

“Aunque se está investigando, es poco lo que podemos hacer por las personas obesas”

A pesar de que Federico J. Casimiro-Soriguer, del Hospital Carlos Haya de Málaga, se muestra escéptico ante los resultados de la investigación sobre obesidad, ha dedicado gran parte de su vida a estudiar sobre este campo, lo que le ha hecho merecedor del VIII Premio Fundación Uriach de Ciencias de la Salud.

Madrid, 26 de enero 2005 (azprensa.com)

El galardón de la Fundación Uriach, otorgado a Federico J. Casimiro-Soriguer, jefe del Servicio de Endocrinología del Hospital Carlos Haya de Málaga, por su contribución al estudio de la obesidad, contaba con una dotación de 50.000 euros para él y 70.000 euros para el centro en el que trabaja, aunque finalmente irán íntegramente para su grupo de investigación y, concretamente, para el desarrollo del estudio Pizarra, acerca de factores de riesgo cardiovascular.

¿La obesidad puede ser considerada una enfermedad?

La obesidad puede llegar a ser una enfermedad. En cualquier caso, es un factor de riesgo para la diabetes, la patología cardiovascular o la artrosis de rodilla. El concepto de enfermedad, que ha cambiado a lo largo de la historia, tiene que ser negociado entre el médico y el paciente, y la palabra enfermo debería ser reservada para determinadas circunstancias, que es cuando la persona tiene conciencia de serlo.

¿En qué aspectos cree que se ha avanzado más en los últimos años en cuanto a investigación sobre la obesidad?

La verdad es que somos bastante ignorantes. Es cierto que la investigación en obesidad ha aumentado espectacularmente y que el número de publicaciones científicas, especialmente sobre el tejido adiposo, es muy elevado. Sin embargo, este cúmulo de investigaciones no se ha traducido en un mejor conocimiento de cómo atajar el problema de la obesidad. Hay que ser intelectualmente honesto y reconocer que, aunque se está investigando, es poco lo que podemos hacer por las personas obesas.

El tratamiento es fundamentalmente la dieta y el ejercicio, y si esto fracasa, hay alternativas como la cirugía, cuando se trata de obesidad mórbida, que es en estos momentos la única solución radical para la obesidad. En cuanto a los tratamientos farmacológicos, en estos momentos hay dos anorexígenos que, aunque cumplen una función, no son la solución para la obesidad.

Los efectos secundarios de la cirugía, ¿han provocado que los médicos tengan reservas a la hora de recomendar esta opción terapéutica?

La cirugía bariátrica está restringida a una parte muy pequeña de las personas obesas, que son aquellas que se han escapado completamente de las posibilidades de curación o de consideración médica y hay un riesgo para su vida. En los países desarrollados, ha aumentado mucho este tipo de cirugía; además, ha habido cambios importantes en las técnicas quirúrgicas y en estos momentos se tienen bastantes conocimientos acerca de sus riesgos y beneficios.

Sin embargo, ha proliferado la cirugía bariátrica en clínicas privadas y bajo protocolos no siempre muy ortodoxos, lo que ha generado una cierta desconfianza hacia su práctica. Creo que sólo debería llevarse a cabo en centros de reconocido prestigio, acreditados y evaluados por las sociedades científicas e instituciones públicas correspondientes. No hay que olvidar que se trata de cirugía mayor con cierto riesgo que no debiera ser realizada de cualquier

forma y por cualquier persona. Aun así, creo que se ha exagerado el riesgo de estas operaciones y que ha habido demasiada alarma social.

Destaque alguna investigación de su grupo de trabajo.

Hace años estudiamos cómo el crecimiento del tejido adiposo no se produce de forma lineal, sino con curvas determinadas. Comprobamos que, en el primer año de vida, crece el tamaño de la célula grasa, para más tarde crecer el número, y que esto puede ser modulado por el tipo de grasa de la dieta. Más recientemente, hemos podido ver, mediante el estudio Pizarra, que el incremento de peso en una población es menor en aquellas personas que consumen aceite de oliva que en las que ingieren aceite de girasol. Hemos investigado por qué sucede esto a partir de estudios experimentales, y hemos comprobado que los animales alimentados con aceite de oliva tienen mayor capacidad de lipólisis, es decir, son más capaces de activar la liberación de ácidos grasos. Este estudio supone un valor añadido de la dieta mediterránea, ya que demuestra que el aceite de oliva puede ser útil para no incrementar el peso, debido a que aumenta la actividad lipolítica de la célula adiposa.

¿Aumenta el número de personas que acuden al médico para tratar su obesidad?

Cada vez hay más demanda de atención especializada para la obesidad, aunque no hay que olvidar que la mayor parte de las personas obesas no va al médico, que la mayoría de las que va no adelgaza y que muchas de las que adelgazan lo hacen sin ir al médico.

Por otro lado, ante la demanda enorme de asistencia para personas obesas, florece una gran cantidad de clínicas específicas que muchas veces no cumplen los requisitos deontológicos ni los criterios de idoneidad científico-técnica. Asimismo, ofrecen alternativas terapéuticas farmacológicas en las que los riesgos pueden superar a los beneficios.

Creo que el sistema sanitario público debería plantearse una reconstrucción cultural que pasa por aprender a comer mejor, y que no debería dar la espalda a la atención clínica de las personas obesas, ya que es la única garantía de que se puedan establecer protocolos y procedimientos independientes del propio mercado de demanda de la salud. Desgraciadamente, en estos momentos, el sistema no puede prestar la atención adecuada a una patología que se considera un problema menor, cuando no culposo, y se dedican espacios asistenciales a otras patologías que se estiman más prioritarias.

¿Se ha avanzado en el conocimiento sobre la relación entre la genética y la obesidad?

Se ha avanzado, pero no tanto. Hoy sabemos que hay algunas obesidades, muy raras, que son debidas a un único gen. Por otro lado, creo que hay una predisposición genética, pero que habría que enfocarla dentro de la hipótesis del 'gen ahorrador', propuesta por Neel en 1962. Según ésta, la dotación genética de la especie humana, que probablemente no ha cambiado en los últimos 30.000 años, se fue construyendo para que el hombre pudiera sobrevivir en un medio hostil, y teniendo en cuenta que se necesitaba un alto consumo de energía para conseguir recursos alimentarios, que eran escasos. Los que sobrevivieron tenían un genoma determinado que no sería el más adecuado para la época actual de abundancia calórica, y los obesos hubieran sido los supervivientes en épocas pasadas, aunque ahora son las víctimas de esa abundancia. En este sentido, la genética sí puede resultarnos útil, pero no se ha encontrado todavía un patrón genético para la gran masa de obesos. Así, la solución no va a venir de la investigación genética, sino de los cambios de los modelos sociales que permitan que se reduzca la ingesta calórica, que se coma mejor y se gasten más calorías.