

## TRATAMIENTO NUTRICIONAL

CRISTHIAN ARMENTEROS, AGUSTINA DUTTO, JORGE SOTO, YAZMIN ABUABARA

El abordaje terapéutico de la obesidad es multidisciplinario, la intervención nutricional siempre debe estar asociada a un aumento de la actividad física y acompañada de cambios conductuales que ayuden al cumplimiento de ambas pautas. De esta forma, la intervención nutricional no solo busca un déficit calórico para lograr un adecuado descenso de peso, sin que también debe brindar herramientas para la prevención de reganancia de peso, mejorar todos los componentes del síndrome metabólico (SM), adecuar la nutrición al tratamiento de las enfermedades asociadas a la obesidad, mejorar la calidad de vida y respetar las preferencias de nuestro paciente<sup>1</sup>.

La intervención nutricional requiere un mensaje claro, con objetivos concretos, un adecuado consejo sobre los beneficios de la pérdida de peso y proveer un acúmulo de herramientas para lograr un automanejo activo. Debe ser una herramienta para lograr una vida saludable, en el cual el descenso de peso es solo un componente más. Esto implica salir del abordaje simplista de la "dieta para la obesidad" y romper el paradigma de que la restricción calórica y la exclusión de determinado alimento o macronutriente es la única solución<sup>1,2</sup>.

Las estrategias alimentarias para el tratamiento de la obesidad pueden poner el foco en distintos componentes de la alimentación: reduciendo su valor calórico total (VCT) (según el aporte energético), cambiando la composición porcentual de macronutrientes (MN) (hidratos de carbono (HC), proteínas y grasas) o brindando patrones de alimentación saludable aplicados al descenso de peso corporal<sup>3</sup>.

La reducción del VCT solo se enfoca en la reducción del aporte energético, el aporte mínimo recomendado es de 1200 a 1400 kcal/día en las mujeres y de 1600 a 1800 kcal/día en hombres. Esquemas con mayor reducción de calorías, si bien logran un mayor descenso de peso inicial,

tienen baja adherencia a largo plazo, por lo que se desaconseja su uso en forma generalizada. Como recomendación general, un déficit calórico de 500 kcal/día o 3500 kcal/semana es suficiente para una pérdida de peso de 500 gramos a la semana. Esta reducción calórica es una meta fácilmente alcanzable por el paciente y logra mejor adherencia y menor rechazo como el tratamiento a largo plazo<sup>4</sup>.

La composición de macronutrientes puede variar, pero se considera una alimentación balanceada a aquella que aporte un 50-60% del VCT en HC, 30% en grasas y 15-20% proveniente de proteínas. Sin embargo, la calidad de cada uno de los MN ocasiona efectos deletéreos o beneficiosos para la salud<sup>4</sup>. La alimentación occidental, aun aportando MN en forma balanceada, es responsable en gran parte de las enfermedades asociadas a la obesidad; la presencia del jarabe de maíz de alta fructosa, HC simples concentrados, cereales procesados y grasas saturadas están asociados a mayor obesidad visceral, enfermedad cardiovascular (ECV), diabetes tipo 2 y mortalidad global<sup>5</sup>. En contrapartida, la alimentación de tipo mediterránea con similar composición de MN y mejor calidad nutricional de los mismos logran a igual VCT reducción de la diabetes tipo 2, ECV y reducción de componentes del SM y leve reducción de la circunferencia de cintura (CC) y del peso corporal<sup>6</sup>.

Es importante evaluar la calidad y no la composición de los nutrientes ingeridos, siempre fomentando alimentos, formas de cocción y porciones saludables por sobre un esquema rígido, cuyo único fin es cumplir con un porcentual de MN determinado. Numerosos estudios midieron cambios del peso, colesterol LDL, HDL, valores de presión arterial y PCR a 6 y 12 meses con distintas patentes de MN (bajas en HC, baja en grasa o balanceadas) encontrando similar descenso de peso y presión arterial (PA) a 6 y 12 meses, encontrando resultados de baja certeza

en las demás variables por lo heterogeneidad de las intervenciones, demostrando que cualquier combinación de macronutrientes a 6 meses logra similares reducciones de peso y mejora de factores de riesgo CV. Sin embargo, el beneficio se reduce de forma marcada a los 12 meses<sup>7</sup>. Todas las intervenciones fueron eficaces para obtener pérdida de peso, puede ser útil manipular la composición de los MN, siempre teniendo en cuenta la calidad nutricional de los mismos, de acuerdo con las preferencias de los pacientes para lograr mayor adherencia y poder mantener los resultados el mayor plazo posible<sup>1</sup>.

Las recomendaciones actuales se inclinan a aportes balanceado de MN, provenientes de alimentos de alta calidad nutricional, priorizando ingesta de frutas, verduras, legumbres, granos integrales como fuente de HC; frutos secos y semillas, aceites vegetales insaturadas, grasas provenientes de pescados como fuente de grasas; y proteínas de alto valor biológico provenientes de carnes blancas magras y lácteos bajos en grasas. Evitar o disminuir el consumo de carnes rojas, especialmente las procesadas, alimentos con grasas saturadas, lácteos ricos en grasas, productos con azúcares agregados y granos refinados<sup>1,3,8</sup>.

Los patrones de alimentación saludable que disponen mayor evidencia con beneficios CV son la dieta mediterránea (DM) y la DASH. Ambos patrones priorizan la calidad de los macronutrientes, la principal diferencia entre ambas es la composición y VC aportada por grasas. La DM tiene mayor cantidad de grasas monoinsaturadas aportadas por aceite de oliva y frutos secos. Ambas tienen beneficio probado en mejoría de la PA, perfil de lípidos, control glucémico, con leve reducción de circunferencia de cintura y reducción de peso. Hoy en día ambos patrones de alimentación saludable, con reducción del VCT en forma leve, son la fórmula más utili-

zada como intervención nutricional para el tratamiento de la obesidad. Los distintos estudios mostraron adecuado descenso de peso cuando se restringen las calorías, mejoría en todos los componentes del SM y beneficios en el tratamiento de las enfermedades asociadas a la obesidad<sup>1,4,8</sup>.

Las dietas vegetarianas, en sus variantes ovo-lactovegetarianas, lacto vegetariana o la forma con baja ingesta de carnes llamada flexitariana, ganaron popularidad. Numerosos estudios demuestran que tienen buen perfil cardio-metabólico, con resultados modestos en reducción de peso. Pueden ser utilizada como una alternativa para el tratamiento de la obesidad cuando incluya exclusivamente alimentos de adecuada calidad nutricional, excluyendo el uso de sustitutos proteicos ultra procesados. A mayor cantidad de grupos de alimentos excluidos del consumo mayor es la frecuencia de la aparición de déficits de micronutrientes, esto es más frecuente en dietas veganas, donde se excluyen por completo los alimentos de origen animal<sup>1,3</sup>.

Las dietas muy bajas en calorías, sigla del inglés VLCD, también tiene mucha penetrancia cultural, aportan menos de 800 kcal/día, menos de 50 g de HC y asegura 1-1.5 g de proteínas por kg de peso. Estas características impiden su uso en forma indiscriminada, poseen numerosos efectos adversos y solo debe reservarse en pacientes sin contraindicaciones específicas como el embarazo, antecedentes de trastornos de la alimentación, personas mayores e insuficiencias cardiaca, renal y hepática. El riesgo de déficit de micronutrientes es muy elevado y la adherencia a largo plazo es baja<sup>9</sup>. Las VLDC, como la práctica de ayuno intermitente, si bien demostraron efectos de reducción de peso a corto plazo, no cuentan con estudios sobre beneficio cardiovascular y seguridad para uso en forma prolongada<sup>10</sup>.

## Bibliografía

1. Ministerio de Salud de la Nación. Guía de Práctica Clínica Nacional sobre Abordaje Integral de la Obesidad en personas adultas. Argentina 2023. En: <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/guia-de-practica-clinica-nacional-sobre-abordaje-integral-de-la-obesidad-en-personas>; consultado junio 2024.
2. Brown J, Clarke C, Johnson Stoklossa C, Sievenpiper J. Canadian Adult Obesity Clinical Practice Guidelines: Medical Nutrition Therapy in Obesity

- Management. En: <https://obesitycanada.ca/guidelines/nutrition>; consultado junio 2024.
3. Aguirre Ackermann M, Salinas MV, Torresani M, et al. Consenso intersocietario para el tratamiento de la obesidad en adultos en Argentina. *Revista de la Sociedad Argentina de Diabetes* 2023; 57: 3-47.
  4. Morgan-Bathke M, Raynor HA, Domel Baxter S, et al. Medical nutrition therapy interventions provided by dietitians for adult overweight and obesity management: an academy of nutrition and dietetics evidence-based practice guideline. *J Acad of Nutri Diet* 2023; 123: 520-45.
  5. Yusuf S, Philip J, Sumatthy R, et al. Modifiable risk factor, cardiovascular disease and mortality in 155722 individuals from 21 high-, middle-, and low income countries. *Lancet* 2020; 395: 795-808.
  6. Estruch R, Ros E, Salas-Salvadó J, et al. Primary prevention of cardiovascular disease a mediterranean diet. *N Engl J Med* 2013; 368: 1279-90.
  7. Ge L, Sadeghirad B, Ball GDC, et al. Comparison of dietary macronutrient patterns of 14 popular named dietary programmes for weight and cardiovascular risk factor reduction in adults: systematic review and network meta-analysis of randomized trials. *BMJ* 2020; 369: m696.
  8. Hassapidou M, Vlassopoulos A, Kalliostra M, et al. European Association for Study of Obesity Position Statement on Medical Nutrition Therapy for the Management of Overweight and Obesity in Adults Developed in Collaboration with the European Federation of the Association of Dietitians. *Obes Facts* 2023; 16: 11-28.
  9. Muscogiuri G, El Ghoch M, Colao A, Hassapidou M, Yumuk V, Busetto L. European guidelines for obesity management in adults with a very low-calorie ketogenic diet: a systematic review and meta-analysis. *Obes Facts* 2021; 14: 222-45.
  10. Liu D, Huang Y, Huang C, et al. Calorie restriction with or without time-restricted eating in weight loss. *N Engl J Med* 2022; 386: 1495-504.