

Obesitat: un nou mal per a Occident

L'obesitat o excés de greix corporal per sobre uns límits determinats constitueix una alteració metabòlica molt freqüent que aquests últims anys s'ha incrementat en el món occidental.

La determinació de la quantitat de greix corporal pot fer-se seguint diversos mètodes, alguns d'ells de notable complexitat, però en la pràctica clínica diària es realitza amb senzills mètodes antropomètrics, és a dir valorant algunes mesures, les més importants de les quals són el pes i la talla. El mètode més senzill i més generalitzat per a determinar si hi ha excés de greix corporal o no és l'índex de massa corporal (IMC), consistent a dividir el pes en quilograms per la talla en metres al quadrat.

L'increment de l'IMC per sobre els 25-27 kg/m² augmenta la morbiditat i la mortalitat de la població afectada de forma proporcional al grau d'excés de greix corporal. Per exemple, un IMC de 40 kg/m² (obesitat mòrbida) triplica la mortalitat de la població afectada en relació amb la població de la mateixa edat que té un IMC normal. Però l'increment de la morbiditat i de la mortalitat, per diverses complicacions i malalties associades, no depèn tan sols del grau d'excés de greix corporal sinó també de la distribució topogràfica del greix. La distribució superior, central o androide, més pròpia dels homes, produeix una acumulació de greix sobretot a la cara, a la regió cervical, al tòrax i a l'abdomen su-



ARXIU / RAFA GIL

praumbilical, amb una component important de localització visceral, mentre que la distribució inferior, perifèrica o ginecoide, més pròpia de les dones, produeix una acumulació de greix a l'abdomen infraumbilical, a les anques, a la regió glútia i a les cuixes. És un fet completament comprovat que l'excés de greix de distribució androide, per un complex mecanisme metabòlic i endocrí, no del tot conegut, propicia una especial predisposició a les complicacions metabòliques i circulatòries que es tradueix, entre més conseqüències, en un augment del risc de complicacions cardiocirculatòries, i entre elles, del temut infart de miocardi.

Aquests últims anys hi ha hagut un increment de l'obesitat en alguns països occidentals, fet que ha suscitat una important preocupació per les seves greus repercussions socio sanitàries. Aquest fenomen es dona en en alguns països europeus,

especialment a Anglaterra. Uns altres països desenvolupats (Austràlia, Canadà, Estats Units) han observat el mateix increment, especialment cridaner per la seva magnitud en les dones nord-americanes de raça negra.

Un origen genètic. L'obesitat és una síndrome multifactorial, de manera que, en la gènesi de cada cas, hi interaccionen de forma diversa factors genètics i socioculturals diferents. L'esquema de la causa de l'obesitat és aparentment molt senzill: la ingesta calòrica (IC) supera el requeriment energètic individual (REI), que inclou fonamentalment l'energia consumida en el metabolisme basal, la despesa energètica de l'activitat física i la termogènesi (TE), que inclou el consum energètic produït per la digestió dels aliments. Malgrat aquesta aparent simplificació, en realitat la regulació energètica és

extraordinàriament complexa, i bona part dels mecanismes que afavoreixen l'acumulació de greix en les persones amb tendència genètica a l'obesitat no són encara ben compresos o fàcilment identificables en una persona determinada. L'organisme humà es troba filogenèticament ben preparat per a la reserva d'energia, i aquests mecanismes que han estat positius per a la supervivència en períodes de migradesa d'aliments s'han convertit en contraproductius ara que en el món desenvolupat hi ha una gran oferta d'aliments rics en calories i, alhora, una gran tendència al sedentarisme. Quan apareix el desequilibri entre IC i REI comença l'acumulació de greix, que és especialment notable en les persones genèticament predisposades a l'obesitat per diversos mecanismes (l'un d'ells pot ser la dificultat de cremar calories, TG). Un dels problemes més greus de l'obesitat és la tendència a recuperar el pes perdut que té el pacient obès. El cervell "dóna ordres" de recuperar l'energia perduda que es manifesten en una tendència a la disminució del REI i a l'increment de la ingesta. Malauradament, per combatre aquesta tendència cal que el malalt canviï de forma permanent els seus hàbits de vida quant a alimentació i a exercici físic.

El tractament mèdic. La consideració habitual que es dona a l'obesitat i al pacient obès en la nostra societat, també per part d'alguns professionals de les ciències de la salut, és força inadequada. Per una banda, hi ha una tendència a la simplificació i a la trivialització de l'obesitat com un problema sociosanitari, confonent moltes vegades una important malaltia metabòlica amb un problema *estètic* d'escassa transcendència i de fàcil solució. I per una altra hi ha la tendència, per part de molts metges, a culpabilitzar l'obès de la malaltia i del fracàs del tractament. Cal advertir, a més, que les modes actuals de *bellesa* femenina, representades en bona part per les models, i que enalteixen excessivament la primor, augmenten el rebuig social de l'obesitat, i cosa pitjor, poden induir a témer el greix



ARXIU / RAFA GIL

Aquests últims anys hi ha hagut un increment de l'obesitat en alguns països occidentals, sobretot a causa dels hàbits alimentaris. Des d'una perspectiva sanitària, és important combatre la mortalitat, ja que la població afectada per aquesta malaltia té uns índexs de morbiditat i un risc de mortalitat superiors als de la resta.

Tota millora estable necessita un tractament correcte i durador i canvis permanents en els hàbits de vida.

corporal normal de l'organisme femení, cosa que pot explicar parcialment l'actual epidèmia de trastorns de la conducta alimentària (anorèxia i bulímia nerviosa) de les nostres adolescents.

El tractament de l'obesitat és complex i difícil, i no es pot portar a terme sense un estudi previ del malalt. El tractament de l'obesitat, que és obligat quan la persona obesa té factors de risc associats —com els que predisposen a l'arteriosclerosi, o algunes altres complicacions importants, tals com la síndrome de les apnees del son que cursa amb somnolència diürna— ha de proposar-se objectius realistes i oblidar habitualment fites irrealitzables com la d'assolir el "pes ideal". En ocasions, pèrdues moderades d'uns deu o dotze quilograms de pes poden ocasionar millores molt beneficioses per a l'obès des del punt de vista metabòlic i circulatori. El tractament correcte del pacient obès ha

d'incloure sempre un règim hipocalòric que ha de ser equilibrat en macronutrients i que ha de contenir una quantitat suficient de vitamines, minerals i oligoelements. Unes altres mesures a aplicar són l'exercici físic, la modificació conductual o el suport psicològic, i en casos en què siguin indicats, alguns medicaments. Les dietes de molt baix contingut calòric (dietes líquides) o la cirurgia bariàtrica es reserven per a casos greus i per a unitats especialitzades.

Es important que, abans de finalitzar un article com aquest destinat a divulgar alguns coneixements sobre l'obesitat, s'insisteixi una vegada més en els perills dels tractaments incorrectes i inadequats (dietes "meravelloses", productes "miraculosos", píndoles), que, en el millor dels casos, poden ser una forma d'enganyar i de causar un perjudici econòmic al malalt obès, però que en força ocasions, malauradament, poden produir efectes perjudicials sense aconseguir cap millora persistent. Cal admetre la realitat i els coneixements científics actuals quant a obesitat, tot i que aquesta realitat inclogui missatges tan poc engrescadors com el que defineix que tota millora estable necessita un tractament correcte i durador i canvis permanents en els hàbits de vida. Cal esperar, això no obstant, que la recerca biomèdica permeti d'oferir en un futur no gaire llunyà, noves i esperançadores perspectives terapèutiques.

Màrius Foz