

PRÓLOGO

Este Suplemento al primer número del vigésimo segundo volumen de la RCAN Revista Cubana de Alimentación y Nutrición se destaca por acoger la monografía “La importancia del tratamiento integral del Síndrome metabólico en la prevención de las enfermedades cardiovasculares”: una contribución hecha por nutriólogos mexicanos. La singularidad de este proyecto editorial merece ser comentada en detalle.

Para nadie es un secreto que la Obesidad se ha convertido en la pandemia del Siglo XXI. La rápida y descontrolada urbanización de las sociedades humanas (y hay que anotar que Ciudad México es hoy por hoy una megápolis con 30 millones de habitantes), el descenso en los niveles de la actividad física debida a los ritos de la vida en la ciudad, con la sustitución de las largas caminatas por el uso del transporte automotor, el aumento del sedentarismo, y el acceso a cantidades desproporcionado a alimentos de elevada densidad energética (en contraposición con la calidad nutricional); todos estos factores se han coaligado para hacer de la Obesidad un fenómeno epidemiológico que sigue desafiando a nutricionistas y salubristas por igual.

La Obesidad es un fenómeno preocupante en México. La ENSANUT Encuesta de Salud y Nutrición ha revelado que más del 70% de la población mexicana con edades iguales/mayores de 20 años mostró exceso de peso. Desagregada esta cifra según el sexo del encuestado, el exceso de peso afectó al 71.9% de las mujeres y el 66.7% de los hombres.¹

Los números son alarmantes, pero siempre estarán los escépticos que dirán que estos resultados no inclinan a nada, y que unas libritas de más nunca constituirán un pecado. Honrando los reclamos de estos sujetos, se pudiera decir que la Obesidad no constituye una enfermedad *per se* en lo que toca a la presencia de un peso adicional del que corresponde para la Talla del sujeto, aún cuando existe evidencia abundante sobre los trastornos osteomio-articulares que le impiden al obeso la locomoción, la vida activa y la autonomía; y lo fuerzan al inmovilismo y el sedentarismo, cuando no a la postración, cerrando así un círculo vicioso que se hace imposible de quebrar.²

La repercusión de la Obesidad sobre el estado de salud del individuo y las poblaciones es más insidiosa y solapada. El exceso de peso, en particular aquel derivado de la acumulación de tejido adiposo en sitios como el espesor de los órganos sólidos (verbigracia: el hígado) y la cavidad abdominal, se asocia invariablemente con el Síndrome metabólico: una colección de enfermedades crónicas que se integran todas bajo el común denominador de la resistencia periférica aumentada a la acción de la insulina.³ En consecuencia, el Síndrome metabólico (SM) incluye la Diabetes mellitus tipo 2, la Hipertensión arterial, las dislipidemias, y la arterioesclerosis: de todas las anteriores, la peor.

La Obesidad es un factor acelerador del envejecimiento arterial, y ello puede expresarse clínicamente por insuficiencia arterial periférica, coronarioesclerosis, nefroesclerosis y arterioesclerosis cerebral. Las consecuencias son inmediatas y obvias: infarto del miocardio, accidente vascular encefálico, gangrena de miembros inferiores, e insuficiencia renal crónica.⁴ El envejecimiento arterial tiene otra expresión clínica: la retinopatía crónica, que puede evolucionar hacia la ceguera.⁵ No en balde los autores de la monografía hablan de que el obeso es como una bomba de tiempo esperando por explotar cuando la suma de eventos incluidos dentro del SM llega a un número crítico.

Pero si todo ello no convenciera a los escépticos (que se guían más por las disparidades que por la ciencia constituida), hay que anotar el impacto negativo de las complicaciones de la Obesidad sobre los costos de la atención de salud. Solo en México, el 13% del costo total de la atención médica está secuestrado por el tratamiento (nunca exitoso) de los problemas derivados del exceso de peso.⁶

La RCAN ha acomodado en el pasado contribuciones sobre la magnitud y extensión del SM en las poblaciones cubanas. En este sentido, se recuerda el trabajo sobre la frecuencia del SM en escolares obesos de una provincia del centro de Cuba.⁷ Pero la monografía que se presenta en este suplemento se destaca por cuanto aborda el problema que representa el SM de forma integral, considerando los aspectos relativos a la epidemiología, las manifestaciones clínicas, la etio- y la fisio-patogenia, la repercusión del mismo sobre el estado de salud, y lo que es más importante, y que en definitiva justifica su inclusión en la RCAN: el tratamiento actual de esta condición, donde se incluyen los medicamentos más novedosos que se han colocado a disposición del médico en años recientes, pero sin dejar de enfatizar la relevancia de la promoción de cambios en los estilos de vida y dietéticos, la consecución de una mayor actividad física, y la práctica del ejercicio.

Tan abarcadora monografía (por los objetivos que pretende cubrir) consume 42 páginas. La evidencia es hoy abrumadora sobre la repercusión del SM (y la insulinoresistencia: elemento bioquímico integrador de esta condición) sobre los diferentes dominios del ser humano, y en particular, sobre la integridad del endotelio vascular, que ocupa el rol central en la génesis de las diferentes formas de este síndrome. Las citas incorporadas dentro de la monografía (que superan el centenar) abrirán al lector otras tantas avenidas de indagación sobre los numerosos aspectos tratados dentro de la misma, y contribuirán a complementar el discurso de los autores.

Se debe hacer un aparte para referirse al tratamiento farmacológico del SM. La reducción de la grasa abdominal podría ser suficiente para paliar la insulinoresistencia, y con ello, aumentar la sensibilidad de las células y tejidos a la acción de esta hormona, y así corregir los desbalances endocrino-metabólicos que subyacen en el SM. Pero alcanzar reducciones modestas de la circunferencia abdominal puede requerir un tiempo significativo. Esto abre la oportunidad para el uso de medicamentos orientados, por un lado, al tratamiento de los síntomas del SM (como, por ejemplo, la Hipertensión arterial y las dislipidemias); y por el otro, la reparación a nivel celular, de la disfunción hormona-receptor-respuesta intracelular.⁸ Otros medicamentos que podrían ser útiles en el tratamiento del SM serían los inhibidores farmacológicos de los centros hipotalámicos del hambre, o moduladores de estados afectivos como la ansiedad y la depresión.⁹ Pero una vez más, se insiste en que la resolución última del SM descansa en cambios en los estilos de vida, dietéticos y de actividad física.

Llegado este punto, se hace imperativo hablar sobre la cirugía bariátrica. En años recientes, debido a la explosión epidémica de la Obesidad y el SM asociado, por un lado; y la disponibilidad creciente de tecnologías quirúrgicas de mínimo acceso efectivas, la cirugía bariátrica se ha promovido como la solución de elección en el tratamiento del SM, máxime cuando (aparentemente) se han agotado otras opciones conductuales y farmacológicas.¹⁰ Ciertamente, la cirugía bariátrica logra reducciones drásticas y rápidas del peso corporal, y de esta manera, el alivio inmediato los síntomas del SM, pero a costa de graves trastornos hidroelectrolíticos, endocrinos y metabólicos.¹¹ La mutilación gastrointestinal implícita en el proceder no puede ser deshecha. Y lo que es más alarmante: se está produciendo un efecto de rebote con ganancias inesperadas de peso y reaparición de los síntomas del SM en sujetos previamente bariatrizados.¹²⁻¹³ Luego, la decisión sobre la conducción (o no) de una cirugía

bariátrica debe estar plenamente justificada solo si, agotadas las otras opciones, existe peligro inminente para la vida del enfermo.

Sobre los autores poco habría que añadir que no estuviera incluido en la reseña curricular que acumula la monografía. Ellos se destacan por la experiencia acumulada en el estudio y tratamiento de la Obesidad y el SM, y han dedicado esfuerzos a la investigación y la docencia sobre estos temas. Debo señalar la voluntad del Dr. César Ochoa, con quien he coincidido en varias conferencias regionales sobre Alimentación y Nutrición, por llevar a vías de hecho este proyecto editorial. Espero que los lectores sepan apreciarlo.



Dr. Sergio Santana Porbén.
Editor-Ejecutivo.
RCAN Revista Cubana de Alimentación y Nutrición

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Olaiz Fernández G, Rivera Dommarco J, Shamah-Levy T, Rojas R, Villalpando Hernández S, Hernández Avila M *et al.* ENSANUT Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. INSAP Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, México: 2006.
2. Sabharwal S, Root MZ. Impact of obesity on orthopaedics. *J Bone Joint Surg Am* 2012;94:1045-52.
3. García García E, De la Llata Romero M, Kaufer-Horwitz M, Tusié Luna MT, Calzada León R, Vázquez Velázquez V *et al.* La obesidad y el síndrome metabólico como problema de salud pública: una reflexión. *Salud Pública Méx* [serial on the Internet] 2008;50:530-47 [Citada: 8 de Agosto del 2012]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S0036-36342008000600015>. También disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342008000600015&lng=en.
4. Reisin E, Jack AV. Obesity and hypertension: mechanisms, cardio-renal consequences, and therapeutic approaches. *Med Clin North Am* 2009;93:733-51.
5. van Leiden HA, Dekker JM, Moll AC, Nijpels G, Heine RJ, Bouter LM *et al.* Risk factors for incident retinopathy in a diabetic and nondiabetic Population: The Hoorn Study. *Arch Ophthalmol* 2003;121:245-51.
6. Córdova Villalobos JA. El Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria como una estrategia contra el sobrepeso y la obesidad. *Cir Cir* 2010;78:105-7.
7. Leyva Herrera L, Rodríguez-Ojea Menéndez AP, Pérez Samper LA. Síndrome Metabólico en escolares obesos del municipio avileño de Morón. *RCAN Rev Cubana Aliment Nutr* 2011;21:197-212.
8. Camejo G, Ljung B, Oakes N. Pharmacological treatment of insulin resistance in obesity. *Nutr Metab Cardiovasc Dis* 2001;11:275-84.

9. Gokcel A, Gumurdulu Y, Karakose H, Melek Ertorer E, Tanaci N, Bascil Tutuncu N, Guvener N. Evaluation of the safety and efficacy of sibutramine, orlistat and metformin in the treatment of obesity. *Diab Obes Metabol* 2002;4:49-55.
10. Buchwald H, Avidor Y, Braunwald E, Jensen MD, Pories W, Fahrbach K *et al.* Bariatric surgery: A systematic review and meta-analysis. *JAMA* 2004;292:1724-37.
11. Malinowski SS. Nutritional and metabolic complications of bariatric surgery. *Am J Med Sci* 2006;331:219-25.
12. Christou NV, Look D, MacLean LD. Weight gain after short- and long-limb gastric bypass in patients followed for longer than 10 years. *Ann Surg* 2006;244:734-40.
13. Gracia Solanas JA, Elia M, Aguilera V, Ramirez JM, Martínez J, Bielsa MA, Martínez M. Metabolic syndrome after bariatric surgery. Results depending on the technique performed. *Obes Surg* 2011;21:179-85.