



### Diana Díaz Rizzolo

Doctora en biomedicina, máster oficial medicina traslacional, dietista-nutricionista. Profesora Estudios Ciencias de la Salud Universitat Oberta de Catalunya. Investigadora Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer (IDIBAPS). Coordinadora GT Estilos de Vida SED.

# Pérdida de peso

## ¿a favor o en contra de las dietas restrictivas?

**Q**ue promover la pérdida de peso es una acción beneficiosa en presencia de obesidad, pero también en sobrepeso, es un hecho. No solo se asocia a menor riesgo de patologías, sino a una disminución de la mortalidad por cualquier causa. También sabemos que promover esa pérdida de peso a través de la modificación de estilos de vida es la herramienta más útil y segura, hasta el momento. La alimentación es uno de los principales pilares para conseguirlo y promover la restricción calórica es la clave, pero, ¿es la única opción?



La obesidad y el sobrepeso son problemas graves de salud pública, sabemos que su control puede retrasar la progresión de prediabetes a diabetes tipo 2 (DM2) además de tener efectos beneficiosos en su tratamiento mejorando el control glucémico y reduciendo el uso de medicamentos hipoglucemiantes (ADA 2022).

Existe evidencia suficiente que ha mostrado la necesidad de abordar la obesidad desde una visión holística. De hecho, se ha demostrado que son más de 100 variables las que determinan la ganancia de peso en un individuo (Vandenbroeck 2007). Si bien es cierto que un gran problema añadido es la dificultad en el mantenimiento de la pérdida de peso y, a pesar de que otros factores como la pobreza o la demografía son componentes clave, se ha observado que los factores conductuales son determinantes (Varkevisser 2018).

Siguiendo las leyes de la termodinámica, el incremento de peso corporal (hablando de ganancia de tejido graso) debe ser el resultado de un balance positivo crónico, es decir, el consumo de energía debe ser mayor que el gasto. Así, la cantidad total de calorías consumidas es el componente principal de esta ecuación, y el primer objetivo para perder peso es reducir el total de calorías ingeridas.

Lo cierto es que no todo se reduce a un cálculo matemático que tenga en cuenta únicamente el equilibrio energético como principio físico sin considerar los mecanismos biológicos que promueven esta ganancia de peso. De hecho, basar las recomendaciones globales en la restricción calórica y la limitación de la ingesta se ha demostrado que no funciona como herramienta única (Ludwing 2021).

La disminución de las calorías consumidas se puede abordar desde dos visiones distintas.

La primera y más obvia son las **DIETAS RESTRICTIVAS**: una restricción energética dietética intensiva puede reducir sustancialmente la HbA1c y la glucosa en ayunas y promover la remisión sostenida de la DM2 durante al menos 2 años (Steven 2016, Lean 2018). De hecho, la *American Diabetes Association* (ADA) ha publicado unas recomendaciones este año que incluyen el fomento de un déficit de energía de 500 a 750 kcal/día para promover una pérdida de  $\geq 5\%$  del peso corporal (ADA 2022). Sin embargo, se comenta también que “siempre que creen el déficit de energía necesario para promover la pérdida de peso, las intervenciones dietéticas pueden diferir según los objetivos de macronutrientes y la elección de alimentos”. Esto ocurre porque, como »

» se describe anteriormente, a pesar de que sabemos que el balance energético negativo es útil en la pérdida de peso, centrar nuestro objetivo en contar calorías puede resultar poco efectivo. Son muchos los estudios que concluyen que las dietas restrictivas son muy complejas de seguir a largo plazo y el porcentaje de abandono es muy elevado (Ge 2020). Un cambio estricto, intenso, poco adaptativo y poco flexible puede provocar un efecto importante a corto plazo, pero habitualmente la recaída y la recuperación del peso es igual de brusca.

Lo que nos lleva a la segunda visión que serían las **DIETAS CUALITATIVAS**: se trata de la reducción de calorías consumidas a través de focalizar la mejora de la calidad en la composición dietética promoviendo un mensaje positivo asociado con la promoción de una ingesta adecuada de nutrientes como parte de una dieta equilibrada puede resultar más eficaz que las dietas restrictivas. Disminuir la densidad calórica a través de evitar el consumo de alimentos ultraprocesados, facilitar las cocciones o utilizar alimentos naturales y no precocinados, por ejemplo, son algunas de las estrategias de las dietas cualitativas.

Los patrones dietéticos cualitativos que destacan son la dieta mediterránea, la dieta DASH (por sus siglas en inglés *Dietary Approaches to Stop Hypertension*)

y las dietas vegetarianas o veganas (Evert 2019). Todas, han demostrado mejorar la salud integral del paciente además de promover la pérdida de peso de forma colateral de una forma más sostenible en el tiempo, ya que este tipo de dieta induce en el sujeto un cambio de estilo de vida en vez de un régimen estricto.

Todos estos patrones coinciden en los principales puntos que también la ADA propone este 2022:

- 1) enfatizar en el consumo de verduras (sobre todo sin almidón)
- 2) basar la alimentación en productos sin azúcares agregados ni granos refinados
- 3) elegir alimentos integrales sobre alimentos altamente procesados (ADA 2022).

También se ha postulado el ayuno intermitente como una de las pautas alimentarias que podría ser de ayuda en la pérdida de peso y mejora de la salud metabólica. Si bien, no es exactamente una dieta cualitativa, el ayuno intermitente no restringe ningún alimento o nutriente y se ha demostrado que es una buena herramienta que puede ayudar a ciertos grupos de personas a ingerir menos alimentos (Welton 2020). Pero, lo cierto es que todavía es necesario investigar más para poder recomendar ampliamente el uso de este tipo de patrón dietético a la

población general y más aún en pacientes con DM2 (Albosta 2021). Especialmente, en aquellos que utilizan insulina y/o sulfonilureas ya que se ha descrito un mayor número de hipoglucemias asociadas al seguir un ayuno intermitente (Corley 2018).

Además de todo esto, no debemos olvidar a la población de edad avanzada, donde la promoción de la restricción calórica puede resultar más perjudicial que beneficiosa. En un estudio que realizamos, observamos que el riesgo de desarrollar DM2 venía más determinado por la calidad de la dieta de las personas que por la propia presencia de obesidad (Díaz-Rizzolo 2020). Existen diversos mecanismos que lo explican, entre ellos la mejora de la calidad de la microbiota intestinal; las bacterias que tenemos presentes en nuestro tracto digestivo que pueden influir en nuestra salud en distintos niveles.

## EN CONCLUSIÓN

En presencia de sobrepeso u obesidad se debe promover la pérdida de peso, pero como resultado colateral a una mejora de la calidad de la dieta. Seguir una dieta cualitativamente más saludable deberá ser la prioridad en el tratamiento y la prevención de la DM2, especialmente en personas de edad avanzada donde la pérdida de peso de manera brusca pueda conllevar otros riesgos de salud. **D**

## BIBLIOGRAFÍA

- ADA-American Diabetes Association Professional Practice Committee. Standards of Medical Care in Diabetes (2022). *Diabetes Care* 1;45(Supplement\_1): S60–S82 and S113–S124. doi: 10.2337/dc22-S008
- Vandenbroeck, P; Goossens, J; Clemens, M. Tackling Obesity: Future Choices — Obesity System Atlas (2007). UK Government's Foresight Programme. Obtained via: [https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/295153/07-1177-obesity-system-atlas.pdf](https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/295153/07-1177-obesity-system-atlas.pdf)
- Varkevisser, RDM; van Stralen, MM; Kroeze, W; Ket, JCF; Steenhuis, IHM. Determinants of weight loss maintenance: a systematic review (2018). *Obesity Reviews*, 20(2):171–211, -. doi:10.1111/obr.12772
- Ludwig DS, Aronne LJ, Astrup A, de Cabo R, Cantley LC, Friedman MI, et al. The carbohydrate-insulin model: a physiological perspective on the obesity pandemic (2021). *The American Journal of Clinical Nutrition*, nqab270, doi.org/10.1093/ajcn/nqab270
- Steven S, Hollingsworth KG, Al-Mrabeh A, et al. Very low-calorie diet and 6 months of weight stability in type 2 diabetes: pathophysiological changes in responders and nonresponders (2016). *Diabetes Care* 39:808–815
- Lean ME, Leslie WS, Barnes AC, et al. Primary care-led weight management for remission of type 2 diabetes (DiRECT): an open-label, cluster-randomised trial (2018). *Lancet* 391:541–551
- Ge L, Sadeghirad B, Ball GDC, da Costa BR, Hitchcock CL, Svendrovski A, et al. Comparison of dietary macronutrient patterns of 14 popular named dietary programmes for weight and cardiovascular risk factor reduction in adults: systematic review and network meta-analysis of randomised trials (2020). *BMJ* 1;369:m696. doi: 10.1136/bmj.m696
- Evert AB, Dennison M, Gardner CD, et al. Nutrition Therapy for Adults With Diabetes or Prediabetes: A Consensus Report (2019). *Diabetes Care*;42(5):731–754. doi:10.2337/dci19-0014
- Welton S, Minty R, O'Driscoll T, Willms H, Poirier D, Madden S, Kelly L. Intermittent fasting and weight loss (2020). *Canadian Family Physician* 66 (2) 117–125.
- Albosta, M, Bakke, J. Intermittent fasting: is there a role in the treatment of diabetes? A review of the literature and guide for primary care physicians (2021). *Clin Diabetes Endocrinol* 7, 3.
- Corley BT, Carroll RW, Hall RM, Weatherall M, Parry-Strong A, Krebs JD. Intermittent fasting in Type 2 diabetes mellitus and the risk of hypoglycaemia: a randomized controlled trial (2018). *Diabet Med* 35(5):588–594.
- Díaz-Rizzolo DA, Kostov B, López-Siles M, Serra A, Colungo C, González-de-Paz L, et al. Healthy dietary pattern and their corresponding gut microbiota profile are linked to a lower risk of type 2 diabetes, independent of the presence of obesity (2020). *Clin Nutr* 39(2):524–532. doi: 10.1016/j.clnu.2019.02.035