

Importancia relativa de la obesidad y el sedentarismo para la salud pública.

Luis Fernando Aragón Vargas, Ph.D., FACSM
e-mail: luis.aragon@ucr.ac.cr

Presentado en el VI Simposio Internacional en Ciencias del Ejercicio y la Salud, Octubre de 1999, Universidad de Costa Rica.

En un debate desarrollado en Diciembre de 1998 como parte del Congreso Médico Nacional, el Dr. José Guillermo Jiménez Montero, reconocido especialista en aterosclerosis e hiperlipidemias, y el Dr. Aragón Vargas, fisiólogo del ejercicio, presentaron evidencia científica acerca de la importancia de combatir la obesidad y de combatir el sedentarismo. En esa ocasión, se presentaron varios conceptos sumamente importantes (Aragón-Vargas, 1998). Un ejemplo de estos conceptos es el mensaje que se transmite diariamente al público costarricense con comerciales como el que dice: "La Obesidad: 'Una bomba de tiempo' según expertos. Combátala con los reductores XXXXX. Adelgace descansando", que se ha publicado muchas veces en un periódico importante de Costa Rica. Lo que es una bomba de tiempo son las implicaciones que tiene el comercial, y cómo lo interpreta la persona común y corriente (y aún las no tan comunes y mucho menos corrientes) que leen este periódico. La bomba de tiempo está a punto de estallar en la cara de cientos de profesionales en ciencias médicas, nutrición, y educación física, que no han sabido transmitir el mensaje correcto, basado en las publicaciones científicas recientes.

Varios de estos conceptos son tan importantes, que se discutieron a fondo en el simposio "¿Se ha convertido el peso corporal en una obsesión dañina para la salud?", durante el 44° Congreso Anual del American College of Sports Medicine, en Junio de 1999. Para ilustrar el problema básico, a pesar de que en los Estados Unidos de América se gastan más de \$30.000.000.000 (treinta millardos de dólares) anuales para bajar de peso, muchísima gente más bien termina ganando peso, y los norteamericanos son hoy día más pesados que nunca (Gaesser, 1999). ¿Vale la pena ese esfuerzo tan infructuoso? ¿No se lograrían mejores resultados con un aumento en la actividad física moderada de la población? En el presente documento, se profundiza en el análisis de los conceptos planteados por Aragón Vargas (1998), que se consideran relevantes para los profesionales de la salud.

- a) Los problemas principales de salud asociados con la obesidad se refieren a grados de obesidad considerablemente altos, no a personas ligeramente pasadas de peso. Sin embargo, son las personas con unas pocas libras de más las más propensas a someterse a regímenes para perder peso.**

A nivel internacional, y para efectos de estudios epidemiológicos, se acostumbra clasificar a las personas según su Índice de Masa Corporal (masa corporal en kilogramos, dividido por la estatura en metros elevada al cuadrado). Este es un índice imperfecto, pues no contempla la **composición corporal** de cada individuo, pero es una medida práctica que permite trabajar en salud pública. Según el National Institutes of Health de



Esta obra está bajo una

Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional

los Estados Unidos, el IMC normal (deseable) está entre 18.5 y 24.9. Se considera con sobrepeso a cualquier persona que tenga $25.0 < \text{IMC} < 29.9$. La obesidad grado I va de 30.0 a 34.9, la obesidad grado II de 35.0 a 39.9, y la obesidad extrema cuando $\text{IMC} \geq 40$ (NIH, 1998).

La mayoría de los problemas de salud están bien documentados en personas obesas, es decir, con un $\text{IMC} > 30$. Existe evidencia de que la disminución de peso no sólo en personas obesas sino en personas con sobrepeso ayuda a reducir algunos factores de riesgo para las enfermedades cardiovasculares, tales como la hipertensión y la hipercolesterolemia. Sin embargo, muchos autores coinciden en que si una persona tiene un $\text{IMC} < 30$, **lo más importante es ayudarlo a no aumentar** de peso. Aún las organizaciones que se inclinan por promover la pérdida de peso, recomiendan que "el tratamiento del sobrepeso (IMC entre 25.0 y 29.9) solamente se recomienda cuando los pacientes tienen dos o más factores de riesgo o una circunferencia abdominal muy alta" (NIH, 1998).

Basta poner un poquito de atención a la gente que nos rodea para darnos cuenta de que la mayoría de las personas que están obsesionadas por la pérdida de peso no tienen un $\text{IMC} > 30$. La mayoría son lo que en Costa Rica llamamos "gordillos", gente "rellenita". Lo mejor que pueden hacer estas personas es realizar actividad física regularmente, y mantener un control de su alimentación y actividades tales que no les permita aumentar de peso.

b) Es preferible que una persona sea "gordita" pero físicamente activa, que "esbelta" y sedentaria, pues la primera opción conlleva menores riesgos para su salud.

Los factores de riesgo de mortalidad o de morbilidad, sean de carácter general (todas las causas) o específico (enfermedades coronarias, p.ej.), se evalúan según dos criterios fundamentales: la prevalencia de ellos en la población (qué porcentaje de la población presenta un factor de riesgo determinado), y el riesgo relativo que representan, esto es, cuánto más propensa está la persona promedio de morir o enfermarse cuando presenta el factor de riesgo que cuando no lo presenta. Obviamente, aunque el riesgo relativo de un factor determinado sea muy alto, si su prevalencia es baja, no es un factor de riesgo tan importante en términos de la salud pública. Este no es el caso de la obesidad y el sobrepeso (considerados juntos), ni del sedentarismo, pues ambos se presentan en más de la mitad de la población costarricense.

Cuando se habla del riesgo relativo del sedentarismo o de la obesidad, se enfrenta un problema sumamente serio: hay factores asociados tanto con el sedentarismo como con la obesidad que también son factores de riesgo de mortalidad prematura. Además, se podría suponer que existe también una interrelación entre los niveles de actividad física habitual y los niveles de sobrepeso u obesidad. Por ello, se hace necesario hacer una comparación que tome en cuenta estas interrelaciones.



Esta obra está bajo una

Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional

En un estudio descriptivo longitudinal con la base de datos del Instituto Cooper para Investigaciones Aeróbicas, Lee, Blair y Jackson (1999) realizaron un análisis de la mortalidad de 21,925 hombres, seguidos a lo largo de un promedio de 8 años. En 176,742 años-hombre de seguimiento, murieron 428 personas. Este estudio es muy especial porque todos los sujetos habían sido evaluados exhaustivamente al inicio del estudio, obteniendo medidas de su capacidad cardiorrespiratoria (aptitud física aeróbica) y su composición corporal, así como su estado de salud, antecedentes familiares, fumado, niveles de colesterol, presión arterial, etc.

Los hombres desentrenados y magros (en el cuartil más bajo de grasa corporal) tuvieron el doble de riesgo de muerte por todas las causas que los hombres entrenados y magros ($p=0.02$), y también un riesgo mayor (2.2 veces) de mortalidad total, en comparación con los hombres entrenados y obesos ($p=0.008$). Los resultados fueron aún más claros al analizar solamente la mortalidad por enfermedades cardiovasculares. Más aún, la mortalidad de los hombres obesos pero entrenados no fue significativamente distinta de la mortalidad de los hombres entrenados y magros. En otras palabras, ¡el problema se manifestó más claramente por el nivel de desentrenamiento, no por el nivel de obesidad! Esto es cierto aún después de corregir los datos según la edad, año de evaluación, uso de tabaco, consumo de alcohol, e historia familiar de enfermedades cardíacas isquémicas. Los autores concluyeron que "para beneficios a largo plazo sobre la salud, deberíamos apuntar a mejorar la capacidad cardiorrespiratoria incrementando la actividad física, más que depender solamente de la dieta para controlar el peso" (Lee, Blair & Jackson 1999).

c) La mayoría de los programas para pérdida de peso promueven, como si fuera la gran maravilla, que "no es necesario ejercicio ni esfuerzo". Quienes se someten a ellos, independientemente del grado de éxito que tengan a corto y a largo plazo, se ven privados de los beneficios de una vida físicamente más activa.

Los párrafos anteriores proveen una muestra del tipo de evidencia que existe sobre la importancia de la actividad física para la salud. Otros artículos respaldan firmemente la posición de que una excelente manera de mejorar la salud es asegurarse de fomentar la actividad física en la población (Aragón Vargas 1995, Bouchard et al. 1993, NIH 1996, Pate 1995). La escogencia de cada individuo entre todos los métodos para el control de peso (si es que decide que eso es lo que más le interesa) es un asunto personal, pero en la medida en que algunos métodos fomenten el sedentarismo, eso tiene implicaciones negativas sobre la salud pública. Si a eso se le añade la limitadísima efectividad de muchos métodos, el problema se complica aún más. Por este medio propongo, como un asunto de salud pública, que en Costa Rica debería prohibirse toda propaganda de productos adelgazantes que promueva el sedentarismo.

d) La recomendación actual por consenso internacional es que todos los adultos deberían acumular 30 minutos o más de actividad física moderada, todos o casi todos los días de la semana. "Acumular" significa que se incluyen los 5 minutos de ida y los 5 minutos de regreso al trabajo caminando, o los pocos minutos que subo y bajo las gradas del edificio. Actividad física moderada incluye labores de



Esta obra está bajo una

Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional

limpieza y acomodo en el hogar que incrementan ligeramente la frecuencia cardíaca. Así que no es necesario entrar en el estereotipo de la jovencita esbelta con leotardo haciendo su clase de danza aeróbica, si eso no es lo más factible o atractivo para uno.

Las personas que tienen un ritmo de vida que no les permite esta cantidad de actividad física todos los días, necesitan hacer un programa específico de acondicionamiento físico. Sin embargo, es sorprendente cómo uno puede aumentar considerablemente sus niveles de actividad física diaria. Recientemente se han desarrollado programas como el famosísimo "Agita São Paulo" en Brasil (CELAFISCS 1998), o esfuerzos más modestos pero cuya eficacia está muy bien documentada (Dunn et al. 1999).

e) La actividad física regular ayuda a controlar el peso corporal. Según la declaración del ACSM, "para mantener un buen control del peso y niveles óptimos de grasa corporal, es indispensable un compromiso de por vida con hábitos adecuados de alimentación y la actividad física regular".

Este mensaje es muchísimo más duro que las promesas maravillosas que hacen los comerciales de productos para la reducción del peso, pero está bien fundamentado. Los médicos, educadores físicos, y demás profesionales de la salud tenemos una responsabilidad mayúscula de atender la obsesión de la gente por "la figura", educándolos de manera científica y promoviendo entre nuestros clientes y pacientes, ante todo, hábitos de vida saludables. La actividad física moderada regular y debidamente orientada es quizás el elemento que se puede recomendar con más respaldo científico y con menos efectos secundarios nocivos.

¿Y los reductores XXXXX? Basta decir que es una barbaridad que estén a la venta en las farmacias, algo tan contradictorio como que en una farmacia se vendieran cigarrillos.

Referencias:

American College of Sports Medicine (1983): Position Statement on Proper and Improper Weight Loss Programs. Medicine and Science in Sports and Exercise 15(1):ix-xiii,

Andres, R. (1980): Effect of obesity on total mortality. International Journal of Obesity 4(4):381-386.

Aragón Vargas, L.F. (1998): ¿Necesita Ud. perder esa grasa? Ejercicio, factores de riesgo, y salud. Acta Médica Costarricense 40(4):37.

Aragón Vargas, L. F. (1995): Los verdaderos riesgos del ejercicio. Revista Costarricense de Salud Pública 4(7):1-12.



Esta obra está bajo una

Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional

- Barlow C.E., Kohl HW3rd, Gibbons L.W., & Blair S.N. (1995): Physical fitness, mortality, and obesity. International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders 19 (s4): S41-S44.
- Blair S.N. (1993): Evidence for success of exercise in weight loss and control. Annals of Internal Medicine 119(7pt2):702-706.
- Bouchard C., Shephard R.J., & Stephens T. (1993): Physical Activity, Fitness, and Health Consensus Statement. Human Kinetics Publishers, Champaign, IL
- CELAFISCS (Centro de Estudos do Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul) (1998): Programa Agita São Paulo. Atividade Física é Saúde: Acumule 30 minutos por Dia.
- DiPietro L., Kohl HW3rd, Barlow C.E., Blair S.N. (1998): Improvements in cardiorespiratory fitness attenuate age-related weight gain in healthy men and women: the Aerobics Center Longitudinal Study. International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders 22(1):55-62.
- Dunn, A. L., Marcus, B. H., Kampert, J. B., Garcia, M. E., Kohl, H. W. 3., & Blair, S. N. (1999). Comparison of lifestyle and structured interventions to increase physical activity and cardiorespiratory fitness: a randomized trial. JAMA, 281(4), 327-334.
- Gaesser G.A (1999): Thinness and weight loss: beneficial or detrimental to longevity? Medicine and Science in Sports and Exercise 31(8):1118-1128.
- Lee CD, Blair SN, & Jackson AS. (1999). Cardiorespiratory fitness, body composition, and all-cause and cardiovascular disease mortality in men. American Journal of Clinical Nutrition, 69(3), 373-380.
- Lee CD, Jackson AS, & Blair SN. (1998). US weight guidelines: is it also important to consider cardiorespiratory fitness? International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders, 22 (Suppl 2): S2-S7.
- Manson J.E. & Faich G.A. (1996): Pharmacotherapy for obesity -- do the benefits outweigh the risks? New England Journal of Medicine 335 (9):659-660.
- Manson J.E., Colditz G.A. & Stampfer M.J. (1994): Parity, ponderosity, and the paradox of a weight-preoccupied society. JAMA 271(22):1788-1790.
- National Institutes of Health (1998). NIDDK Clinical guidelines on the identification, evaluation, and treatment of overweight and obesity in adults (Executive Summary). <http://www.nih.gov/>



Esta obra está bajo una

Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional

NIH Consensus Conference Development Panel on Physical Activity and Cardiovascular Health (1996): Physical activity and cardiovascular health. JAMA 276 (3): 241-246.

Pate R.R. et al. (1995): Physical activity and public health. A recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine. JAMA 273(5):402-407.

Ribot C., et al. (1987): Obesity and postmenopausal bone loss: the influence of obesity on vertebral density and bone turnover in postmenopausal women. Bone 8(6):327-331.

Solomon C.G. & Manson J.E. (1997): Obesity and mortality: a review of the epidemiologic data. American Journal of Clinical Nutrition 66:1044S-1050S.

