsroom\\_020425.htm](http://216.248.130.102/AboutAKF/Newsroom_020425.htm)
- 11-Food and Nutrition Board, Institute of Medicine: Macronutrient and Healthful Diets. In *Dietary Reference Intakes for Energy, Carbohydrate, Fiber, Fat, Fatty Acids, Cholesterol, Protein, and Amino Acids (Macronutrients)*. Washington, D.C. , The National Academies Press; 2002:609-696.
- 12-Traci Mann, A. Janet Tomiyama, Erika Westling, Ann-Marie Lew, Barbra Samuels, and Jason Chatman 2007 Medicare's Search for Effective Obesity Treatments: Diets Are Not the Answer *Am Psychol* 62( 3)220-233
- 13-National Task Force on the Prevention and Treatment of Obesity. Weight cycling. *JAMA*. 1994;272:1196-1202
- 14-National Heart, Lung, and Blood Institute. Clinical Guidelines on the Identification, Evaluation, and Treatment of Overweight and Obesity in Adults. DHHS; NIH. NIH Publication.1998; No. 98-4083.
- 15-National Task Force on Prevention and Treatment of Obesity. Overweight, obesity, and health risk. *Arch Intern Med* 2000;160: 898-904
- 16-Polivy J. Psychological consequences of food restriction.1996 *J Am Diet Assoc.*;96:589- 592.
- 17-Tsai AG, Wadden TA . 2006 The evolution of very-low-calorie diets: an update and meta-analysis. *Obesity*;14(8):1283-93.
- 18-United States Public Health Service.1993 Very Low Calorie Diets. Bethesda, MD: NIH Publications, 94-3677: 1-4.
- 19-National Task Force on the Prevention and Treatment of Obesity. Very-low-caloric-diets. *JAMA*. 1993;270:967-74.
- 20-Beisswenger BGK, Delucia EM, Lapoint N, Stanford RJ, Beisswenger PJ (2005). "Ketosis leads to increased methylglyoxal production on the Atkins diet". *Annals of the New York Academy of Sciences* 1043: 201-210.
- 21-Rolls BJ, Liane SR, Meengs JS. 2006 Larger portion sizes lead to a sustained increase in energy intake over 2 days. *J Am Diet Assoc.*;106:543-549.
- 22-Brian Wansink and Matthew M. Cheney(2005)Super Bowls: Serving Bowl Size and Food Consumption," *JAMA* 293:(14) 1727-1728
- 23-American Dietetic Association. 2007 Practice paper of the American Dietetic Association: Nutrient density: Meeting nutrient goals within calories needs. *J Am Diet Assoc*;107:860-869.
- 24-Volek JS, Vanheest JL, Forsythe CE. Diet and exercise for weight loss: A review of the current issues. *Sports Med*. 2005;35:1-9.
- 25-Bellisle F et. al. 1997 Meal frequency and energy balance. *Br J Nutr*. 77 (Supp 1):S57-70.
- 26-Friedman SM, Villamil K, Suriano RA, Egolf BP. Alar and apples: Newspapers, risk and media responsibility. *Public Underst Sci*. 1996;5:1-20.
- 27-Gregson J, Foerster SB, Orr R, Jones L,Benedict J, Clarke B, Hersey J, Lewis J,Zotz K. 2001 System, environmental, and policy changes: Using the social-ecological model as a framework for evaluating nutrición education and social marketing programs with low-income audiences. *J Nutr Educ Behav.*;33(suppl 1):S4-S15.