

República de Colombia
MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

GUIA DE ATENCION DE LA OBESIDAD

CAMBIO PARA CONSTRUIR LA PAZ

GUIA DE ATENCION DE LA OBESIDAD

VIRGILIO GALVIS RAMÍREZ

Ministro de Salud

MAURICIO ALBERTO BUSTAMANTE GARCIA

Viceministro de Salud

CARLOS ARTURO SARMIENTO LIMAS

Director General de Promoción y Prevención

TABLA DE CONTENIDO

1. JUSTIFICACIÓN.....	4
2. OBJETIVO.....	4
3. DEFINICIÓN Y ASPECTOS CONCEPTUALES	5
3.1 OBESIDAD	5
3.2 FACTORES DE RIESGO	5
3.3 FACTORES PROTECTORES	7
4. UNIVERSO	7
5. CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCIÓN.....	7
5.1 CONSULTA NUTRICIONAL DE PRIMERA VEZ	7
5.1.1. Valoración Nutricional	8
5.1.2. Diagnóstico	9
5.1.3. Tratamiento.....	10
5.1.4. Entrega y explicación de la dieta.....	12
5.2. CONSULTA DE CONTROL POR NUTRICIONISTA.....	12
5.2.1. Consulta nutricional primer control	12
5.2.2. Consulta nutricional segundo control.....	13
5.2.3. Consulta nutricional tercer control	13
6. FLUJOGRAMA.....	14
7. BIBLIOGRAFÍA	15

1. JUSTIFICACIÓN

Las sociedades modernas, urbanas en su mayoría, parecen converger hacia el consumo de dietas de alta densidad calórica, ricas en grasas y azúcares libres y bajas en fibra, que se asocian con una vida cada vez más sedentaria. La inactividad asociada con dietas mal balanceadas de alta densidad calórica se relaciona con condiciones crónicas del adulto, entre ellas, diabetes, hipertensión, trastornos de lípidos, enfermedades cardiovasculares y algunos tipos de cáncer, que aparecen en edad cada vez más temprana.

La obesidad en la niñez no suele ser un trastorno benigno, cuando mayor tiempo a tenido sobrepeso, más probable es que continúe su estado hasta la adolescencia y la vida adulta.

Se ha observado que la obesidad va a la par con el aumento de riesgo de mortalidad en todas las edades. Cuando el peso es 30 a 40% mayor del promedio, se presenta un 50% más de mortalidad y en personas con 40% más del peso promedio es del 90%.

La masa corporal (índice de masa corporal) promedio de mujeres colombianas entre 15 y 49 años fue de 24.5; el 31% tienen sobrepeso (obesidad grado 1) y el 9% obesidad (> 30).

Estudios nacionales y locales en Colombia muestran que la distribución de peso para la talla de pre y escolares es semejante al patrón de referencia y con un sesgo hacia pesos altos. En varios informes de estudios nacionales y de comunidades pobres se encuentran cifras de más de 15% de la población con peso superior a + 2 desviaciones estándar -DE-.

2. OBJETIVO

Lograr una mejoría del estado nutricional disminuyendo el aporte calórico proteico del individuo mediante tratamiento con dieta y educación, para evitar el sobrepeso y la obesidad y las complicaciones asociadas.

3. DEFINICIÓN Y ASPECTOS CONCEPTUALES

3.1 OBESIDAD

La obesidad es un desequilibrio entre la cantidad de energía que se ingiere y la que se gasta, Es el aumento del 20% o más del peso corporal en relación con la talla, consiste en un porcentaje normalmente elevado de la grasa corporal y puede ser generalizado o localizado.

3.2 FACTORES DE RIESGO

Existen muchos factores de riesgo de la obesidad y actualmente ésta debe considerarse como un síndrome plurifactorial cuyos componentes varían de un individuo a otro de una manera más cuantitativa que cualitativa y de factores que se condicionan unos a otros formando una especie de círculo vicioso que cada vez agrava más la situación.

Cuadro 1. Factores de riesgo para obesidad

Factores de riesgo	Características
Genéticos	<ul style="list-style-type: none"> •Factores hormonales y neurales relacionados con el control normal del peso. Incluyen las señales a corto y largo plazo que determinan la saciedad y la actividad de alimentación. •El número y tamaño de las células adiposas, la distribución regional de la grasa corporal y el índice metabólico en reposo. •Los hijos de padres obesos tienen mayor probabilidad de tener problemas de peso.
Sistema nervioso central	<ul style="list-style-type: none"> •Alteración en los mecanismos básicos que regulan el ingreso de energía o el acto de comer (de manera específica en el encéfalo), causando hiperfagia.
Endocrinos	<ul style="list-style-type: none"> •El desequilibrio hormonal primario que al afectar el comportamiento alimentario, el gasto de energía, o ambos, da por resultado un balance energético positivo, con el consiguiente almacenamiento en el tejido adiposo.
Metabólicos	<ul style="list-style-type: none"> •La anormalidad metabólica básica puede incrementar el almacenamiento energético en el tejido adiposo causando obesidad: •Desviación preferente de los sustratos energéticos hacia la síntesis y el almacenamiento de los triglicéridos. •Aumento de la eficiencia para degradar los hidratos de carbono,

Factores de riesgo	Características
	<p>los ácidos grasos y los aminoácidos, y almacenar la energía adicional en forma de triglicérido en el tejido adiposo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mayor eficiencia para efectuar trabajo fisiológico, dando como resultado una síntesis en la que se requiere menos energía y el exceso se convierte en triglicérido que se almacenan en el tejido graso. • Inhibición de la movilización de la energía almacenada en forma de triglicérido en el tejido adiposo.
Nutricionales:	<ul style="list-style-type: none"> • La sobrealimentación puede ocurrir en cualquier etapa de la vida, pero el inicio de la obesidad presenta particular importancia en los primeros meses de edad. • En la lactancia se ha señalado como causa de sobrealimentación, el aporte temprano de alimentos hipercalóricos, la introducción temprana de alimentos sólidos y la fórmula láctea hiperconcentrada. • La sobrealimentación en la etapa preescolar cuando se violenta la anorexia fisiológica de estas edades a base de estimulantes de apetito, polivitaminas y medidas coherativas. • La malnutrición materna antes y durante la gestación puede ser un factor esencial del peso corporal del niño al nacer y durante su vida adulta. • Malos hábitos alimenticios, el consumo elevado de alimentos de alta densidad energética favorecen su depósito en forma de grasa corporal.
Actividad física	<ul style="list-style-type: none"> • Una actividad física leve puede convertirse en factor predisponente de obesidad. • Las personas obesas debido a su menor movilidad promueve más sedentarismo y da origen al círculo vicioso obesidad-sedentarismo-obesidad.
Psicológicos:	<ul style="list-style-type: none"> • Las perturbaciones psicológicas como causa de obesidad son frecuentes, influyen sobre el apetito, pueden provocar una tensión nerviosa que se intenta compensar en la alimentación.
Fisiológicos:	<ul style="list-style-type: none"> • Pubertad, gestación, menopausia, edad.

3.3 FACTORES PROTECTORES

- Moderación en el consumo de alimentos y de alcohol
- Hábitos alimentarios saludables
- Control frecuente de peso
- Actividad física regular
- Manejo del estrés y ansiedad
- Detectar el sobrepeso para evitar la obesidad

4. POBLACION OBJETO

Población afiliada a los regímenes contributivo y subsidiado con diagnóstico de sobrepeso y obesidad.

5. CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCIÓN

5.1 CONSULTA NUTRICIONAL DE PRIMERA VEZ

Todos los pacientes que presentan obesidad, deben recibir manejo nutricional por Nutricionista-Dietista

Se realizara una valoración nutricional completa (según cuadro 2), se hará el diagnóstico pertinente, prescripción del tratamiento, entrega y explicación de la dieta, como se describe a continuación y con el tiempo suficiente para desarrollarlo en forma completa e individualizada.

5.1.1.Valoración Nutricional

En la consulta nutricional inicial se realizara la valoración nutricional que incluye, historia clínica, medidas antropométricas, anamnesis alimentaria y pruebas de laboratorio, con el fin de obtener el diagnostico nutricional y la clasificación del sobrepeso y obesidad.

Cuadro 2. Valoración nutricional

Evaluación	Niño	Adulto	Gestante	Adulto Mayor
Historia clínica	Nombre, edad, procedencia, núcleo familiar, ocupación actual, actividad física, presencia de enfermedad, antecedentes personales y familiares, medicamentos prescritos, pesos usual, deseado, ideal y actual, tensión arterial			
Datos antropométricos	<ul style="list-style-type: none"> •Medición de P, T, E •Análisis de indicadores: P/T, T/E, P/E según Tablas NCHS •Circunferencia cefálica 	<ul style="list-style-type: none"> •Medición de P, T, E •Circunferencia del carpo, cintura y cadera •Pliegues cutáneos •Identificación del IMC •Determinación de la estructura 	<ul style="list-style-type: none"> •Medición de P, T, E •Altura uterina •Semana de gestación •Peso actual, peso inicial 	<ul style="list-style-type: none"> •Medición de P, T, E •Altura rodilla •Circunferencia del músculo de la parte media del brazo •Longitud de la rodilla •Grosor de los pliegues cutáneos
Anamnesis alimentaria	Comidas y alimentos consumidos durante el día, cantidades, alimentos preferidos, alimentos rechazados, sitio donde consume, horario, frecuencia de consumo – hábitos, apetito, ingesta, masticación, digestión, hábito intestinal.			
	<ul style="list-style-type: none"> •Iniciación de la lactancia materna •Duración de la lactancia materna •Inicio de la alimentación complementaria •Causa del destete 		<ul style="list-style-type: none"> •Cambio de hábitos alimentarios •Alimentación complementaria 	
Pruebas Laboratorio	Colesterol total, colesterol HDL, LDL, triglicéridos, ácido urico, Glicemia			
	Tiroidea estimulante TSH, tiroxina	Tiroidea estimulante TSH, tiroxina T4,	Test de O'sullivan	

Evaluación	Niño	Adulto	Gestante	Adulto Mayor
	T4, tiroxina libre, triyodotironina T3 Up Take, Glucosa pre y post prandial	tiroxina T4 libre, triyodotironina T3 Up Take, Glucosa pre y post prandial		

P: peso, T: talla, E: edad, IMC: índice de masa corporal. (Peso Kg/estatura² mt)

5.1.2. Diagnóstico

Para la elaboración del diagnóstico de obesidad se debe tener en cuenta la valoración nutricional. A través de este análisis es importante determinar tres aspectos del individuo obeso:

- La grasa corporal y la distribución
- La edad inicio de la obesidad
- La presencia de alteraciones físicas o emocionales que puedan ser causantes o consecuencia de la enfermedad.

La clasificación del estado nutricional es importante para el diagnóstico y el tratamiento, así como para la aplicación y evaluación. Para la cual se tendrá en cuenta el cuadro 3.

Cuadro 3: Clasificación menores de 18 años

Clasificación	Menores de 18 años
	Desviación Estándar
Sobrepeso	+1, +2 DS
Grado 1	+2, +3 DS
Grado 2	+3, +4 DS
Grado 3	> 4 DS

Clasificación mayores de 18 años

Clasificación	IMC (kg/m ²)	Riesgo de comorbilidad (Riesgo de otros problemas clínicos)

Normal	18.5 a 24.9	
Sobrepeso	25 a 29.9	Aumentado
Obesidad clase I	30 a 34.9	Moderado
Obesidad clase II	35 a 39.9	Severo
Obesidad clase III	> de 40	Muy severo

5.1.3. Tratamiento

Con base en el diagnóstico y de acuerdo a las características fisiológicas y patológicas del paciente se determinarán las necesidades nutricionales y se elaborará la dieta a nivel individual, la cual será consignada en la historia clínica.

Teniendo el diagnóstico nutricional se presentan dos alternativas:

- Si el paciente no presenta patología agregada, será manejado por el nutricionista mediante un tratamiento nutricional con dieta y educación alimentaria. Según criterio del nutricionista y si el paciente lo amerita se remitirá a tratamiento médico, psicológico o trabajo social.

- Si el paciente además del sobrepeso y obesidad, presenta patología agregada como: diabetes, hipertensión arterial, hiperlipidemias, enfermedades cardiovasculares, trastornos psicológicos, algunos tipos de cáncer u otros, deberá ser manejado por un grupo multidisciplinario.

En caso de que el paciente presente alteraciones metabólicas de difícil manejo ambulatorio según criterio médico, deberá ser hospitalizado (ver flujograma).

Las características de la dieta son:

- En menores de 5 años no se debe restringir ningún nutriente, dar cantidades mínimas de azúcares, dulces y golosinas.
- Los escolares deben tener una restricción con NO menos de 1200 calorías al día.
- En adelante se debe hacer una restricción hipocalórica mínimo de 800 a 1000 calorías / día
- Carbohidratos: mínimo 80-100 gr, restringir CHO simples. Con aporte alto de fibra. 20-25 gr.
- Normoproteica 10-12% VCT, en niños 8-10%, Normograsa 20-30%, preferiblemente poliinsaturada, colesterol < 300 mg / día.

- La disminución de peso no debe excederse de 1 Kg. por semana; esta pérdida de peso, metabólicamente representa un proceso de adaptación del organismo al nuevo régimen alimentario,
- Buscando el control o eliminación de los factores de riesgo posibles.
- Debe ser diseñado para que la reducción calórica sea progresiva hasta ajustarlo al peso deseado, que no siempre es el ideal.
- Debe ajustarse a los gustos, a la capacidad económica, condiciones sociales y demográficas del paciente.
- Organolepticamente debe ser agradable, es decir que todos sus sentidos sean estimulados de tal manera que motiven al paciente a cumplir con el plan alimentario.
- A pesar de ser un tratamiento individualizado debe permitir la incorporación de nuevos hábitos alimentarios tanto en el paciente como en la familia, permitiendo mejorar su estilo de vida, estado de salud y calidad de vida.
- La actividad física regular es importante.

5.1.4. Entrega y explicación de la dieta

Todo paciente a quien se le haya elaborado una dieta, requiere explicación de la misma con el fin de indicarle el por qué de los cambios en su alimentación, como manejarla y las demás recomendaciones que se consideren necesarias, la educación alimentaria y nutricional es importante en el tratamiento y debe realizarse dentro de la consulta. Se recomienda hacer énfasis en temas como:

- Control de peso y valoración nutricional
- Manejo adecuado de hábitos alimenticios
- Distribución intrafamiliar de alimentos
- Selección de alimentos
- Lactancia materna
- Alimentación complementaria
- Actividad física

- Hipertensión
- Diabetes
- Nutrición en el ciclo vital

En caso de presentar patologías agregadas es necesario incluirlas dentro del programa pertinente.

5.2. CONSULTA DE CONTROL POR NUTRICIONISTA

Los controles individuales serán de 15 minutos y los grupales se harán dentro de los programas de promoción y prevención

5.2.1. Consulta nutricional primer control

Se realizará al mes. Las actividades a realizar en el primer control son:

- Evaluar el tratamiento según dieta prescrita
- Realizar valoración antropométrica (según cuadro 2)
- Realizar ajustes necesarios al tratamiento según la evolución del paciente
- Educación alimentaria y nutricional

5.2.2. Consulta nutricional segundo control

Se realizará a los dos (2) meses. Las actividades a realizar en el segundo control son:

- Evaluación del acoplamiento al tratamiento dietario prescrito
- Evaluación nutricional antropométrica y bioquímica (según cuadro 2)
- Educación alimentaria y nutricional

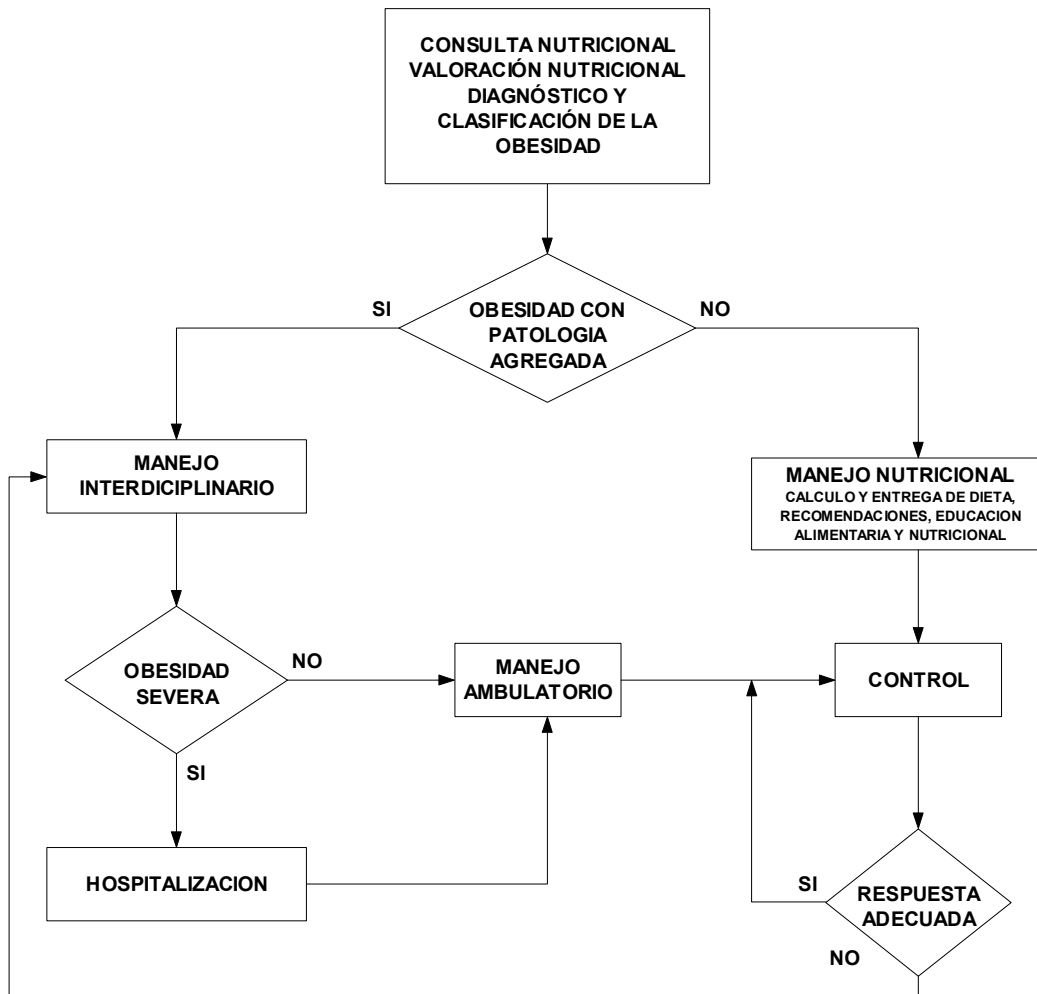
5.2.3. Consulta nutricional tercer control

Se realizará a los seis (6) meses o dependiendo de la evolución del paciente, incluye:

- Evaluación antropométrica y bioquímica (según cuadro 2)

- Se realizarán modificaciones a la dieta prescrita, dependiendo de la evolución del paciente
- Educación alimentaria y nutricional

6. FLUJOGRAMA



7. BIBLIOGRAFÍA

- 1 Conocimientos Actuales sobre Nutrición. OPS-ILSI. Washington 1997
- 2 Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Profamilia 1995
- 3 Enfoque y Manejo del Paciente Obeso. Propuesta para un consenso Nacional. Asociación Colombiana de Obesidad y Metabolismo.(ASCOM): 1995.
- 4 Evaluación del crecimiento y del estado nutricional en la población escolar urbana. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. 1993. Santa Fe de Bogotá.
- 5 Nutrición y Dietoterapia. Mahan, Arlin Krause. Editorial Interamericana Mc Graw Hill 1995
- 6 Nutriología Médica. Esther Casanueva et al. Editorial Médica Panamericana. Impreso Méjico 1995
- 7 Primer consenso Latinoamericano en Obesidad, edición resumida. Octubre 1998 Río de Janeiro, Brasil Vol. 4.
- 8 Sistema de vigilancia epidemiológica alimentaria y nutricional. SISVAN. Grupo Nutrición, Facultad de Salud, Universidad del Valle. 1996.