



Anales de la Facultad de Medicina
ISSN: 1025-5583
anales@unmsm.edu.pe
Universidad Nacional Mayor de San
Marcos
Perú

Penny Montenegro, Eduardo
Obesidad en la tercera edad
Anales de la Facultad de Medicina, vol. 78, núm. 2, 2017, pp. 111-113
Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Lima, Perú

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=37952105018>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Obesidad en la tercera edad

Obesity in the elderly

Eduardo Penny Montenegro ¹

¹ Especialista en Medicina Interna y en Geriátrica; Maestría en Medicina; Profesor, Facultad de Medicina, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú

Fac med. 2017;78(2):111-113 / <http://dx.doi.org/10.15381/anales.v78i2.13220>

Correspondencia:

Eduardo Penny Montenegro
penny_eduardo@hotmail.com

Recibido: 26 febrero 2017

Aprobado: 24 abril 2017

Conflictos de interés: Ninguno.

Citar como: Penny Montenegro E.
Obesidad en la tercera edad. An
Fac med. 2017;78(29): 111-113.
DOI: <http://dx.doi.org/10.15381/anales.v78i2.13220>.

Resumen

Los adultos mayores (AM) no están exentos de padecer sobrepeso u obesidad, alcanzando en el Perú porcentajes de 21,4% y 11,9% respectivamente, menor que en gente de menor edad. El sobrepeso y la obesidad están peligrosamente asociadas a otras enfermedades crónicas no transmisibles, por lo que el riesgo de morbilidad se incrementa. Si bien no existen datos confiables sobre el índice de masa corporal óptimo en el AM, la seguimos utilizando como guía tanto como la medición de la cintura abdominal. Se debería hacer todos los esfuerzos por prevenir este problema antes de que se llegue a la tercera edad. Su manejo debe ser lento y seguro, principalmente con intervenciones de tipo conductual (nutrición y actividad física adecuadas) y utilizando fármacos con mucho cuidado y solo si es indispensable.

Palabras clave. Adulto Mayor; Sobrepeso; Obesidad; Tercera edad; Morbilidad; Índice de Masa Corporal.

Abstract

Older people are not exempt of being overweight or obese; in Peru this occurs respectively in 21.4% and 11.9% of the elderly, less than in people of younger age. Overweight and obesity are associated to non-communicable chronic diseases, and to increase in morbidity and mortality. There is no trustworthy data on the optimum body-mass index in the elderly, but we use both the body-mass index and measurement of the abdominal circumference. Best efforts should be done to prevent this problem before subjects become seniors. Management should be gradual and safe, consisting mainly in behavioral interventions (adequate nutrition and physical activities) and drugs only when necessary.

Keywords: Elderly; Overweight; Obesity; Seniors; Morbidity; Body Mass Index.

El sobrepeso y la obesidad representan un problema de salud que afecta a la población en general. Los adultos mayores (≥ 60 años, según la OMS y la legislación peruana) no están exentos de este problema, lo cual es motivo de preocupación nacional y mundial ^(1,2). Se asocian a los procesos mórbidos y a las enfermedades crónicas no transmisibles que afectan frecuentemente a este segmento poblacional, lo cual limita y acorta su calidad de vida. Por ello es muy importante prevenirla, detectarla a tiempo y tratar de solucionarla.

En el Perú, la población adulta mayor está estimada en 9,7% de la población general, alrededor de 3 millones de peruanos, y de acuerdo al informe técnico 'Estudio nutricional en el Perú por etapas de vida; 2012-2013' publicado en el 2015 por el Ministerio de Salud ⁽³⁾, se encontró sobrepeso en esta población adulta mayor en 21,4% (IC95%: 19,6 a 23,2) y obesidad en 11,9% (IC95%: 10,6 a 13,2), cifras menores que las encontradas en los adultos jóvenes (30,7% y 9,9%, respectivamente) y en los adultos (44,7%; IC95%: 19,6 a 23,2 para el sobrepeso y 23,1%; IC95%: 21,9 a 24,2% para la obesidad). Debemos tener en cuenta que los puntos de corte que se utilizaron para la definición de sobrepeso y obesidad según el índice de masa corporal (IMC) fueron 28,0 a 31,9 para sobrepeso y $\geq 32,0$ para obesidad, de acuerdo a la Guía Clínica para la atención primaria a las personas adultas mayores (OPS, 2002).

Según al área de residencia, el mayor sobrepeso (25,5%) y obesidad (15%) se detectó en las zonas urbanas en relación a las zonas rurales (10,7% y 3,7%, respectivamente). En relación al sexo de los evaluados, los hombres tuvieron un sobrepeso de 20,2% y de obesidad 8,1%, comparado con un predominio de las mujeres que tuvieron 22,5% y 15,3%, respectivamente. Según el dominio geográfico, las áreas con mayor proporción de sobrepeso y obesidad correspondieron a la Costa Centro con 31,2% y 18,9%, la costa Sur con 28,8% y 18,1%, y Lima Metropolitana con 27,8% y 16,8%, respectivamente.

Finalmente, de acuerdo a este informe técnico, en el tema del nivel de po-

breza los 'no pobres' tuvieron porcentajes de sobrepeso de 23,5% y de obesidad 13,8%, comparado con los 'pobres no extremos', de 14,9% y 5,2%, respectivamente, y con los 'pobres extremos', con 8,6% y 2,8%. Es preciso ser muy cautos cuando evaluamos a una población, debiendo relacionar su índice de masa corporal con sus ingresos económicos. Este fenómeno en nuestro país pudiera explicar en algunos casos los menores porcentajes de sobrepeso y obesidad que se presentan en los adultos mayores comparados con los más jóvenes, ya que este grupo etario usualmente tiene menores ingresos económicos, por la pobre calidad de la jubilación, y usualmente no están activos físicamente para poder tener ingresos adicionales que les permita vivir dignamente.

Durante el proceso de envejecimiento, normalmente se producen diversos cambios corporales evolutivos, como disminución del agua corporal total, expansión del compartimento grasa (aumenta de 14% a 30%) y disminución de la masa muscular y ósea. Como sabemos, el cuerpo humano está conformado por masa magra (músculos, huesos, vísceras), es decir la masa corporal libre de grasa, que representa aproximadamente 45% del peso corporal en los hombres y 35% en las mujeres. Después de los 25 años, esta masa libre de grasa va disminuyendo progresivamente a costa del músculo esquelético apendicular (aproximadamente entre 0,5% y 1% cada año. Entre los 60 y 70 años disminuye 15% y alrededor de 30% después de esa edad) ⁽⁴⁾. Asimismo, la masa o tejido grasa -el cual se encuentra distribuido ampliamente debajo de la piel (grasa subcutánea, conformando el 80% del total y luego disminuye proporcionalmente), alrededor de las vísceras abdominales, en el retroperitoneo y rodeando los grandes vasos sanguíneos en el 20% restante) ⁽⁵⁾-, aumenta con el pasar de los años, afectando tanto la parte externa e interna de los músculos, lo cual se acompaña de la disminución del tamaño y fuerza muscular. Este proceso recibe el nombre de sarcopenia. Desde el punto de vista de la grasa corporal, entre los 60 y 79 años se considera sobrepeso a valores superiores a 25% en el hombre y 36% en mujeres, mientras que la obesi-

dad está considerada por encima de 30% en los hombres y 41% en las mujeres ⁽⁶⁾.

A la obesidad la definimos como el exceso de tejido adiposo o grasa corporal, resultante del desequilibrio entre una ingesta excesiva y un gasto bajo de energía, lo cual conduce a riesgos aumentados sobre la salud humana, asociándose a hipertensión arterial, dislipidemia, accidente cerebrovascular, diabetes mellitus, insuficiencia cardíaca, enfermedad coronaria, algunos tipos de cánceres, enfermedad de Alzheimer ⁽⁷⁻¹³⁾. También se conoce que la edad promedio de vida disminuye en las personas con sobrepeso u obesidad, según se demostró en el estudio de los Adventistas del Séptimo Día ⁽¹⁴⁾. Estos daños se producirían por el aumento en la producción de citoquinas proinflamatorias (INF- α , IL-6, IL-10) y disminución de las citoquinas antiinflamatorias, como las adiponectinas.

En la actualidad, no contamos con los datos suficientes que puedan definir claramente un IMC óptimo para los adultos mayores, y por lo tanto se pueda a su vez definir correctamente al sobrepeso y a la obesidad en este grupo etario ⁽¹⁵⁾. Como sabemos, para determinar el sobrepeso y la obesidad utilizamos el IMC, pero en este, lamentablemente el factor talla se encuentra alterado en los adultos mayores, por la menor altura como consecuencia de la disminución del tamaño vertebral y una mayor curvatura de la columna vertebral ⁽¹⁶⁾. A pesar de estas limitantes, aun seguimos utilizando este tipo de medición por ser práctica en el día a día. Esta se puede complementar con la medición del perímetro abdominal y relacionarse con la morbilidad y con la discapacidad ^(17,18). Según la Federación Internacional de Diabetes (FID o IDF), las medidas para determinar obesidad en el hombre es ≥ 90 cm en el hombre y ≥ 80 cm en la mujer. Sin embargo, en nuestro medio, el Consenso Peruano avalado por la Sociedad Peruana de Medicina Interna y por la Sociedad Peruana de Endocrinología establecieron como puntos de corte 94 cm para los hombres y 90 cm para las mujeres ⁽¹⁹⁾.

Un problema adicional en los adultos mayores es la presencia de la obesidad

sarcopénica, la cual no es infrecuente en este grupo poblacional y está definida como la ocurrencia simultánea de un exceso de grasa corporal y de una pérdida significativa de la masa muscular y de la fuerza, lo cual incrementa la morbilidad ⁽²⁰⁾. En estos casos aumenta la grasa alrededor y dentro del músculo, acompañando a la disminución de las fibras musculares.

En relación al tratamiento, este debe estar dirigido a tomar acciones durante los inicios del envejecimiento. Pero en los casos en que ya se encuentra el problema, está claramente demostrado que las intervenciones de tipo conductual combinada con componentes dietéticos y de actividad física, conducen a una mejora ⁽²¹⁾. Es importante en relación a la alimentación no descuidar la ingesta proteica, para no sacrificar la masa muscular, debiendo consumirse diariamente entre 1,2 y 1,5 gramos de proteínas por kilogramo de peso. Desde el punto de vista de la actividad física, no debemos olvidar la importancia que tienen los ejercicios de resistencia que deben acompañar a los aeróbicos y a los de relajación, con lo cual se gana masa y fuerza muscular y se disminuye la grasa corporal.

El uso de fármacos para adelgazar debieran utilizarse excepcionalmente y con mucho cuidado en su administración y dosificación (se recomienda siempre revisar la literatura del inserto antes de indicar el fármaco), ya que la mayor parte de ellos tiene contraindicaciones importantes o interacciones medicamentosas con fármacos de uso cotidiano en el manejo de enfermedades crónicas que acompañan al adulto mayor. Se debe seguir el precepto de no indicarlos si el beneficio no lo justifica largamente.

Por último, recomendamos que dados los cambios anatómicos y fisiológicos, así como algunos hemodinámicos que se producen durante el envejecimiento, debemos ser muy cautelosos en el manejo de los adultos mayores con sobrepeso u obesidad, con metas no ambiciosas en el corto plazo pero con la seguridad que en el largo plazo serán altamente efectivas y seguras.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lanata CF. El problema del sobrepeso y la obesidad en el Perú: La urgencia de una política de salud pública para controlarla. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2012;29(3):299-300.
2. II Consenso Latinoamericano de Obesidad 2017. Federación Latinoamericana de Sociedades de Obesidad. http://flaso.net/segundo_consenso_latinoamericano_de_obesidad.pdf.
3. Informe Técnico: Estado nutricional en el Perú por etapas de vida: 2012-2013. Dirección Ejecutiva de Vigilancia Alimentaria y Nutricional-DEVAN. Ministerio de Salud. 2015.
4. Hughes VA, Frontera WR, Roubenoff R, Evans W, Fiatarone M. Longitudinal changes in body composition in older man and women: role of body weight change and physical activity. *Am J Clin Nutr*. 2002;76:473-81.
5. Gallagher D. Appendicular skeletal muscle mass: effects of age, gender and ethnicity. *J Appl Physiol*. 1997;83:229-33.
6. Gallagher D, Heymsfield SB, Heo M, Jebb S, Mutgatroyd P, Sakamoto Y. Healthy percentage body fat ranges: an approach for developing guidelines based on body mass index. *Am J Clin Nutr*. 2000;72:694-701.
7. Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Report of a WHO Expert Committee. *World Health Organ Tech Rev Ser*. 1995;854:1-452.
8. Van Itallie TB, Lew EA. Overweight and underweight. En: Lew EA., Gajewski J, Editor. *Medical risks: Trends in mortality by age and time elapsed*. Chapter 13. New York: Praeger. 1990.
9. Manson JE, Stampflier MJ, Hennekens CH, Willet W. Body weight and longevity: A reassessment. *JAMA*. 1987;257:353-8. doi:10.1001/jama.198.03390030083026.
10. Yussuf S, Hawken S, Ounpun SS, Bautista L, Franzosi M, Commenford P. INTERHEART Study Investigators. Obesity and the risk of myocardial infarction in 27,000 participants from 52 countries: a case control study. *Lancet*. 2005;366:1640-9.
11. Prospective Studies Collaboration. Body-mass index and cause-specific mortality in 900,000 adults: collaborative analyses of 57 prospective studies. *Lancet*. 2009 Mar 28;373(9669):1083-96. doi: 10.1016/S0140-6736(09)60318-4.
12. Osher E, Stern N. Obesity in elderly subjects. *Diabetes Care*. 2009;32(suppl2):S398-S402.
13. Luchisinger JA, Cheng D, Tang MX, Schupf N, Mayeux R. Central obesity in the elderly is related to late onset Alzheimer's Disease. *Alzheimer Dis Assoc Disord*. 2012;26:101-5. doi: 10.1097/WAD.0b013e318222f0d4.
14. Lindsted K, Tonstad S, Kuzma JW. Body mass index and patterns of mortality among Seventh Day Adventist men. *Int J Obes*. 1991;15:397-406.
15. Mathus-Vliegen EM. Obesity Management Task Force of the European Association for the Study of Obesity.. Prevalence, pathophysiology, health, consequences and treatment options of obesity in the elderly. A Guideline. *Obese Facts*. 2012;5:460-83. doi: 10.1159/000341193.
16. US Department of Health and Human Services, Nutrition and overweight. En: *Healthy People 2010*. Washington, DC: US Government Printing Office, 2000.
17. Lemieux S, Prud'homme D, Bouchard C, Tremblay A, Despres J. A single threshold value of waist girth identifies normal-weight and overweight subjects with excess visceral adipose tissue. *Amer J Clin Nutr*. 1996;64:685-93.
18. Guallar-Castillon P, Sagardin-Villanew J, Bane-gas JR, Graciani A, Smichd N, López-García E. Waist circumference as a predictor of disability among older adults. *Obesity*. 2007;15:233-44. doi:10.1038/oby.2007.532.
19. Consenso Peruano sobre la Prevención y Tratamiento de Diabetes Mellitus Tipo 2, Síndrome Metabólico y Diabetes Gestacional. *Endocrinoperu.org*. (Online).; citado 2015). Disponible en: <http://www.wndocrinoperu.org/pdf/Consenso%20Peruano%20sobre%20Prevencion%20Tratamiento%20Diabetes%20Mellitus%20Sindrome%20Metabolico%20y%20Diabetes%20Gestacional.pdf>
20. Gomez-Cabello A, Pedrero-Chamizo R, Oliva-res L, Luzardo A, Juez-Bengochea A, Mata E, et al. Prevalence of overweight and obesity in non-institutionalized people aged 65 or over from Spain: the EXERNET multicentre study. *Obes Rev*. 2011;12:583-92. doi:10.1111/j.1467-789X.2011.00878.x.
21. Batsis J, Gill L, Masutani R, Adachi-Mejia A, Blunt H, Bagley P, et al. Weight loss interventions in older adults with obesity: A systematic review of randomized Controlled Trials since 2005. *J Am Geriatrics Soc JAGS*. 2017;65(2):257-68. doi:10.1111/jgs.14514.