

TRADUCCIÓN:

SALUD MASCULINA: ESTILO DE VIDA, ENFERMEDADES Y RIESGOS

RICHARD S. PELMAN, MD (1), DEAN S. ELTERMAN, MD FRCSC (2)

1. Department of Urology, University of Washington School of Medicine, Seattle, WA, USA. Clinical Professor of Urology, Department of Urology, University of Washington School of Medicine.

2. Division of Urology, University of Toronto, Toronto, ON, Canada Medical director of the Prostate Cancer Rehabilitation Clinic at Princess Margaret Hospital Cancer Centre.

Email: elpel@u.washington.edu

RESUMEN

Los hombres de todo el mundo siguen teniendo tasas más altas de morbilidad y mortalidad que su contraparte femenina. El resultado de esto es que los hombres viven menos y de forma menos sana, lo que impacta a las familias, comunidades, economías y sociedades. La mayoría de las causas subyacentes están relacionadas con estilos de vida evitables y modificables elegidos por los hombres. Las epidemias causadas por obesidad y diabetes están directamente relacionadas con el tabaquismo, mala alimentación, exceso de consumo de alcohol, y estilos de vida sedentarios. Si los médicos y autoridades responsables desean cambiar realmente el mal estado de salud de los hombres, deben concentrarse en las enfermedades evitables que son resultado de estilos de vida y comportamientos.

Palabras clave: Salud del hombre, epidemiología, estilo de vida, riesgos.

INTRODUCCIÓN

Los estilos de vida elegidos complican las decisiones respecto a salud y bienestar. Hay que considerar el impacto del tabaquismo y otros temas de abuso de sustancias, dieta poco sana y obesidad, sedentarismo y falta de ejercicios. Todos tienen consecuencias significativas en el desarrollo de las enfermedades. Todos estos aspectos, hasta cierto punto, pueden promover una mejor salud si se modifican, o por el contrario, pueden llevar a un severo deterioro y avance de la enfermedad. ¿Cuántos pacientes acuden al doctor o a otros profesionales de la salud solicitando medicamentos para tratar ERGE (enfermedad

por reflujo gastroesofágico) la cual se ve exacerbada por la sobrealimentación y obesidad? ¿Cuántos pacientes requieren tratamiento por hipertensión derivada del tabaquismo, obesidad, falta de ejercicios? Lo mismo se puede aplicar para las consecuencias del síndrome metabólico, apnea del sueño, diabetes, colesterol y lípidos elevados.

Esto no es para decir que los médicos sean los propiciadores del exceso, sin embargo la responsabilidad hacia la identificación de los riesgos de estilo de vida descansa sobre los hombros de médicos y proveedores no médicos. Se debe educar al paciente sobre las consecuencias del estilo de vida en la salud por un lado y la importancia de una intervención apropiada ante cualquier solución medicamentosa, por otro. La intervención respecto a la corrección de estos estilos de vida es en la mayoría de los casos más intensa, tanto para los pacientes como para los practicantes, que una simple recomendación del tipo "usted debe dejar de fumar, debe perder peso, debe empezar a hacer ejercicios". Tiene mucho mayor impacto en el paciente que la simple escritura de una receta. Éstos saben, en muchos casos, que deben iniciar estas modificaciones, sin embargo, la mayoría no sabe cómo. Muchos han tratado y han fallado. Debe haber un plan coordinado para cada paciente que desee mejorar su estilo de vida y debe desarrollarse a partir de las necesidades individuales de éste, con fijación de metas y con un seguimiento sostenido. Los excesos en los estilos de vida deben considerarse como adicciones y ser tratados como tales. La finalidad última de la salud y prevención de enfermedades tendrá como resultado un paciente más feliz y más sano que se verá aliviado al consumir menos medicamentos. Asimismo, conservar valiosos dólares en salud y recursos dentro del sistema de atención de salud será un beneficio adicional. Promover y propagar mejores estilos de vida para generaciones más jóvenes, probablemente traerá

como consecuencia un mejoramiento del estilo de vida de la población actual.

Para apreciar mejor el impacto de estilos de vida saludables y no saludables, revisemos enfermedades asociadas, oportunidades para intervenir y el impacto económico general de estas enfermedades en el sistema de salud.

OBESIDAD

El Centro de Control y Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos define obesidad como un Índice de Masa Corporal (IMC) de 30 o más. Sobrepeso se define como un IMC de 25 a 29,9. El IMC se calcula dividiendo el peso de un adulto en kilos por su altura en metros al cuadrado. Los datos otorgados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) demuestran que las tendencias han ido aumentando a nivel mundial en las últimas 3 décadas. Aunque las tasas de obesidad en los Estados Unidos se han estabilizado desde 2003, se han más que duplicado desde 1980 (1). Se dice que en Estados Unidos, dos de tres adultos tienen sobrepeso o son obesos (69%), y uno de tres son obesos (36%) (2). Se pronostica que si esta tendencia continúa en los Estados Unidos, la mitad de los hombres y mujeres serán obesos (3).

La enfermedad más reconocible asociada con peso excesivo es la diabetes. A medida que crece la epidemia de la obesidad, así también lo hace la población diabética. En los Estados Unidos, 55% de los adultos diagnosticados como diabéticos son obesos (4), y 85% tienen sobrepeso o son obesos (4). De acuerdo a la Asociación Estadounidense de Diabetes, esta enfermedad se define por la presencia de cualquiera de los siguientes tres criterios: A1C \geq 6,5, glucosa plasmática en ayunas -8 horas de ayuno- \geq 126 mg/dl, Glucosa, 2 horas después de ingesta oral de 75 gramos de glucosa disuelta en agua \geq 200 mg/dl. La pre-diabetes se define como A1C 5,7-6,4, glucosa plasmática en ayunas 100-125 mg/dl, glucosa 2 horas después de ingesta oral de 140-199 mg/dl. La pre-diabetes es un factor de riesgo para la diabetes Tipo 2. La pre-diabetes está asociada con el síndrome metabólico. Este último está definido como tal si contiene tres o más de las siguientes características: Presión sanguínea \geq 130/85, glucosa en ayunas \geq 100 mg/dl, diámetro grande de la circunferencia de la cintura (hombres \geq 40 pulgadas, mujeres \geq 35 pulgadas), colesterol HDL bajo (hombres $<$ 40 mg/dl, mujeres $<$ 50mg/dl), triglicéridos \geq 150mg/dl. Los individuos con síndrome metabólico están en mayor riesgo de apoplejía, infarto al miocardio, diabetes, litiasis urinaria, deficiencia de andrógenos, síntomas del tracto urinario inferior, disfunción eréctil.

Además de causar diabetes tipo 2, la obesidad coloca a los individuos en riesgo de hipertensión, colesterol elevado, enfermedad cardiovascular, enfermedad de la vesícula biliar, cáncer de colon, cáncer de mama postmenopáusico, apnea del sueño, aumento del desgaste en articulaciones que llevan a la sustitución por cirugía o a una calidad

de vida disminuida. Los costos económicos de la obesidad pueden ser significativos. Pueden calcularse como costos directos (aquellos resultantes de los servicios de salud de pacientes externos y de pacientes hospitalizados -cirugía, laboratorios, imagenología, medicamentos), y costos indirectos- definidos como recursos no percibidos como resultado de una condición de salud (pérdida de trabajo (5), costos por seguros (6), sueldos más bajos (7)). Una fuente de información reveló que el gasto médico *per cápita* de un individuo obeso en los Estados Unidos era de US\$ 1,429 adicionales o 42% más alto que para un individuo de peso normal. Otros autores estiman que el gasto *per cápita* de individuos obesos era de US\$ 2,741 o 150% más alto (8). En su investigación, Thompson se dio cuenta de que los costos médicos *per cápita* por obesidad de toda una vida eran equivalentes a los costos generados por tabaquismo (9).

La identificación de la diabetes, el síndrome metabólico, y otras condiciones relacionadas con la obesidad, es relativamente sencilla cuando se la compara con desarrollar un plan para tratar a un paciente obeso. La Red de Obesidad Canadiense (www.obesitynetwork.ca) ha desarrollado un plan sólido para el manejo de la obesidad.

Este exhaustivo plan plantea cinco principios claves para el manejo de la obesidad. Estos son:

1) La obesidad es una condición crónica

La obesidad es una condición crónica y a veces progresiva al igual que la diabetes o la hipertensión.

El manejo exitoso de la obesidad requiere de estrategias realistas y de tratamiento sostenible.

Las soluciones "rápidas" y a corto plazo que se concentran en maximizar la pérdida de peso, generalmente no son sostenibles y por tanto se asocian con alto porcentaje de fracaso.

2) Cuando hablamos de manejo de obesidad nos referimos a mejorar la salud y el bienestar y no simplemente a reducir números en la pesa
El éxito en el manejo de la obesidad debiera medirse a través del mejoramiento de la salud y el bienestar más que en la cantidad de peso perdido.

Para muchos pacientes, el hecho de perder peso corporal, aunque sea poco, puede llevar a mejoramiento significativo de la salud y del bienestar.

3) Intervención temprana significa abordar las causas fundamentales y sacar los obstáculos

El manejo exitoso de la obesidad requiere identificar y abordar tanto las 'causas fundamentales' de la ganancia de peso como las barreras para el adecuado manejo del peso.

La ganancia de peso puede deberse a un reducción de la tasa metabólica, comer en exceso, o actividad física reducida secundaria a factores biológicos, psicológicos o socioeconómicos.

Muchos de estos factores también colocan barreras significativas para el manejo del peso.

4) El éxito es diferente para cada individuo

Los pacientes varían considerablemente en su disposición y capacidad para el manejo del peso.

El "éxito" puede definirse como mejor calidad de vida, mejor autoestima, altos niveles de energía, una mejor prevención para evitar ganancia de peso futura, modesta (5%) pérdida de peso, o mantención del "mejor" peso de los pacientes.

5) El "mejor" peso del paciente puede no llegar a ser nunca el "ideal".

Un peso "ideal" o IMC no es un objetivo realista para muchos pacientes con obesidad, por lo tanto fijar metas inalcanzables lleva a los pacientes al fracaso.

En cambio, es mejor ayudar a los pacientes a fijar metas de logro de peso basadas en el "mejor" peso que puedan mantener teniendo una vida normal y cosechando los beneficios de una mejor salud.

Además de los **cinco principios claves** arriba mencionados, la Red de Obesidad Canadiense ha desarrollado las siguientes **Cinco Premisas** para el Manejo de la Obesidad y sugiere que los médicos y otros proveedores de salud sigan las siguientes orientaciones cuando se trate de asistir a pacientes con problemas de sobrepeso u obesidad.

- 1) Pedir permiso (para discutir el peso).
- 2) Evaluar (riesgos relacionados con obesidad y "causas fundamentales" potenciales de ganancia de peso).
- 3) Asesorar (sobre los riesgos de la obesidad, discutir beneficios y opciones).
- 4) Ponerse de acuerdo (sobre expectativas de pérdida de peso realistas y sobre un plan INTELIGENTE para lograr objetivos conductuales). Los objetivos conductuales deberán ser:
 - Inteligentes
 - Específicos
 - Medibles
 - Alcanzables
 - Gratificantes
 - Oportunos
- 5) Asistencia (al tomar medidas que facilitan u obstaculizan una acción, ofrecer educación y recursos, remitir al proveedor, y hacer seguimientos).

Cuando se desarrolle el plan de objetivos para controlar la obesidad éste debe incluir información sobre dieta y ejercicios. Hace ya varias décadas que se vienen desarrollando muchas dietas y cabe destacar que una dieta atractiva y útil para un paciente, puede no serlo para otro. Se recomienda facilitar orientación nutricional al paciente puesto que le proporcionará la posibilidad de trabajar con un profesional experimentado como el consejero nutricionista o Nutricionista Profesional que puede ayudar al paciente a encontrar la dieta y objetivos aceptables y apetecibles para él. En general, la dieta Mediterránea (10) proporciona excelentes resultados en cuanto al cumplimiento de objetivos a largo plazo, y beneficios para la salud con demostradas reducciones de apoplejías, ataques al corazón y pérdida de peso. Muchos pacientes están siguiendo la dieta "Paleo". Con respecto a la

pérdida de peso, una dieta puede proporcionar un buen cimiento y estructura para el logro de objetivos. En esta era tecnologizada, existen muchas aplicaciones de celulares que permiten a los pacientes contar calorías y calcular las comidas teniendo en mente una cantidad determinada de calorías para consumir.

Aunque se hagan los mejores esfuerzos de parte de pacientes y el médico, algunos pacientes obesos requerirán más que una dieta, ejercicios y consejería. Por ejemplo, la cirugía bariátrica incluye un equipo conformado por cirujanos que trabajan junto a otros especialistas en obesidad para proporcionar una solución completa a determinados pacientes. El ejercicio debe considerarse tan importante para el control del peso y la buena salud como lo es la dieta. La publicidad que nos incita a estar en buen estado físico y a tener un estilo de vida activo. Sin embargo, para los que sufren sobrepeso y obesidad, el ejercicio es un problema. Al igual que cualquier viaje, el ejercicio, necesita tener un comienzo. Hay muchos programas de ejercicios disponibles, pero al igual que con la elección de la dieta, no todos los programas calzarán a todos. Las prescripciones de ejercicios profesionales pueden escribirse para pacientes cuyas habilidades están tan restringidas por su grado de obesidad, que se hace fundamental una evaluación por parte de los médicos de rehabilitación y medicina física antes de llevar a cabo el plan por parte de los fisioterapeutas. Para aquellos pacientes con menos restricciones, los programas de ejercicios de un gimnasio o del propio hogar ofrecen una oportunidad para empezar a desarrollar un programa de ejercicio físico de rutina y regular.

El aspecto más importante al comenzar un régimen de ejercicios para el paciente con sobrepeso u obeso, y para aquéllos que deseen comenzar un estilo de vida más sano, es focalizarse en hacer una rutina de ejercicios y descentrar la pérdida de peso como objetivo. El ejercicio necesita convertirse en un hábito. Si los pacientes establecen la pérdida de peso como objetivo inmediato, muchos de ellos dejarán de hacer ejercicios. El aumentar el tiempo dedicado a los ejercicios y al esfuerzo en forma de rutina y regularmente ayudará a hacer del buen estado físico (*fitness*) un hábito. Se parte indicándole a los pacientes que deben comenzar ejercitando 15 minutos diarios desde unas semanas hasta completar el mes. Esto ayudará a darle forma a un modelo. Gran parte de los pacientes se quejarán de tener poco tiempo libre para hacer ejercicios, de modo que la mejor estrategia es que pongan la alarma de su reloj 15 minutos antes todas las mañanas. El ejercicio a primera hora de la mañana evita conflictos que surgen con el pasar del día. El simple acto de colocarse buzo o ropa de ejercicios y llevar a cabo una rutina diaria permite que se desarrolle el "hábito". La adición de 5 minutos de ejercicios cada 2 semanas, eventualmente terminarán por ser 40 minutos o más de ejercicios, en donde se empezarán a cumplir los objetivos de pérdida de peso. Los brazaletes de monitoreo electrónico como los que ofrece Nike o FitBit permiten tener un conteo de calorías, logro de metas establecidas, y el seguimiento del esfuerzo cumplido de cada día a través de dispositivos que permiten bajar programas. Una vez que los pacientes comienzan a hacer del buen estado físico un hábito y ocurre un mejoramiento de

la salud, el reforzamiento del bienestar instará al paciente hacia el aumento y permanencia de objetivos de vida sana.

TABAQUISMO

La enfermedad y anomalía asociadas con el tabaquismo son significativas en ambos alcances y están directamente relacionadas. Al revisar algunas de estas asociaciones, considérense las enfermedades cardiovasculares como las apoplejías, infartos al miocardio, enfermedad vascular periférica, aneurisma aórtico. Enfermedades pulmonares tales como EPOC [Enfermedad pulmonar obstructiva crónica] (asma, enfisema, bronquitis crónica). Cánceres relacionados con el tabaquismo tales como cáncer al pulmón, laríngeo, a la garganta, oral, esofágico, pancreático, renal, a la vejiga, y leucemia mieloide aguda. La lista de enfermedades relacionadas sigue creciendo, aunque el tabaquismo se mantiene como una de las causas más prevalentes de muertes evitables y prematuras. Los datos del Centro de Control y Prevención de Enfermedades (CDC, por su sigla en inglés) estadounidense del 2010 revelan que el tabaquismo es responsable de 440.000 muertes prematuras al año, 40% por cáncer, 35% por enfermedades cardíacas y apoplejías, 25% por cáncer al pulmón. Se calculó que las enfermedades relacionadas con el tabaquismo en 2005 costaron a los Estados Unidos US\$ 193 mil millones (US\$ 97 mil millones en producción perdida, y US\$ 96 mil millones en gastos de cuidados de la salud) (11).

El tabaquismo y la dependencia del tabaco requieren de un paciente comprometido por dejar esta adicción y muchas veces también requieren del apoyo o asistencia médica de los proveedores de salud para dejar el vicio exitosamente. El sitio Web del Centro de Control y Prevención de Enfermedades describe los siguientes métodos:

- Intervenciones clínicas breves (por ej., cuando el médico se toma 10 minutos o menos para dar consejo y ayuda sobre dejar de fumar).
- Consejería (por ej., individual, grupal, o líneas telefónicas de consejería o de cómo abandonar el cigarro; programas en línea sobre cese del vicio).
- Terapias conductuales de cese del vicio (por ej., capacitación en resolución de problemas).
- Tratamientos con más contactos persona a persona y más intensos (por ej., más tiempo con consejeros).

A continuación, algunos medicamentos que resultaron efectivos para tratar la dependencia del tabaco:

- Productos de reemplazo de la nicotina.
 - Disponibles sin receta (por ej., parche de nicotina, chicle, pastilla medicinal en forma de rombo)
 - Con receta médica (por ej., inhalador de nicotina, spray nasal)
- Medicamentos con receta médica que no contienen nicotina, tales como el bupropión (Zyban®) y el tartrato de vareniclina (Chantix®) (12, 13).

La combinación de medicamentos y consejería es más efectiva para

dejar de fumar que cualquier medicamento o consejo por sí solo.

Está claro que mejorar la salud de los individuos vale los esfuerzos hacia el cese del uso del tabaco y la dependencia de él. La capacidad de reencauzar el dinero previamente utilizado para enfermedades relacionadas con el tabaco y el cigarro de vuelta al sistema de salud, proporciona recursos para muchos otros, instituciones e investigación.

ALCOHOL Y ABUSO DE SUSTANCIAS

Si queremos revisar enfermedades relacionadas con estilos de vida, no podemos dejar de mencionar el alcohol y el abuso de sustancias. Los riesgos para la salud asociados al abuso de alcohol incluyen cáncer (oral, faríngeo, laríngeo, esofágico, hepático, de mamas, y colorrectal). Los riesgos aumentan cuando el abuso de alcohol está asociado con abuso de tabaco. Por ejemplo, se pueden producir las siguientes enfermedades: enfermedades cardiovasculares (incluyendo cardiomiopatías, fibrilación auricular y ventricular), cirrosis, demencia, depresión, convulsiones, gota, hipertensión, neuropatías, pancreatitis, esofagitis, gastritis, y diabetes relacionada con el alcohol.

En los Estados Unidos, un estudio realizado en 2006 reveló que los costos por consumo excesivo de alcohol fueron de US\$ 223,5 mil millones. Los costos se desglosaban en pérdidas en el lugar de trabajo, gastos de salud, legales, y gastos en la justicia criminal, también gastos por accidentes de vehículos motorizados por mala conducción (14).

Se revela que el consumo excesivo de alcohol da cuenta de aproximadamente tres cuartos del costo del consumo de alcohol. Una adecuada consejería y educación de los pacientes respecto a los daños que produce el consumo excesivo a través de una educación temprana, programas sociales, consejería, supervisión de distribución del alcohol ayudarán a promocionar su consumo moderado.

Si los proveedores de la salud pueden ayudar a los pacientes a hacer las modificaciones adecuadas para lograr estilos de vida sanos, la población se beneficiará al obtener una mejor calidad y cantidad de vida, mientras que a su vez, el sistema de salud se beneficiará al lograr considerables ahorros que pueden aplicarse a otras enfermedades y materias de salud. La prevención a través de la educación y la información instará a la población hacia el bienestar.

CONCLUSIÓN

Los médicos deben trabajar en asociación con sus pacientes masculinos para modificar los estilos de vida que impactan su salud negativamente. Tratamientos basados en la evidencia en torno a la alimentación, el ejercicio, y el cese del tabaco deberán utilizarse para obtener mejores resultados. Ciertamente que se necesita más tiempo a nivel individual para tratar cada uno de estos problemas de salud, pero en un alcance mayor de la salud masculina, los esfuer-

zos que se hacen para tratar enfermedades evitables pueden tener tremendos efectos en la morbilidad y mortalidad masculina. Las organizaciones de la salud y los gobiernos deben tratar los temas de salud masculina tales como la vida sedentaria, la mala alimentación,

el tabaquismo y consumo de alcohol, a través de un enfoque de género específico. La epidemia de la obesidad masculina, la diabetes, y las enfermedades cardiovasculares no pueden quedar sin control por más tiempo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Behavioral Risk Factor and Surveillance System (BARFSS), CDC, data 2010
2. Flegal et al. Prevalence of obesity and trends in the distribution of body mass index among US adults, 1999-2010. *JAMA*. 2012;307:491-7.
3. Wang et al. Health and economic burden of the projected obesity trends in the USA and the UK, *Lancet*. 2011;378:815-25
4. National Diabetes Statistics 2011, National Diabetes Information Clearinghouse diabetes.niddk.nih.gov/dm/pubs/statistics/
5. Colditz GA. Economic costs of obesity. *Am J Clin Nutr*. 1992;55:503S-507S.
6. Trogon JG et al: Indirect costs of obesity: a review of the current literature. *ObesRev*. 2008;9:489-500
7. Colditz GA et al, Economic costs of obesity, *Obesity Epidemiology* New York Oxford University Press Inc 2008
8. Crowley J, Meyerhoefer C. The medical care costs of Obesity: an instrumental variables approach, *J Health Econ*. 2012;31:219-30.
9. Thompson D et al Lifetime health and economic consequences of obesity. *Archives of Internal Medicine* 1999;159:2177-83
10. Keys, Ancel, et al. "The Diet and 15- Year Death Rate in the Seven Countries Study". *American Journal of Epidemiology* 124, no. 6, 1986: 903-15
11. Centers for Disease Control and Prevention. Smoking-Attributable Mortality, Years of Potential Life Lost, and Productivity Losses—United States, 2000–2004. *Morbidity and Mortality Weekly Report* 2008;57(45):1226–8 [accessed 2013 June 5].
12. Fiore MC, Jaén CR, Baker TB, Bailey WC, Benowitz NL, Curry SJ, et al. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update-Clinical Practice Guidelines. . Rockville (MD): U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Agency for Healthcare Research and Quality, 2008 [accessed 2013 June 5].
13. U.S. Food and Drug Administration The FDA Approves Novel Medication for Smoking Cessation. FDA Consumer, 2006 [cited 2013 June 5].
14. CDC online newsroom release October 17, 2011.- Economic Costs of Excessive Alcohol Consumption in the U.S., 2006; *American Journal of Preventive Medicine* November 2011.

Los autores declaran no tener conflictos de interés, con relación a este artículo.