

Adelgazar en compañía

El tratamiento de la obesidad tiene la característica de ser bidireccional: en un sentido, los pacientes obesos que son candidatos a programas de pérdida de peso deben mostrar un alto grado de motivación; y, en correspondencia, el profesional sanitario que los atiende debe disponer en su entorno de las herramientas necesarias para canalizar esa motivación y conseguir la suficiente adherencia a los cambios conductuales que se les va a demandar a aquéllos.

La mayoría de las personas que acuden para perder peso afirman que lo hacen más por problemas de salud que estéticos, pero a menudo sus expectativas están tan alejadas de la realidad que con regularidad fracasan en los sucesivos intentos. Y es que la búsqueda de soluciones rápidas y eficaces sin apenas “esfuerzos”, en formato de “dietas milagrosas” o “exóticas”, es más una demanda social que una aproximación a la realidad del problema. En el estudio *QUOVADIS*⁽¹⁾, realizado en Italia con 1.891 personas con obesidad, las expectativas de pérdida de peso de los pacientes se encontraban entre un 17 y un 29% del peso inicial (dependiendo del grado de obesidad): muy alejadas, desde luego, de las pérdidas moderadas de peso del 5-10% que se propugnan en los consensos médicos del tratamiento de la obesidad. Albergar falsas expectativas de pérdida de peso, presentar una edad joven, haber realizado dietas con anterioridad, no disponer de tiempo para desarrollar una actividad física complementaria, tener fobia al peso o sufrir distorsión de la imagen corporal son determinantes clave en los fracasos anticipados a los programas de pérdida de peso, de tal manera que, por ejemplo en el estudio *QUOVADIS* –pero también en muchos otros ensayos controlados–, es frecuente encontrar tasas de abandono del 50% antes de cumplir los 6 meses de tratamiento. La primera lectura que se desprende de esta experiencia es que necesitamos disponer de alguna herramienta que nos ayude a identificar los sujetos con mayor grado de motivación y mejor preparados para afrontar un programa de pérdida de peso, y destinar los escasos recursos de que disponemos, en particular, a aquellos con mayores garantías de éxito.

Transcurridos los primeros 6 meses de tratamiento, entramos en una segunda fase, bastante más compleja, que pretende continuar con el objetivo de lograr una pérdida ponderal de manera más paulatina, o bien desplegar todos los recursos a nuestro alcance para evitar la recuperación del peso perdido. Todos estamos de acuerdo en que las pérdidas de peso que pretendemos alcanzar con los programas cotidianos a nuestro alcance difícilmente van a superar el 5-10% del peso inicial⁽²⁾.

Lo verdaderamente difícil es mantener a largo plazo la mayor parte del peso perdido y que el paciente permanezca adherido de manera indefinida al programa, ya que en el primer año se recupera una tercera parte del peso perdido, y al finalizar los 3-5 años de seguimiento lo habitual es haber regresado a valores cercanos a los iniciales. Hacer frente a este desafío implica contar con los medios para conseguir estos fines: consultas monográficas de obesidad, apoyo del personal encargado de la educación y formación en obesidad (diplomados en Enfermería o en Nutrición Humana), psicólogos/psiquiatras e, incluso, un profesional encargado de la rehabilitación física de los pacientes. De la disponibilidad de estos recursos humanos y materiales dependerá el mayor grado de éxito de nuestros pacientes.

¿Cómo conseguir que el paciente mantenga la adherencia al tratamiento? Algunos de los estrategias más importantes en esta área nos ayudan a ilustrarnos en este sentido.

Thomas Wadden, de la Universidad de Pensilvania, ha demostrado en una serie de publicaciones que el tratamiento intensivo individual o grupal repetido, en forma de múltiples sesiones (hasta 30 sesiones de 90 minutos a lo largo de un año), es capaz de duplicar la pérdida de peso (–12,1 kg) respecto a los sujetos que son atendidos en visitas mensuales en las que reciben algunas explicaciones durante 10-15 min (–6,7 kg)⁽³⁾. Algo tan sencillo como rellenar los registros de las ingestas diarias hace que la implicación del paciente sea mayor; así, aquellos con más adherencia a este tipo de registros consiguieron perder 18 kg frente a los 8 kg de pérdida de los menos adherentes, ambos en el grupo de terapia combinada de cambios del estilo de vida junto a la administración simultánea de sibutramina⁽⁴⁾.

En el estudio *Study TO Prevent Regain (STOP Regain)*, liderado por la Dra. **Rena Wing**⁽⁵⁾, se realizó la asignación aleatoria de pacientes con obesidad que previamente habían perdido un 10% del peso corporal a uno de los siguientes grupos:

- 1) Un grupo de control, que recibía boletines trimestrales con información sobre alimentación y actividad física.
- 2) Un segundo grupo de entrevista personalizada, bien telefónica o en persona con integrantes del equipo.
- 3) Un tercer grupo asignado a un programa web interactivo, en el que los participantes podían anotar su peso en una gráfica y conocer el gasto calórico generado por la actividad física cotidiana así como la ingesta energética.

En estos dos últimos grupos, los pacientes recibían pequeños “premios” si mantenían el peso por debajo de una ganancia de 1,4 kg, o refuerzos para combatir el exceso de peso si superaban esa barrera. A los sujetos del grupo de intervención se les facilitaban básculas, podómetros, libros de apoyo, etc. Tras 18 meses de seguimiento, la recuperación del peso fue menor en el grupo de atención personalizada, con + 2,3 kg, que en el grupo de Internet (+ 4,7 kg) o en el grupo de control (+ 4,9 kg).

En un contexto similar, la Dra. **Laura Svetkey** acaba de publicar en *JAMA* un largo estudio observacional de 30 meses de duración, en sujetos obesos sometidos a diferentes estrategias para prevenir la recuperación del peso perdido⁽⁶⁾. En dicho ensayo, 1.032 obesos que habían participado en una primera fase de 6 meses con el objetivo de perder entre 0,5 y 1 kg/semana fueron reasignados a participar en una segunda fase de seguimiento para evitar la recuperación de la pérdida de peso:

1) Un grupo de control recibía información escrita acerca de modificaciones alimentarias y de actividad física, con visitas anuales.

2) El segundo grupo recibía información semanal a través de un portal web interactivo donde podían tener acceso al conocimiento de los consumos de dieta-ejercicio, pero no a consejos individuales; si no se registraban con la asiduidad preestablecida, recibían avisos o llamadas telefónicas para seguir en el programa previsto.

3) El tercer grupo tenía entrevistas personales telefónicas de 5-15 minutos cada mes, y personales de 45-60 minutos cada 4 meses.

Tras 30 meses de seguimiento, todos los grupos recuperaron peso, pero los que habían mantenido un contacto personal (+ 4,0 kg) recuperaron menos que los del grupo de Internet (+5,2 kg) o el grupo de control (+5,5 kg).

De estos dos últimos estudios se desprende que la recuperación del peso continúa su trayectoria ascendente pese a los esfuerzos de diversa naturaleza que se ponen en marcha para que el paciente siga con adherencia al programa, por lo que uno podría cuestionarse si una diferencia de 1,5-2,0 kg después de 30 meses merece la pena tras invertir un ingente número de recursos sanitarios.

Desde mi punto de vista, estos estudios presentan algunas limitaciones; por un lado, sólo están incluidos los pacientes que completaron el estudio y, como sucede con otros ensayos de igual naturaleza, se descartó a casi un 40% de los sujetos porque no pasaron de la primera fase. En segundo lugar, ya sabíamos que los resultados de estas intervenciones basadas

exclusivamente en cambios de alimentación y ejercicio moderado tendrían también unos resultados modestos. Por ello, otros ensayos han tratado de aplicar medidas más rigurosas tanto en la pérdida de peso como en la recuperación, y han conseguido resultados más prometedores. El empleo de dietas de muy bajo contenido calórico o sustitutivos de comidas durante largas temporadas junto a la utilización de fármacos para la obesidad (p. ej., la sibutramina), han conseguido resultados muy buenos a largo plazo. O, simplemente, la posibilidad de incrementar la actividad física por encima de los 30-60 minutos que se recomiendan a la mayoría de los pacientes, para alcanzar un gasto equivalente a unas 2.000 kcal diarias (55 minutos de caminatas × 5 días a la semana), es capaz de mantener el 10% del peso perdido durante 2 años⁽⁷⁾. Es plausible que, en el binomio alimentación-ejercicio físico, la actividad física que supere el equivalente a 1.800-2.000 kcal diarias tenga un papel mucho más relevante en el mantenimiento del peso perdido que si el esfuerzo personal recae mayoritariamente en la restricción energética.

Estos trabajos se prestan a una interpretación sencilla pero compleja de llevar a la práctica: en lugar de dejar al paciente “abandonado a su suerte” en su tarea de adelgazar, se obtienen mejores resultados si se le “lleva de la mano”.

Ahora bien, para afrontar con garantías esta estrategia la situación *ideal* sería disponer de un equipo que tuviera a su disposición una serie de recursos como: poder establecer consultas mensuales, y charlas individuales o grupales con una periodicidad semanal o quincenal, así como contactos telefónicos con el paciente si no acude a las citas previstas; contar con capacidad económica para acceder a la compra de fármacos o sustitutivos de comida que faciliten el cumplimiento; y, desde luego, disponer de tiempo para dedicarse a esta tarea, en particular la relativa al ejercicio físico. La situación *real*, sin embargo, es que con excesiva frecuencia tales recursos son difícilmente accesibles. El tratamiento de la obesidad constituye una tarea de todos los agentes sociales implicados; desde su prevención en el entorno escolar-familiar y municipal hasta el terapéutico, no sólo en los centros sanitarios sino también en el lugar del trabajo, facilitando el descanso o la realización de actividad física dentro de la jornada laboral.

En el futuro, recursos tales como material educativo, plataformas web interactivas con correos electrónicos que atiendan las necesidades individuales de los pacientes⁽⁸⁾ o servicios gratuitos de atención telefónica constituyen algunas de las herramientas que conviene desarrollar porque pueden ser muy útiles para facilitar la adherencia del paciente a los programas de pérdida de peso. Si en las unidades dedicadas al tratamiento de la obesidad no integramos todas estas posibilidades

de prevención y tratamiento, perderemos la oportunidad de intentar frenar la actual escalada de la obesidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Dalle Grave R, Calugi S, Molinari E, Petroni ML, Bondi M, Compare A, Marchesini G; the QUOVADIS Study Group. Weight loss expectations in obese patients and treatment attrition: an observational multicenter study. *Obes Res* 2005; 13: 1961-9.
2. Dansinger ML, Tapsioni A, Wong JB, Chung M, Balk EA. Meta-analysis: the effect of dietary counseling for weight loss. *Ann Intern Med* 2007; 147: 41-50.
3. Wadden TA, Butryn ML, Wilson C. Lifestyle modification for the management of obesity. *Gastroenterology* 2007; 132: 2226-38.
4. Wadden TA, Berkowitz RI, Womble LG, Sarwer DB, Phelan S, Cato RK, et al. Randomized trial of lifestyle modification and pharmacotherapy for obesity. *N Engl J Med* 2005; 353: 2111-20.
5. Wing RR, Tate DF, Gorin AA, et al. A self-regulation program for maintenance of weight loss. *N Engl J Med* 2006; 355: 1563-71.
6. Svetkey LP, Stevens VJ, Brantley PJ, Appel LJ, Hollis JF, Loria CM. Comparison of strategies for sustaining weight loss the weight loss maintenance randomized controlled trial. *JAMA* 2008; 299: 1139-48
7. Jakicic JM, Marcus BH, Lang W, Janney C. Effect of exercise on 24-month weight loss maintenance in overweight women. *Arch Intern Med* 2008; 168: 1550-9.
8. Tate DF, Jackvony EH, Wing RR. A randomized trial comparing human e-mail counseling, computer-automated tailored counseling, and no counseling in an Internet weight loss program. *Arch Intern Med* 2006; 166: 1620-5.

Miguel Á. Rubio

*Unidad de Obesidad. Servicio de Endocrinología y Nutrición.
Hospital Clínico San Carlos. Madrid*