



EN FORMA

Obesidad y sedentarismo



MARTÍN CAICOYA (médico)

El binomio sedentarismo-obesidad se prevé como el enemigo público número uno en esta primera mitad de siglo. Los más agoreros estiman que será causa de más del 30% de la mortalidad. El tabaco es todavía la principal causa de muerte en el mundo y no estoy seguro, tal como presionan las tabacaleras a los grupos más vulnerables –los jóvenes y los habitantes de países menos desarrollados– que deje de serlo. Quizá se logre en nuestro medio. De hecho, se observa una pequeña disminución del cáncer dependiente de tabaco.

Asociado al sedentarismo y la obesidad se ha inventado o construido una entidad que tiene cierta aceptación entre los clínicos: el síndrome metabólico. Como tal invento, cada definidor crea su propia definición, lo que produce confusión y quizás escepticismo. Lo puso de largo la Organización Mundial de la Salud en 1998 y eso tiene importancia. Su definición se basa en la presencia de diabetes o intolerancia a la glucosa junto con otros dos problemas más: obesidad abdominal, hipertensión o hipertrigliceridemia. Con estas cuatro características, combinándolas de una forma u otra han jugado todos los que quisieron entrar en la discusión. Algunos complican la cosa añadiendo el colesterol HDL bajo. Quizá la que cobra más fuerza es la que centra su definición en la obesidad abdominal como reflejo de un problema del metabolismo de las grasas. Y realmente eso encaja bastante bien con la idea de unir este síndrome a la epidemia de obesidad y sedentarismo. Dependiendo de la clasificación, en España entre el 22% y el 32% de la población sufriría el síndrome metabólico.

Desde el punto de vista energético, la ecuación es bien simple: si comemos más y gastamos menos, el exceso de calorías que ingerimos se guardan para tiempos peores. Podemos almacenar un poco en forma de glucógeno, pero la mayoría, por una cuestión de peso y espacio, lo hace-



ENTRE EL 22% Y EL 32% DE LA POBLACIÓN ESPAÑOLA SUFRIRÍA EL SÍNDROME METABÓLICO, DEPENDIENDO DE LOS CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN

mos como grasa. Antes se creía que el tejido adiposo era metabólicamente inerte, ahí estaba para cuando se necesitara. Hoy sabemos que no es así. Lo primero que se aprendió es que impide que la insulina trabaje adecuadamente. La glucosa, que es un alimento fundamental de las células, no puede entrar en ellas por sí misma, como hace el alcohol o pueden hacer los ácidos grasos. Necesita un transportador: la insulina. La cosa es complicada. En la célula hay unos receptores, una especie de cerradura a la que se acopla la insulina y abre la puerta para pase el azúcar. En los obesos, más si la grasa es abdominal, la insulina no funciona, quizá porque ese tejido secreta sustancias que modifican los receptores. La consecuencia es que la glucemia sube en sangre y el páncreas

que segrega más insulina para intentar resolver el problema. Algo consigue, pero no durará mucho. Al final el páncreas se agota y la diabetes será inevitable. Además de meter glucosa en la célula, la insulina estabiliza la grasa. Lógico, no la necesita el cuerpo mientras haya azúcar sobrante. Pero cuando hay resistencia, otras hormonas están libres y van a disolver la grasa en la sangre. Se elevan los lípidos hemáticos. Y un problema adicional es que con la grasa salen a la sangre ciertas sustancias inflamatorias. Y ya se sabe, inflamarse es una forma de envejecer. Estamos ante toda una amenaza metabólica, metidos en un círculo vicioso. Porque estas mismas grasas en la sangre impedirán el buen funcionamiento de la insulina. La obesidad, especialmente la abdominal, es un problema serio. El que la OMS haya basado su definición de síndrome metabólico en la resistencia a la insulina y que la Federación Internacional de Diabetes la centre en la obesidad abdominal refleja esta preocupación.

Casi todos los estudios demuestran que las personas con síndrome metabó-

co tienen más riesgo de enfermedad y muerte cardiovascular. Eso era esperable porque esas personas tienen varios factores de riesgo: diabetes o prediabetes, hipertensión, obesidad, alteración de los lípidos. La cuestión que se plantea es si estando juntos interaccionan de tal manera que su efecto sea superior al del producto de ellos. No parece que sea así en los abundantes datos que hay.

Yo tengo mis dudas acerca de la utilidad de crear esta nueva enfermedad. No sé qué aporta. Quizá nombrándolo se pueda visualizar el problema y facilite su control. A una persona que es obesa, moderadamente hipertensa y tiene altos los triglicéridos, le dicen que tiene un síndrome metabólico y probablemente se sienta peor. Quizá reaccione y se decida a afrontar el problema, o no lo haga y sume a su situación ese malestar.

La estrategia debe ser de salud pública. La obesidad y el sedentarismo están en el origen del síndrome metabólico. Está claro cómo abordarlo. Uno llega siempre al mismo sitio: hay que mejorar la dieta y hacer más ejercicio.