

Artículo de revisión

Tratamiento de la obesidad con productos naturales.

Obesity treatment with natural products.

Dra. MSc. Lina Neri Espinosa Pire.

Resumen

Los crecientes índices de obesidad alrededor del mundo, provocados principalmente por los excesos en la ingesta y la vida sedentaria, constituye uno de los grandes problemas de salud pública en nuestras sociedades. Entre otras formas como dietas y tratamientos que surgen cada día para combatir la obesidad, el uso de plantas medicinales conocido como fitoterapia, ha despertado gran interés. Existen ciertas plantas que poseen propiedades adelgazantes, sin embargo, lo mejor es ponerse en manos de especialistas en este campo, para recibir una correcta asesoría de acuerdo a las necesidades personales. Las plantas medicinales y los productos que de ellas se obtienen, constituyen remedios eficaces para combatir la obesidad, pues no tienen efectos adversos. No obstante el tratamiento debe combinarse con un cambio de hábitos alimentarios y actividad física y no conviene utilizarlos irresponsablemente, pues no todos tienen los mismos beneficios y efectos. La eficacia de la aplicación de plantas con la finalidad de bajar de peso ha sido comprobada en numerosos ensayos clínicos que se han realizado con determinadas especies vegetales. Las plantas medicinales se han utilizado tradicionalmente en forma de infusión, sin embargo esta forma de administración no permite controlar efectivamente las dosis administradas, por lo que es preferible hacerlo en preparados como cápsulas o comprimidos. Cada planta deberá administrarse de una manera específica y es importante que los preparados se tomen siempre en el mismo horario para potenciar su efectividad.

Palabras Claves: Obesidad, terapéutica, paullinia, Ilex paraguariensis, cynara scolymus, carica, ananás.

Abstract

The rising rates of obesity worldwide, mainly caused by excesses in the intake and sedentary life, constitutes one of the major public health problems in our societies. Among other forms such as diets and treatments that arise each day to combat obesity, the use of medicinal plants known as herbal medicine, has aroused great interest. There are certain plants that possess properties slimming, however, it best is put in hands of specialists in this field, to receive a correct advice according to the needs personal. The plants medicinal and them products that of them is obtained, are remedies effective for combat the obesity, because they have no adverse effects. But the treatment must be combined with a change in eating habits and physical activity, and should not use them irresponsibly, because not everyone has the same benefits and effects. The effectiveness of the application of plants with the purpose of weight loss has been proven in numerous clinical trials have been conducted with certain plant species. Them

plants medicinal is have used traditionally in form of infusion, however this form of Administration not allows control effectively them dose administered, by what is preferable do it in prepared as capsules or tablets. Each plant should be administered in a specific way and it is important that preparations are always taken at the same time to enhance their effectiveness.

Keywords: Obesity, therapeutic, paullinia, ilex paraguariensis, cynara scolymus, carica, ananas.

Introducción

El sobrepeso y la obesidad se definen como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. El índice de masa corporal (IMC) es un indicador simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos. Se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros (kg/m^2).

Tabla 1: Clasificación de la OMS del estado nutricional de acuerdo con el IMC.

Clasificación	IMC (kg/m^2)	
	Valores principales	Valores adicionales
Bajo peso	<18,50	<18,50
Delgadez severa	<16,00	<16,00
Delgadez moderada	16,00 - 16,99	16,00 - 16,99
Delgadez leve	17,00 - 18,49	17,00 - 18,49
Normal	18,5 - 24,99	18,5 - 22,99
		23,00 - 24,99
Sobrepeso	$\geq 25,00$	$\geq 25,00$
Preobeso	25,00 - 29,99	25,00 - 27,49
		27,50 - 29,99
Obesidad	$\geq 30,00$	$\geq 30,00$
Obesidad leve	30,00 - 34,99	30,00 - 32,49
		32,50 - 34,99
Obesidad media	35,00 - 39,99	35,00 - 37,49
		37,50 - 39,99
Obesidad mórbida	$\geq 40,00$	$\geq 40,00$

Fuente: Adaptado de OMS 1995, OMS 2000 y OMS 2004.

Disponible en: http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html

El IMC proporciona la medida más útil del sobrepeso y la obesidad en la población, puesto que es la misma para ambos sexos y para los adultos de todas las edades. Sin embargo, hay que considerarla a título indicativo porque es posible que no se corresponda con el mismo nivel de grosor en diferentes personas.

La evolución de la obesidad es una preocupación creciente de las autoridades sanitarias a nivel mundial, por la evolución ascendente de su incidencia, porque constituye en sí una enfermedad, por ser un factor de riesgo de otras enfermedades crónicas como la diabetes, enfermedades cardiovasculares, artrosis y cáncer, entre otras¹.

La preocupación por la creciente prevalencia de obesidad se debe a su asociación con las principales enfermedades crónicas que afectan a la salud de la población, al menos tres cuartas partes de los casos de diabetes mellitus tipo 2, un tercio de los casos de ictus y enfermedades coronarias, la mitad de los casos de hipertensión y una cuarta parte de las osteoartritis pueden ser atribuidas al exceso de peso. En Europa más de un millón de muertes y doce millones de años vida ajustados por discapacidad (AVAD), se atribuyeron en el año 2000 al exceso de peso en los adultos².

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), seis de los siete principales factores determinantes de la salud están ligados a la alimentación y la práctica de actividad física³. Queda claro, pues, que realizar una alimentación equilibrada, practicar actividad física de manera habitual y mantener un peso adecuado a lo largo de la vida es el medio para protegerse de la mayoría de las enfermedades crónicas, incluido ciertos tipos de cáncer^{4,5}.

Esta situación ha llevado a la OMS a declarar que la obesidad será una de las grandes epidemias que nos amenazarán durante el Siglo XXI, lo que ha hecho que los gobiernos de los diferentes países y las instituciones supranacionales cada vez otorguen mayor importancia a las políticas que puedan contribuir a mitigar sus efectos. Como sucede con la mayoría de las enfermedades que tienen su principal origen en exposiciones de carácter ambiental y social, son las medidas preventivas, más que las terapéuticas, las que arrojan resultados más efectivos y eficientes, y en este sentido se proyectan la mayoría de las decisiones⁶.

Desarrollo

La causa fundamental del sobrepeso y la obesidad es un desequilibrio energético entre calorías ingeridas y quemadas. Globalmente se ha producido un incremento en la ingesta de alimentos hipercalóricos que son ricos en grasa, sal y azúcares pero pobres en vitaminas, minerales y otros micronutrientes, así como una disminución en la actividad física como resultado de la naturaleza cada vez más sedentaria de empleos, nuevos modos de desplazamiento y la creciente urbanización.

A menudo los cambios en los hábitos de alimentación y actividad física son consecuencia de cambios ambientales y sociales asociados al desarrollo y a la falta de políticas de apoyo en sectores como la salud; agricultura; transporte; planeamiento urbano; medio ambiente; procesamiento, distribución y comercialización de alimentos.

Las enfermedades vasculares como la cardiopatía isquémica y la enfermedad cerebrovascular isquémica, en 2012 fueron la causa principal de defunción. El riesgo de contraer estas enfermedades no transmisibles crece con el aumento del IMC.

La obesidad infantil se asocia con una mayor probabilidad de obesidad durante la vida adulta, muerte prematura y discapacidad en la adultez. Además de estos riesgos, los niños obesos sufren dificultad respiratoria, mayor riesgo de fracturas e hipertensión; toda vez que presentan marcadores tempranos de enfermedad cardiovascular, resistencia a la insulina y trastornos psicológicos. En los países de ingresos bajos y medianos, los niños son más propensos a recibir una nutrición insuficiente desde la vida prenatal, del lactante y del niño pequeño. Al mismo tiempo, están expuestos a alimentos hipercalóricos ricos en grasa, azúcar y sal y pobres en micronutrientes, que suelen ser poco costosos. Estos hábitos alimentarios, juntamente con una escasa actividad física, tienen como resultado un incremento de la morbilidad por obesidad infantil.

El sobrepeso y la obesidad, al igual que las enfermedades crónicas no transmisibles asociadas, son en gran parte prevenibles. Para el apoyo a las personas en el tratamiento, de modo que la opción más sencilla sea la más saludable en materia de alimentos y actividad física periódica, y en consecuencia prevenir la obesidad; son fundamentales comunidades y entornos favorables.

En el plano individual, las personas pueden:

- Limitar la ingesta energética procedente de grasa total y azúcares.
- Aumentar el consumo de frutas y verduras, así como de legumbres, cereales integrales y frutos secos.
- Realizar actividad física periódica (60 minutos diarios para los jóvenes y 150 minutos semanales para los adultos).

La responsabilidad individual solamente puede tener pleno efecto cuando las personas tienen acceso a un modo de vida saludable. Por consiguiente, en el plano social es importante dar apoyo a las personas en el cumplimiento de las recomendaciones mencionadas con anterioridad, mediante un compromiso político sostenido y la colaboración de las múltiples partes interesadas públicas y privadas, para lograr que la actividad física periódica y los hábitos alimentarios más saludables sean económicamente accesibles para todos, en particular a las personas de menores recursos económicos.

La industria alimentaria puede desempeñar una función importante en la promoción de una alimentación saludable, reduciendo el contenido de grasa, azúcar y sal de los alimentos elaborados y asegurando que todos los consumidores puedan acceder física y económicamente a unos alimentos sanos y nutritivos. Poner en práctica una comercialización responsable, asegurar la disponibilidad de alimentos sanos y crear espacios para la práctica de la actividad física, es responsabilidad de los estados.

El mecanismo natural de la combustión de grasas se puede activar con la inclusión de determinados condimentos y

especies (jengibre, mostaza, cayena y canela, entre otros). Las plantas medicinales (té verde, mate, guaraná), las enzimas digestivas (bromelaina, papaína), los frutos (cítricos, ananás), son útiles para conseguir una sustancial disminución del peso corporal. Existen cinco grupos de productos naturales que se reconocen como coadyuvantes del sobrepeso y la obesidad según su mecanismo de acción:

- Aumento de la lipólisis/termogénesis.
- Inhibición del apetito/aumento de la sensación de saciedad.
- Mejora en la retención de líquidos con drenantes/depurativos.
- Interferencia en la absorción de grasas.
- Control de la ansiedad/ingesta compulsiva.

Los complementos termogénicos son cada día más apreciados y demandados pues no solo reducen el nivel de grasa en el cuerpo, sino que también incrementan los niveles y la disponibilidad de energía, aumentando el movimiento de sangre, oxígeno y nutrientes hacia los músculos; colaboran a un mayor rendimiento típico, originando que el organismo desarrolle mayores niveles de termogénina y disminuyen el apetito al dirigir el flujo sanguíneo fuera del estómago, reduciendo la sensación de hambre.

Paullinia (Guaraná)

Los activos del guaraná, especialmente la cafeína, provocan un aumento de la temperatura corporal y de la termogénesis favoreciendo la eliminación de grasas almacenadas por el organismo. Por otra parte estimula la liberación de catecolaminas, cuya adrenalina posibilita al organismo la combustión más rápida de sus grasas. La cafeína también estimula el organismo, siendo eficaz en el tratamiento de la astenia física y psíquica que suele acompañar a los regímenes de adelgazamiento.

Ilex paraguariensis (Yerba mate)

Como el té y el guaraná, esta planta es rica en polifenoles y bases xánticas con acción lipolítica y termogénica. El mate incrementa la liberación de catecolaminas potenciando la termogénesis, la beta-oxidación de los ácidos grasos y los mecanismos de lipólisis. Estudios farmacológicos en animales demuestran que reduce la sobrecarga ponderal y los depósitos grasos. También aumenta la sensación de saciedad.

Café verde

Se trata de un diurético y un excelente antioxidante, regulador de los niveles de glicemia que estimula la utilización de las grasas para la obtención de energía. Tiene una acción moduladora de la absorción de la grasa postprandial, además de un efecto beneficioso sobre el equilibrio del peso sin estimular el sistema nervioso central, por lo tanto sin efecto rebote. En un estudio publicado en el 2009 en la revista American Journal of Clinical Nutrition se describió la eficacia de los ácidos clorogénicos, abundantes en el café verde, como reguladores de la producción de azúcar frenando su transformación en grasas de reserva. Al disponer de menos azúcar el organismo recurre a sus reservas de grasa para la producción de energía disminuyendo el IMC.

Cynara scolymus (Alcachofa)

Su propiedad reductor del colesterol se deben a su contenido en ácidos fenólicos (cinarina y ácido clorogénico). Su acción adelgazante se fundamenta en su efecto depurativo y en la presencia de polisacáridos de fructosa que actúan como saciantes.

Carica (Papaya)

Por su contenido en papaína (enzima con acción proteolítica) resulta muy efectiva en la disgregación de las proteínas, mejorando la digestión y evitando los gases. Como diurético también favorece la expulsión de líquidos y resulta adecuada para dietas de adelgazamiento. Estimula el peristaltismo intestinal a la vez que combate y reduce la celulitis.

Ananás (Piña)

El ananás es rico en bromelaina, esta enzima tiene propiedades proteolíticas, capacidad para descomponer las proteínas, así como facilitar las digestiones de comidas abundantes y muy proteicas. Actúa a nivel intestinal, facilitando la digestión, y fraccionando las proteínas secretadas anormalmente. Mejora las digestiones en comidas copiosas. Es considerado un alimento con calorías negativas, es decir que se gastan más calorías para metabolizarla que las calorías que aporta como energía. Al ser un gran antioxidante estimula el metabolismo graso reduciendo el tejido adiposo.

Figura 2. Plantas y sus efectos en la disminución de peso corporal.

Efecto	Planta
Saciante	Plantas como el plantago y el glucomanano, que al entrar en contacto con el agua forman un gel no digerible que produce sensación de llenura y reduce el apetito. Conviene administrarlas antes de las comidas, acompañadas con suficiente agua.
Depurativo	Plantas como el ortosifón mejoran la digestión, o aumentan la diuresis como la alcachofa.
Termogénico	El té verde y el mate poseen propiedades termogénicas (acción de generar temperatura, combustionando grasas de las células adiposas).
Inhibidoras de la acumulación de grasa	Evitan que la glucosa se convierta en grasa. Una de las más estudiadas es la garcinia cambogia.
Diurético	Estimulan la diuresis como es el caso de la vid roja, arándano y el rusco.
Ansiolítico	Plantas como la valeriana o la amapola de california, poseen un efecto ansiolítico.

Fuente: Tabla elaborada por la autora.

Conclusiones

La obesidad es una enfermedad multifactorial que acompaña, complica y agrava múltiples enfermedades crónicas; siendo la prevención piedra angular para disminuir la morbilidad y mortalidad asociada. Como parte de su manejo, variados tratamientos que van desde disímiles dietas, ejercicios, medicamentos, técnicas de medicina natural y cirugía, pueden ser efectivos; siendo los resultados variables e influenciados a largo plazo por los cambios que se logren en el estilo de vida. Entre todo este arsenal terapéutico, la fitoterapia ha ganado gran espacio, se recomienda sea bajo estrictas indicaciones y vigilancia médica, empleando medicamentos que se presentan en grajeas o cápsulas por ser más segura, siendo los termogénicos entre los más efectivos, que además actúan como proteolíticos, antioxidantes y diurético.

Referencias

1. Lange, J. Desnutrición en Terapia Intensiva. Buenos Aires, Argentina. 2006. p 1,2
2. Laky, B. Comparación de las diferentes evaluaciones nutricionales y las mediciones de composición corporal en la detección de la malnutrición entre los pacientes con cáncer ginecológico". American Journal of Clinical Nutrition. 2008. p 8-9.
3. Santana, S. Evaluación del Estado Nutricional. (Sitio en Internet). Acta Médica 2003. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/act/vol11_1_03/act06103.htm Acceso el 5 de julio 2014.
4. Gómez, C. Valoración Global Subjetiva en el paciente neoplásico. 2ª edición. Madrid. España. 2003. p 353-357.
5. Antelo BV, Delgado AS. Concordancia entre la evaluación global subjetiva y los valores antropométricos y bioquímicos en pacientes con nutrición parenteral. Gaceta Médica de México [Internet]. 2014 [citado 24 de noviembre de 2016];150(S2):228-231. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2014/gms1421.pdf>
6. Cebada EMF, Eslava MP, Albertos MJM, Matamoros LA, Esteban PB, Rivero JB. Diferencias del perfil diabético tras estudio de intervención en pacientes ancianos diabéticos. Estudio MADICA\copyright II. Acercamiento multidisciplinar a la salud en el envejecimiento Volumen III [Internet]. 2015 [citado 24 de noviembre de 2016];105. Disponible en: <http://formacionasunivep.com/documents/publicacion/es/libro-acercamiento-multidisciplinar-a-la-salud-en-el-envejecimiento-volumenIII.pdf#page=106>
7. Alfonso AIQ, Castillo RF, Gallegos RF, Jiménez FJG. Estudio de la albúmina sérica y del índice de masa corporal como marcadores nutricionales en pacientes en hemodiálisis. Nutrición Hospitalaria [Internet]. 3 de octubre de 2014 [citado 24 de noviembre de 2016];31(n03):1317-22. Disponible en: <http://www.aulamedica.es/gdcr/index.php/nh/article/view/8084>
8. Marshall S, Young A, Bauer J, Isenring E. Malnutrition in Geriatric Rehabilitation: Prevalence, Patient Outcomes, and Criterion Validity of the Scored Patient-Generated Subjective Global Assessment and the Mini Nutritional Assessment. Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics [Internet]. 1 de mayo de 2016 [citado 24 de noviembre de 2016];116(5):785-94. Disponible en: [http://www.andjrn.org/article/S2212-2672\(15\)00664-4/abstract](http://www.andjrn.org/article/S2212-2672(15)00664-4/abstract)
9. Mini Nutritional Assessment: Current Opinion in Clinical Nutrition & Metabolic Care [Internet]. LWW. 2012 [citado 24 de noviembre de 2016]. Disponible en: http://journals.lww.com/clinicalnutrition/Fulltext/2012/01000/Mini_Nutritional_Assessment.6.aspx
10. Bollwein J, Volkert D, Diekmann R, Kaiser MJ, Uter W, Vidal K, et al. Nutritional status according to the Mini Nutritional Assessment (MNA®) and frailty in community dwelling older persons: A close relationship. J Nutr Health Aging [Internet]. 1 de abril de 2013 [citado 24 de noviembre de 2016];17(4):351-6. Disponible en: <http://link.springer.com/article/10.1007/s12603-013-0034-7>
11. Brock F, Bettinelli LA, Dobner T, Stobbe JC, Pomatti G, Telles CT, et al. Prevalence of hypoalbuminemia and nutritional issues in hospitalized elders. Revista Latino-Americana de Enfermagem [Internet]. 2016 [citado 24 de noviembre de 2016];24. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-11692016000100365&lng=en&nrm=iso&tlng=es
12. Casals C, Sánchez MÁV, Sánchez JLC, Vázquez RR, Salvador EM, Soler NG-A. Relación entre la edad, el índice de masa corporal, el grado de dependencia y la calidad de vida en pacientes con desnutrición tras un alta hospitalaria. Nutrición Hospitalaria [Internet]. 1 de abril de 2015 [citado 24 de noviembre de 2016];31(n04):1863-7. Disponible en: <http://www.aulamedica.es/gdcr/index.php/nh/article/view/8503>
13. Diekmann R, Winning K, Uter W, Kaiser MJ, Sieber CC, Volkert D, et al. Screening for malnutrition among nursing home residents — a comparative analysis of the Mini Nutritional Assessment, the Nutritional Risk Screening, and the Malnutrition Universal Screening Tool. J Nutr Health Aging [Internet]. 1 de abril de 2013 [citado 24 de noviembre de 2016];17(4):326-31. Disponible en: <http://link.springer.com/article/10.1007/s12603-012-0396-2>
14. Lilamand M, Kelaiditi E, Cesari M, Raynaud-Simon A, Ghisolfi A, Guyonnet S, et al. Validation of the Mini Nutritional Assessment-Short Form in a population of frail elders without disability. Analysis of the Toulouse Frailty Platform population in 2013. J Nutr Health Aging [Internet]. 1 de mayo de 2015

[citado 24 de noviembre de 2016];19(5):570-4.
Disponible en:
<http://link.springer.com/article/10.1007/s12603-015-0457-4>

control médico del entrenamiento deportivo. Email: espinosalina@yahoo.com. Docente de la carrera de medicina de la Universidad Técnica de Ambato. Profesora titular de la Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ambato, Ecuador.

Los autores

Lina Neri Espinosa Pire, doctora en medicina, especialista en medicina general integral y máster en

Recibido: Octubre 28, 2016

Aprobado para publicación: Diciembre 11, 2016
