

GUÍA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS CON OBESIDAD



Organización Panamericana de la Salud

Guía para la atención integral de las personas con obesidad
Impresora Pacífico, 2009.

46p. ; 27 cm.

ISBN 978-9962-642-38-1

CLARIDAD Y PRESENTACIÓN

La información que se presenta en esta Guía incluye la atención integral en salud, por lo que se establecen criterios básicos y específicos para la detección, diagnóstico y tratamiento de la obesidad.

APLICABILIDAD

De presentarse barreras organizativas al momento de la implementación de esta guía, las mismas deberán ser manejadas directamente por el Coordinador Regional de Salud de Adultos junto con la Coordinación Nacional del Programa de Salud de Adultos, a través del desarrollo de talleres y seminarios de capacitación.

De acuerdo a los recursos sanitarios utilizados en nuestras regiones e instalaciones de salud, se ha considerado que la implementación de esta guía de atención, llevará a la optimización de los recursos existentes, debido a que los mismos serán manejados de manera oportuna, eficientes, eficaces y siendo efectivos de acuerdo a los esquemas de tratamiento y criterios de control de citas. De igual forma, al momento de instaurar el tratamiento, debe iniciarse con los medicamentos más eficientes.

Con el fin de realizar la monitorización o auditoría, en pro de lograr una mejora continua de la calidad, se han propuestos indicadores de gestión, los cuales se encuentran en los anexos de esta guía.

INDEPENDENCIA EDITORIAL

Esta Guía de Atención es independiente de la entidad financiera. Inicialmente fue elaborada sin financiamiento externo.

En la elaboración de la misma no se presentaron conflictos de intereses por parte del equipo técnico que participó en ésta.



Agradecimientos

A todo el personal de salud de las distintas instancias clínicas y técnico administrativas que han contribuido a la elaboración de este documento, en especial a:

Dr. Argil Jaén

Especialista en Endocrinología

Jefe de la Sección de Endocrinología del Hospital Santo Tomás

Dr. José Montenegro

Especialista en Endocrinología

Funcionario del Hospital Santo Tomás

Ministerio de Salud

Dra Rosario Turner M.

Ministra

Dra. Dora Jara

Viceministra

Dr. Cirilo Lawson

Director General de Salud

Dra. Laura T. de Thomas

Sub-directora General de Salud

Dra. Ilka Viejo

Coordinación de Salud de Adulto y Adulto Mayor



Caja de Seguro Social

Licdo. René Luciani

Director General de la
Caja de Seguro Social

Dr. Rubén López

Director Nacional de
Servicios y Prestaciones Médicas

Dr. José Kaled

Jefe de Programa Salud de Adulto
Caja de Seguro Social



Colaboradores

Dr. Anselmo McDonald, Sección de Salud de Adulto y Adulto Mayor
Lic. Mabel de Más, Sección de Salud de Adulto y Adulto Mayor
Dra. Emma C. de Crovaris, Sección de Salud de Adulto y Adulto Mayor
Lic. Edith Castillo, Sección de Salud de Adulto y Adulto Mayor
Lic. María Mojica Sección de Salud de Adulto y Adulto Mayor
Lic. Rita Tejada Jiménez, Sección de Salud de Adulto y Adulto Mayor
Sra. Xiomara de Anderson, Sección de Salud de Adulto y Adulto Mayor
Dra. Vielka Vega, Departamento de Salud y Atención Integral de la Población
Lic. Julia Domínguez, Departamento de Salud y Atención Integral de la Población
Lic. Amarelys Quintero, Departamento de Salud y Atención Integral de la Población
Lic. Albis Ruiloba, Departamento de Registros Médicos y Estadísticas de Salud
Lic. Anayansi Tejada, Departamento de Registros Médicos y Estadísticas de Salud.
Lic. Xenia E. de De León, Dirección General de Salud
Dra. Aminta Gálvez, Dirección General de Salud
Lic. Flavia Fontes, Dirección General de Salud
Lic. Aldacira de Bradshaw, Dirección Nacional de Provisión de Servicios de Salud.
Lic. Cheryl Jiménez, Región Metropolitana de Salud
Lic. Maritza de Aguilera, Región Metropolitana de Salud
Dr. Max Ramírez, Región de Salud de San Miguelito

Coordinadores regionales del Programa de Salud de Adulto y Adulto Mayor

Región de Salud de Bocas del Toro	Dra. Beatriz de Madrid
	Lic. Marabely de López
Región de Salud de Colón	Dra. Ángela de Archibold
Región de Salud de Chiriquí	Dr. Ramón Castillo
	Lic. Noris de Guerra
Región de Salud de Darién	Dra. Panamá Pérez
Región de Salud de Herrera	Lic. Noris Pérez
Región de Salud de Los Santos	Lic. Ana C. Montenegro
Región Metropolitana de Salud	Dra. Eyra Quintero
	Lic. Xiomara Mendieta
Región de Salud de San Miguelito	Dra. Leslie Lao de Rojas



Región de Salud de Panamá Este
Región de Salud de Panamá Oeste

Región de Salud de Veraguas
Región de Salud de Kuna Yala
Región de Salud de Gnöbe Buglé

Lic. Rosa Cerceño
Dr. Camilo Iturralde
Lic. Ruth Robinson
Lic. Vielka Campos
Lic. Gloria de Gutiérrez
Lic. Itza Del Cid

Comité revisor:

Dr. Ángel Valencia T.
Dr. Enrique Pérez-Flores

Representante a.i. OPS/OMS en Panamá
Asesor Regional en Enfermedades No
Transmisibles, Unidad de Prevención y Control
de Enfermedades y Vigilancia Sanitaria OPS en
Washington, D.C.

Dr. Alberto Barceló

Oficial Técnico, Unidad de Prevención y Control
de Enfermedades y Vigilancia Sanitaria OPS en
Washington, D.C.

Lic. Ana Atencio de
Espinosa

Consultora en Nutrición INCAP/OPS/OMS
Panamá.

Lic. Sara Díaz de Casis

Consultora, Profesional adscrita de la Caja de
Seguro Social en OPS/OMS Panamá

Dr. José A. Escamilla

Consultor en Prevención y Control de
Enfermedades y Vigilancia Sanitaria OPS/OMS
Panamá

Índice

Agradecimiento	i
Ministerio de Salud	i
Caja de Seguro Social.....	ii
Colaboradores	iii
Comité revisor	iv
Índice	v
Índice de cuadros.....	vi
Índice de anexos.....	vi
Introducción.....	vii
Objetivos	viii
1. Generales.....	viii
2. Específicos	viii
I. Definición	1
II. Factores de riesgo	2
III. Factores protectores	4
IV. Clasificación y medición de riesgo	5
V. Diagnóstico	7
VI. Promoción y prevención.....	8
VII. Tratamiento de la obesidad.....	10
VIII. Flujograma para la atención de la persona obesa.....	16
IX. Normas generales para atención de la persona obesa	17
X. Complicaciones de la obesidad.....	20
XI. Obesidad y síndrome metabólico.....	25
XII. Sistema de referencia y contrareferencia	28
XIII. Sistema de registros.....	29
Bibliografía	30
Anexos	31

Índice de cuadros

Cuadro N° 1	Clasificación de la obesidad según índice de masa corporal	5
Cuadro N° 2	Clasificación de la obesidad según la histología del tejido adiposo	5
Cuadro N° 3	Medición del riesgo según la distribución de la grasa corporal	5
Cuadro N° 4	Medición del riesgo de desarrollar complicaciones metabólicas relacionadas con la obesidad según la medición de la circunferencia de la cintura	6
Cuadro N° 5	Criterios de control	19

Índice de anexos

Anexo N° 1	Relación talla (m) y peso (lb) personas adultas, según I.M.C.	32
Anexo N° 2	Toma de la circunferencia de cintura.	35
Anexo N° 3	Funciones del equipo interdisciplinario de salud en el manejo de la obesidad.	36
Anexo N° 4	Recomendaciones para prevenir la obesidad infantil	41
Anexo N° 5	Evaluación del cumplimiento de esta guía de atención	42

Introducción

La obesidad, incluyendo al sobrepeso como un estado premórbido, es una enfermedad crónica caracterizada por el almacenamiento excesivo de tejido adiposo en el organismo. En muchas ocasiones se acompaña de alteraciones metabólicas, las cuales predisponen a la aparición de otros trastornos que deterioran el estado de salud de la persona. En la mayoría de los casos se asocia a patología endócrina, cardiovascular y ortopédica, y se relaciona con factores biológicos, socioculturales y psicológicos.

Su etiología es multifactorial y el tratamiento debe estar apoyado en un equipo interdisciplinario.

En las últimas décadas se han dado importantes cambios en el comportamiento de los seres humanos, con un impacto decisivo sobre su salud. Así, se ha pasado de una dieta tradicionalmente basada en frutas y verduras, a un consumo creciente de alimentos procesados, granos refinados, aceites y carnes, todos ellos con un alto contenido de grasas.

La situación nutricional en Panamá está experimentando cambios, ya que se están presentando problemas asociados a la obesidad causada por el exceso de consumo de ciertos alimentos. A este proceso contribuye en mayor proporción el acelerado crecimiento urbanístico, produciéndose cambios en los estilos de vida de la población, debido en gran parte a la publicidad dirigida a estimular el consumo de alimentos procesados. Estos cambios afectan a la población urbana porque tratan de imitar patrones o conductas de consumo no saludable, causando enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus, hipertensión arterial y algunos tipos de cáncer.

Dada su magnitud y trascendencia se considera a la obesidad un problema de salud pública, por lo que requiere del establecimiento de normas y guías para su atención integral.

Por ello el presente documento procura la prevención y control de esta enfermedad con énfasis en el primer nivel de atención y con proyección a la comunidad, unificando los criterios de atención para las personas adultas de 20 años o más con obesidad, fortaleciendo de esta forma la prestación de servicios de salud por parte del personal médico(a) de manera integral, eficaz, efectiva, eficiente, oportuna y con calidad. La misma en ningún momento debe sustituir el criterio o juicio clínico del médico(a) al momento de brindar la atención a las personas. Esta constituye una herramienta para facilitar el abordaje integral hacia el paciente.

El personal del sector salud, pacientes u otras personas que no sean médicos(as), deben asesorarse con profesionales de la medicina (Doctores(as) en Medicina) al momento de leer o utilizar esta Guía de Atención.

Objetivos

1. Objetivo general:

- Proporcionar al personal de salud una guía para la atención integral de las personas con obesidad en las instalaciones del Ministerio de Salud.

2. Objetivos específicos:

- Disminuir la morbilidad causada por la obesidad y sus complicaciones.
- Proponer acciones que faciliten la modificación de los estilos de vida que constituyen factores de riesgo para la obesidad.
- Contribuir en el mejoramiento de la calidad de vida de los y las pacientes con obesidad.
- Disminuir las complicaciones de la obesidad a través de la captación temprana y el tratamiento oportuno, eficaz, eficiente y efectivo.
- Establecer indicadores de gestión sanitaria que faciliten el monitoreo, evaluación y control del cumplimiento de esta guía.

1. Definición

La obesidad es una enfermedad crónica caracterizada por la acumulación excesiva de grasa en el cuerpo, como consecuencia de un desequilibrio que se produce cuando el consumo de calorías es superior al gasto durante un lapso prolongado. Es el resultado de la interacción de factores genéticos, metabólicos, ambientales y conductuales: la dieta y la actividad física.

II. Factores de riesgo

Existen muchos factores de riesgo que se relacionan con el desarrollo de la obesidad, por lo que en la actualidad se considera 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.

A. Factores de riesgo no modificables:

1. Genéticos:

Los hijos de padres obesos tienen mayor probabilidad de tener problemas de sobrepeso u obesidad.

2. Edad:

A medida que aumenta la edad de las personas, aumenta la probabilidad de desarrollar obesidad.

3. Sexo:

La obesidad es más frecuente en las personas del sexo femenino con relación al masculino. Sin embargo, los hombres están en mayor riesgo de desarrollar complicaciones en la salud con relación a las mujeres, ya que la acumulación de grasa en éstos se da a nivel abdominal.

B. Factores de riesgo modificables:

1. Nutricionales:

- a. La sobrealimentación puede ocurrir en cualquier etapa de la vida, pero el desarrollo de la obesidad cobra particular importancia en los primeros meses de edad.
- b. En la lactancia se ha señalado como causa de la obesidad la sobrealimentación, el aporte temprano de alimentos hipercalóricos, la introducción temprana de alimentos sólidos y la fórmulas lácteas hiperconcentradas. El desarrollo de las células grasas (adipocitos) se afecta principalmente cuando hay sobrenutrición en el primer año de vida y después de este período los cambios en la nutrición afectarán el tamaño, pero no el número de estas células. Por este motivo está establecido que los niños (as) que se convierten en obesos durante el primer año de vida, tienen altas probabilidades de permanecer obesos hasta la vida adulta.
- c. La sobrealimentación en la etapa preescolar (cuando se violenta la anorexia fisiológica de estas edades a base de estimulantes de apetito, polivitaminas y medidas coercitivas).

- d. 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.
- e. Malos hábitos alimenticios, el consumo elevado de alimentos de alta densidad energética favorecen su depósito en forma de grasa corporal (consumo de alimentos elevados en calorías, grasas y azúcar; porciones grandes; alimentos preparados fuera del hogar, especialmente frituras, comidas rápidas).

2. Sedentarismo:

La actividad física leve puede convertirse en factor predisponente para el desarrollo de la obesidad, por ello el sedentarismo da origen al círculo vicioso obesidad-sedentarismo-obesidad.

3. Psicológicos:

Las afecciones psicológicas (ansiedad – depresión) afectan el apetito y pueden ser causa de obesidad.

4. Factores ambientales:

- a. Mercadeo publicitario de alimentos elevados en grasa, azúcar y calorías.
- b. Negocios de comidas rápidas.
- c. La falta de lugares seguros y accesibles para realizar actividad física.

5. Factores hormonales:

El desequilibrio hormonal afecta el comportamiento alimentario, el gasto de energía o ambos, dando como resultado un balance energético positivo en el organismo, con el consiguiente almacenamiento de tejido adiposo que conlleva al desarrollo de sobrepeso u obesidad. Entre ellos están el hipotiroidismo, síndrome de Cushing, síndrome de ovario poliquístico e hipogonadismo.

6. Medicamentos:

Algunos fármacos como los corticoesteroides y ciertos antidepresivos pueden ser la causa de la obesidad.

III. Factores protectores

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



IV. Clasificación y medición de riesgo

En la actualidad se utilizan varios métodos para clasificar la obesidad, entre ellos están el índice de masa corporal (IMC) recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la histología del tejido adiposo; la medición del riesgo se lleva a cabo por medio de la distribución de grasa corporal y la circunferencia de la cintura.

A. Clasificación de la obesidad:

Cuadro N°1
Clasificación de la obesidad según índice de masa corporal

NORMAL	SOBREPESO	OBESIDAD		
		GRADO 1	GRADO 2 SEVERA	GRADO 3 MÓRBIDA
18.5 – 24.9	25 - 29.9	30.0 - 34.9	35.0 - 39.9	Mayor de 40

IMC = Peso actual (kg) / Estatura (m) al cuadrado

Fuente: Adaptado de la revista de Endocrinología y Nutrición. Obesidad, diagnóstico y tratamiento. Volumen 12, N°. 4, Suplemento 3. México. Octubre – diciembre de 2004. Páginas S130 – S135.

Cuadro N° 2
Clasificación de la obesidad según la histología del tejido adiposo

Tipo	Características
Hiperplásica	Suele iniciarse en la infancia. Existe un número de adipocitos muy elevados. Más relacionado con la mujer.
Hipertrófica	Propia de la obesidad del adulto. Aumenta el tamaño de los adipocitos, pero en número normal. Más frecuente en hombres. Responde mejor al tratamiento que la anterior.

Fuente: Adaptado <http://www.docencia-css.org.pa/documentos/guias/obesidad.pdf>.

B. Medición de riesgo:

Cuadro N° 3
Medición del riesgo según la distribución de la grasa corporal

Tipo	Características
Androide, central o abdominal	Se concentra alrededor de la cintura, abdomen alto y fascias. Más común en hombres. Alto riesgo de cardiopatía y de desarrollar diabetes mellitus tipo 2.
Ginecoide o glúteo femoral	Acumula grasas en glúteos y muslos. Más común en mujeres. Riesgo de osteoartritis, insuficiencia venosa y litiasis biliar.

Fuente: Adaptado <http://www.docencia-css.org.pa/documentos/guias/obesidad.pdf>.

Cuadro N° 4

Medición del riesgo de desarrollar complicaciones metabólicas relacionadas con la obesidad según la medición de la circunferencia de la cintura

SEXO	CIRCUNFERENCIA DE LA CINTURA
Masculino	Mayor o igual a 102 cm
Femenino	Mayor o igual a 88 cm

Fuente: Adaptado de la revista de Endocrinología y Nutrición. Obesidad, diagnóstico y tratamiento. Volumen 12, N°. 4, Suplemento 3. México. Octubre – diciembre de 2004. Páginas S130 – S135.



V. Diagnóstico

El diagnóstico de la obesidad es clínico. Para ello, se debe realizar:

A. Evaluación clínica:

1. Historia clínica y examen físico completo, haciendo énfasis en los antecedentes patológicos y no patológicos de la persona, además de los factores de riesgo modificables y no modificables.
2. Toma y registro del peso
3. Medición y registro de la talla.
4. Cálculo y registro del índice de masa corporal.
5. Diagnóstico y registro del estado nutricional.
6. Medición y registro de la circunferencia de cintura.

Para el diagnóstico clínico de la obesidad, según la Clasificación Internacional de Enfermedades, versión X, se utiliza el código: E.66



VI. Promoción y prevención

La promoción de la salud y prevención de la obesidad deben basarse en el fortalecimiento de los factores protectores descritos previamente (punto III).

A. Promoción de la salud:

La promoción de una alimentación saludable y de la actividad física no debe centrarse exclusivamente en controlar la obesidad, sino también en cambiar los modelos alimentarios y de actividad física inadecuados. La misma debe incluir:

1. Promoción de los controles de salud a toda la población.
2. Promoción sobre estilos de vida saludables que incluyan modelos alimentarios adecuados y la realización de actividad física en forma regular (se considera actividad física todo movimiento aeróbico que se realice mínimo tres veces a la semana por 30 minutos como caminar, bailar, trotar, hacer aeróbicos, natación, bicicleta) tomando en consideración las co-morbilidades de la persona. (Ver guías alimentarias de Panamá.)
3. Educación y capacitación dirigida al equipo de salud y público en general sobre los diversos aspectos de prevención del sobrepeso y la obesidad.
4. Promover en coordinación con otras instituciones estrategias de transporte y desarrollo urbano como son construir veredas seguras, espacios verdes y campos deportivos accesibles, designar áreas para peatones y mejorar la iluminación en lugares públicos para permitir el desarrollo de actividad física segura.
5. Establecer alianzas funcionales con actores claves: industrias privadas con interés en la producción de alimentos, envasado, logística, venta y mercadeo, y otras entidades relacionadas con estilos de vida, deportes, turismo, recreación y salud.
6. Fomentar que los restaurantes brinden información sobre las calorías de sus menús.

B. Prevención:

Dentro de la prevención de la obesidad deben tomarse en cuenta los siguientes aspectos:

1. Sensibilizar al personal de salud y a la comunidad que la obesidad es una enfermedad.
2. Orientación a la comunidad sobre la obesidad para la captación precoz de esta enfermedad.
3. Implementar la instrucción en alimentación, nutrición y manejo del peso en la currícula de maestros y educadores de la salud.
4. Desarrollar campañas de prevención en los medios masivos para:
 - a. Divulgar los beneficios de comer sano y de la importancia de realizar actividad física regularmente.

- b. Crear conciencia en los consumidores acerca de las consecuencias del sobrepeso u obesidad sobre la salud en general.
5. Enfatizar a los medios de comunicación y a la población en general que la principal preocupación concerniente a la obesidad es la salud antes que la apariencia.
6. Orientación sobre los factores de riesgo de la obesidad.



VII. Tratamiento de la obesidad

Todo paciente adulto obeso requerirá de un manejo integral, en términos de lo previsto en la presente guía.

El tratamiento médico, nutricional y psicológico del sobrepeso y la obesidad, deberá realizarse tomando en cuenta los siguientes aspectos:

1. Tiene que estar respaldado científicamente con medicina basada en la evidencia, especialmente de carácter dietoterapéutico individualizado, farmacológico y médico.
2. El equipo de salud será el responsable del manejo integral del paciente obeso.
3. Todo tratamiento deberá instalarse previa evaluación del estado nutricional, con base en indicadores clínicos, dietéticos, antropométricos incluyendo índice de masa corporal, circunferencia de cintura y pruebas de laboratorio.
4. Todas las acciones terapéuticas se deberán apoyar en medidas psicoconductuales y nutricionales para modificar conductas alimentarias nocivas a la salud. Incluir un plan gradual de actividad física, de acuerdo a la condición clínica de cada paciente.
5. El tratamiento de la obesidad tiene que ser a largo plazo e incluso permanente en aquellas personas con obesidad sin causa secundaria.

Los objetivos del tratamiento de la obesidad deben ser reformulados, pasando del concepto de "bajar de peso" al de "control y/o manejo del peso". Esto significa lograr el mejor peso posible y mantenerlo, en el contexto del cuidado de la salud en general. Se entiende como "control y/o manejo del peso" la adopción y mantenimiento de conductas de alimentación y movimiento saludables, indicadas para reducir el peso corporal y con él los factores de riesgo de la enfermedad.

Independientemente del tipo o la combinación de tratamientos, los objetivos del mismo deben establecerse de manera conjunta entre el paciente y el profesional de la salud. También, debe tenerse presente que reducir entre un 5 y un 10 por ciento del peso corporal producirá resultados beneficiosos, importantes y positivos en la salud.

Además, el tratamiento de la obesidad necesita un enfoque interdisciplinario basado en pilares fundamentales, tales como:

1. Educación terapéutica en las áreas de: alimentación, movimiento, estilo de vida y modificación de actitudes para manejar el tratamiento.
2. Seguimiento, para lograr mantener el mayor tiempo posible el peso que se ha perdido. Estas acciones pueden darse a nivel individual o grupal.

Según el tipo y grado de sobrepeso, la edad y las características personales, el médico evaluará el estado nutricional del y la paciente según el índice de masa corporal y

establecerá el tratamiento específico.

El éxito en el tratamiento de la obesidad requiere de la constancia y de la motivación del y la paciente.

A. Tratamiento no farmacológico:

1. El tratamiento no farmacológico estará basado en un adecuado programa para disminuir de peso, el cual tendrá las siguientes características:
 - 1.1 Tiene que ser personalizado.
 - 1.2 Adaptarse a las posibilidades de horarios, actividades, gustos, hábitos y recursos económicos de la persona.
 - 1.3 Debe ser flexible.
 - 1.4 Indicar al paciente pesarse y medirse la cintura semanalmente y llevar un registro escrito.
 - 1.5 Modificar progresivamente los hábitos que son inadecuados.
 - 1.6 Contar con un programa de educación a través de charlas, talleres, grupos, cuadernillos, entre otros.
 - 1.7 Incluir un plan gradual de actividad física.
 - 1.8 Brindar apoyo psicológico.
 - 1.9 Indicar un plan de alimentación individualizado establecido por el o la nutricionista.
 - 1.10 Tener en cuenta al resto de la familia para hacer práctico el acto de cocinar.

2. Plan de alimentación:

El tratamiento dietético debe ser equilibrado, variado y de acuerdo a los gustos y preferencias individuales. Entre las recomendaciones dietéticas que se le deben indicar al paciente para reducir de peso están:

- Consumir frutas en todos los tiempos de comida.
- Evitar el consumo de chichas y bebidas azucaradas.
- Tomar más de ocho vasos diarios de agua.
- Evitar el consumo de azúcares simples, sodas, chocolates, mieles, dulces y confites.
- Preparar ensaladas de vegetales para el almuerzo y la cena con aderezos naturales. Las mismas deben consumirse primero que otros alimentos.
- Servir pequeñas porciones de alimentos y no repetir.
- Procurar tener horarios regulares de comida.
- Disminuir el consumo de frituras: empanadas fritas, carimañolas, hojaldres, tajadas, patacones, papas fritas, tortillas fritas, chicharrón, carnes y pollo frito.
- Utilizar una (1) cucharadita de aceite por persona para dorar los alimentos en sartenes o pailas de hierro o teflón.

- Preferir las preparaciones al horno, a la plancha o hervidos.
- Retirar las grasas de la carne y la piel del pollo.
- Consumir leche y queso bajos en grasas.
- Comer despacio y masticar bien los alimentos.
- Programar meriendas saludables entre las comidas.
- Evitar reutilizar el aceite para cocinar.

3. Actividad física:

- No se debe imponer un estrés de ejercicios excesivos.
- El ejercicio necesita ser continuo para producir beneficios. Sería conveniente recomendar por ejemplo, que se camine más de lo habitual (subir escaleras evitando elevadores, bajarse del bus dos paradas antes, bailar en tiempos libres).
- Inicialmente es prudente aconsejar niveles moderados de actividad por treinta minutos/día, 3 a 5 días por semana.
- Es conveniente establecer una meta para acumular al menos 30 minutos o más de actividad física moderada en la mayoría o preferiblemente todos los días de la semana.
- Iniciar con intensidad baja y duración corta aumentando en forma progresiva
- Individualizar los programas de acuerdo con las necesidades y capacidades de cada paciente.
- El ejercicio contribuye a la pérdida de peso en el adulto con sobrepeso y obeso. Puede disminuir la grasa abdominal, aumentar las condiciones cardio-respiratorias y ayudar a mantener la pérdida de peso.
- Los ejercicios recomendables por ser asequibles son: caminar, nadar, montar bicicleta.
- El ejercicio disminuye la presión arterial y puede ayudar a prevenir la diabetes mellitus tipo 2.
- También contribuye a mejorar el bienestar emocional, a reducir el apetito, a mejorar la capacidad para dormir, aumenta la flexibilidad y el colesterol HDL.

4. Educación: educar a la población en general sobre la modificación de los patrones de conducta, por ejemplo, la importancia y beneficios de saber decidir entre una comida saludable y las comidas ricas en grasa (tipo chatarra), incluyendo la actividad física.

B. Tratamiento farmacológico:

El médico es el único profesional de la salud facultado para prescribir un tratamiento farmacológico en los casos que así se requiera.

El médico tratante deberá explicar al paciente qué medicamento le va a

prescribir, su nombre comercial y farmacológico, dosificación, duración de la toma, interacción con otros medicamentos, reacciones adversas y colaterales.

La base en la que se sustenta el tratamiento de la obesidad descansa sobre los procedimientos encaminados a desequilibrar la ecuación de balance energético a favor del consumo calórico.

La farmacoterapia para el manejo de la obesidad debe prescribirse a largo plazo a las personas con un índice de masa corporal (IMC) igual o mayor de 30, cuando el tratamiento no farmacológico, incluida la terapia de apoyo, dieta y actividad física no hayan resultado efectivos en la pérdida de peso deseada o esperada.

También se recomienda el tratamiento farmacológico en individuos de ambos sexos con un IMC entre 27 y 30 y que presenten al menos una de las siguientes co-morbilidades:

1. Diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, dislipidemias, artritis o gota.
2. Hernias discales o enfermedad articular grave.
3. Cáncer de próstata, cáncer colorrectal, cáncer de útero, cáncer de ovario o cáncer de mama.
4. Insuficiencia vascular periférica o presencia de várices.

El uso de fármacos debe considerarse luego de que la persona se haya mantenido al menos 6 meses bajo un régimen no farmacológico para perder peso (dieta, actividad física y terapia conductual) y no haya perdido un mínimo de 1 libra (454 gramos) por semana. El criterio de éxito para determinar que un medicamento fue efectivo para reducir de peso es la pérdida del 10% de peso corporal en los primeros 6 meses de tratamiento farmacológico.

Al decidir iniciar el tratamiento farmacológico en una persona obesa se tiene que tener presente que:

1. El principal problema de la terapia antiobesidad es el alto índice de reobtención del peso perdido. Por ello, el objetivo de la farmacoterapia debe dirigirse a mantener una pérdida de peso a largo plazo. El uso de fármacos a corto plazo (mínimo tres meses) es inapropiado.
2. Debido a que existen personas refractarias al tratamiento con fármacos si algún medicamento no produce una pérdida de 2 kg en el primer mes, la dosis debe ser reajustada o el medicamento discontinuado.
3. Hay que tener presente que los medicamentos no producen una pérdida indefinida de peso. Generalmente, la pérdida de peso se detiene en una meseta alrededor de los 6 meses de tratamiento y empieza a recuperarse aproximadamente al año, a pesar del uso del medicamento.
4. Los medicamentos para el tratamiento de la obesidad no curan el sobrepeso.
5. El uso de medicamentos como única opción es prácticamente inefectivo. Se

deben de administrar como terapia adjunta con un programa comprensivo para perder peso que incluya dieta y ejercicios.

1. El tratamiento farmacológico se dirige a favorecer la reducción en la ingesta calórica. Dependiendo de su mecanismo de acción los fármacos que se emplean en el tratamiento de la obesidad pueden dividirse en:
 - a. Inhibidores del apetito: Sibutramina
Fármaco sistémico que inhibe la recaptación de las monoaminas, norepinefrina y serotonina, inhibiendo de esta forma el apetito. La dosis recomendada es de 10 mg al día, la cual puede incrementarse hasta 15 mg por día si la pérdida de peso durante el primer mes fue menor de cuatro libras (2 kg). Entre los efectos secundarios está la resequedad oral, constipación e insomnio. Está contraindicada en pacientes con hipertensión arterial no controlada, en personas con glaucoma y en algunas enfermedades cardiovasculares (ver punto 2). No debe utilizarse concomitantemente con inhibidores de la monoaminoxidasa o inhibidores de la recaptación de serotonina.
 - b. Bloqueadores de la absorción/digestión de alimentos: Orlistat
Inhibidor de las lipasas pancreáticas y gastrointestinal. Previene la absorción de aproximadamente 30% de la grasa ingerida en la alimentación. Se considera un medicamento no sistémico. La dosis es de 120 mg tres veces al día, los cuales se deben tomar con el primer bocado de cada alimento principal. Reduce además el colesterol total y el LDL. Altera la absorción de vitaminas liposolubles, por lo que los suplementos vitamínicos deben tomarse dos horas antes del medicamento. Entre los efectos adversos están el manchado aceitoso de la ropa interior, heces líquidas, incontinencia o urgencia fecal, flatulencia y cólicos.
2. El uso de medicamentos para bajar de peso está contraindicado en:
 - a. Personas con un índice de masa corporal menor de 30 y sin comorbilidades asociadas.
 - b. Personas con edad menor de 16 años y mayor de 70 años.
 - c. Durante el embarazo o la lactancia.
 - d. Personas con historia de angina de pecho reciente.
 - e. Personas con historia de infarto del miocardio reciente.
 - f. Personas que se encuentren bajo prescripción crónica de medicamentos a base de derivados de glucocorticoides.
 - g. Personas con accidente cerebro vascular.
 - h. Personas con historia de isquemia cerebral transitoria.
 - i. Personas con antecedentes o presencia de sangrado digestivo.
 - j. El uso de fármacos con acciones anorexígenas centrales se encuentra contraindicado en personas que presenten:
 1. Valvulopatías cardíacas
 2. Cardiomiopatía congestiva

3. Lesiones cardíacas congénitas
 4. Infarto del ventrículo derecho
 5. Endocarditis infecciosa
 6. Arritmias
 7. Insuficiencia cardíaca congestiva de cualquier etiología
 8. Carditis reumática.
- k. Personas que presenten enfermedades del colágeno, tirotoxicosis, anemia severa, fístula arteriovenosa, miocarditis, beriberi y afección del miocardio por tumores o granulomas.
 - l. Personas que presenten embolia pulmonar, aumento de la resistencia vascular pulmonar, enfermedad del parénquima pulmonar o de la vasculatura pulmonar, hipertensión pulmonar primaria o secundaria, infarto del ventrículo derecho.
3. Fármacos contraindicados para el tratamiento de la obesidad:
 - a. Digitálicos
 - b. Derivados tiroideos
 - c. Diuréticos
 - d. Anfetaminas
 - e. Gonadotropina coriónica
 - f. Laxantes
 - g. Antiespasmódicos
 - h. Eméticos
 - i. Hormonas
 - j. Ansiolíticos
 - k. Inyecciones de enzimas
 - l. Aminoácidos lipolíticos o algas marinas
 - m. Pastillas sin nombre o sin etiquetas, sin registro sanitario y que son ofrecidos en bolsitas o sobres.

C. Tratamiento quirúrgico:

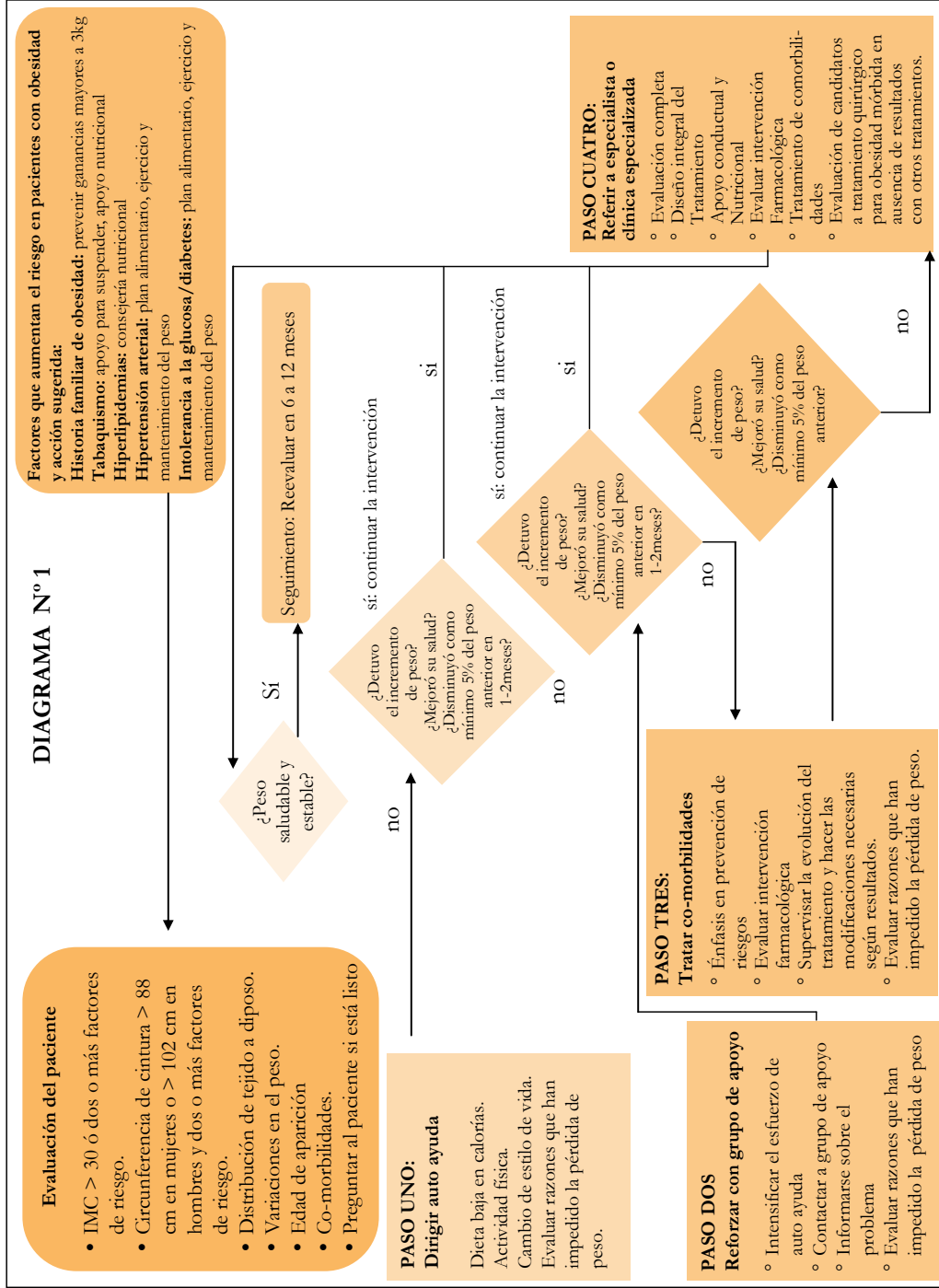
Estará indicado exclusivamente en los individuos adultos con obesidad severa e índice de masa corporal mayor de 40 o mayor de 35 asociado a comorbilidad importante y cuyo origen en ambos casos no sea estrictamente de tipo endocrino. Deberá existir el antecedente de tratamiento médico integral reciente, por más de 18 meses sin éxito; salvo ocasiones cuyo riesgo de muerte, justifique el no haber tenido tratamiento previo.

La indicación de tratamiento quirúrgico de la obesidad, debe ser el resultado de la decisión de un equipo de salud interdisciplinario; conformado, en su caso, por: cirujano, anestesiólogo, enfermera, nutricionista, endocrinólogo, cardiólogo, trabajador social, psicólogo y psiquiatra.

El paciente deberá firmar la carta de consentimiento informado, en los términos que establece la ley.

VIII. Flujograma para la atención de la persona obesa

En el diagrama N°1 se describen los pasos a seguir para la atención de la persona con diagnóstico de obesidad.



Fuente: Adaptado de la Revista de endocrinología y nutrición. Obesidad, diagnóstico y tratamiento. Volumen 12, N° 4, Suplemento 3. México, Octubre – diciembre de 2004. Páginas S130 – S135.

IX. Normas generales para atención de la persona obesa

A. Generalidades:

1. Toma y registro del peso, medición de la talla y cálculo de índice de masa corporal a todo paciente adulto y adulto mayor que asista a la consulta en las instalaciones de salud.
2. Evaluar y registrar el estado nutricional a todo paciente adulto y adulto mayor que asista a la consulta en las instalaciones de salud.
3. Todo profesional de la salud, deberá registrar dentro de la historia clínica del adulto y adulto mayor todo lo relacionado a la promoción y prevención (educación), y manejo del paciente con obesidad.
4. En el caso del o la nutricionista, deberá registrar dentro de la historia clínica del adulto y adulto mayor todo lo relacionado a la prevención y manejo nutricional del paciente con obesidad.
5. Todo paciente con obesidad que asista a la consulta médica debe ser referido para su manejo integral a las disciplinas de nutrición, enfermería, trabajo social, salud mental.
6. Promover la formación de grupos de obesos tanto del personal de salud como de pacientes. Asimismo, deben orientarse la realización de actividad física y fortalecer hábitos adecuados de alimentación, haciendo énfasis en las actividades de promoción y prevención de esta enfermedad.

B. Cuando un paciente obeso acuda a la primera consulta médica, debe realizarse y registrarse en el expediente:

1. Evaluación clínica:
 - a. Historia clínica y examen físico completo, con énfasis en presión arterial y evaluación cardiovascular, además de considerar signos y síntomas de enfermedades crónicas asociadas como acantosis nigricans y varices, para descartar posibles complicaciones. En el interrogatorio o anamnesis tener presente:
 1. Antecedentes familiares de obesidad y de otras enfermedades crónicas no transmisibles.
 2. Antecedentes personales de sobrepeso y sus variaciones, así como de otras enfermedades asociadas.
 3. Uso de medicamentos, tratamientos previos y alergias a medicamentos.
 - b. Toma y registro del peso.
 - c. Medición y registro de la talla.
 - d. Registro del índice de masa corporal.
 - e. Diagnóstico y registro del estado nutricional.
 - f. Medición y registro de la circunferencia de cintura.
 - g. Solicitud de electrocardiograma.
 - h. Solicitud de radiografía de tórax.

- i. Considerar otros estudios de acuerdo al caso.
2. Solicitud de Pruebas de laboratorio:
 - a. Biometría hemática completa.
 - b. Glucemia en ayunas.
 - c. Perfil lipídico completo (colesterol, triglicéridos, HDL, LDL).
 - d. Creatinina plasmática y nitrógeno de urea.
 - e. Transaminasas.
 - f. Ácido úrico.
 - g. VDRL.
 - h. Urinálisis completo.
 - i. Considerar otros estudios de acuerdo al caso.
3. Evaluación del estilo de vida. El mismo comprende:
 - a. Patrón alimentario y de actividad física habitual.
 - b. Ocupación y uso del tiempo libre.
 - c. Otros antecedentes de riesgo como el consumo de alcohol y tabaco.
 - d. Valoración del entorno familiar.
4. Se deben evaluar algunos aspectos de la dimensión psicosocial, como:
 - a. Explorar aspectos sobre la percepción que el paciente tiene de su imagen corporal (cómo percibe su peso, cuánto le gustaría pesar, cuál cree que es su peso saludable).
 - b. Evaluar su motivación para iniciar el tratamiento adecuado (en fase de contemplación o proactiva).
 - c. Fortalecer su grado de comprensión sobre las diferentes causas del problema.
 - d. Identificar la posibilidad de apoyo familiar y del entorno social.
5. Manejo interdisciplinario:
 En la primera consulta médica debe constar registro en el expediente que el paciente ha sido referido a los servicios de enfermería, salud bucal, salud mental, trabajo social y nutrición, para de esta forma recibir una atención integral.
6. Indicación y registro de tratamiento no farmacológico.
7. Educación:
 Se debe registrar en el expediente la orientación brindada al paciente sobre la promoción de estilos de vida saludable, la educación sobre su enfermedad, cómo prevenir el desarrollo de la misma y sus complicaciones.

C. En la segunda consulta (entre uno a tres meses después de la primera consulta):

Debe realizarse y registrarse en el expediente:

1. Evaluación clínica:
 - a. Historia clínica y examen físico dirigido, con énfasis en presión arterial y evaluación cardiovascular.
 - b. Toma y registro del peso
 - c. Registro del índice de masa corporal.
 - d. Medición y registro de la circunferencia de la cintura.

- e. Diagnóstico del estado nutricional.
- f. Evaluación de los resultados de las pruebas de laboratorio solicitadas en la primera cita.
2. Solicitud de pruebas de laboratorio en ayunas:
 - a. Glucemia (si los resultados de la solicitada en la primera consulta son superiores a 100 mg/dL).
3. Evaluación del tratamiento no farmacológico indicado al paciente (registrarlo en el expediente).
4. Educación o consejería sobre el problema de salud del paciente (registrarla en el expediente).
5. Perfil lipídico si los anteriores resultados fueron anormales.

D. Cada tres meses a cuatro meses:

Debe realizarse y registrarse en el expediente:

1. Evaluación clínica:
 - a. Historia clínica y examen físico dirigido, con énfasis en presión arterial y examen cardiovascular.
 - b. Toma y registro del peso.
 - c. Registro del índice de masa corporal.
 - d. Medición y registro de la circunferencia de la cintura.
 - e. Diagnóstico del estado nutricional.
2. Pruebas de laboratorio en ayunas:
 - a. Glucemia (si los resultados de la solicitada en la primera consulta son superiores a 100 mg/dL).
 - b. Perfil lipídico completo (colesterol, triglicéridos, HDL, LDL), si el resultado del que fue solicitado en la segunda consulta fue anormal. Si el resultado fue normal, debe repetirse al año.
3. Evaluación del tratamiento no farmacológico indicado al paciente (registrarlo en el expediente).
4. Educación o consejería sobre el problema de salud del paciente (registrarla en el expediente).

E. Seguimiento y control de las personas con obesidad:

CUADRO N° 5

Disciplina	Criterios de control	
	Durante el primer año	A partir del Segundo año
Médico	3 – 4 controles	Mínimo tres controles
Enfermera	3 – 4 controles	Mínimo tres controles
Nutrición	Doce controles	Mínimo seis controles
Odontología	Dos controles	Mínimo dos controles
Trabajo social	Dos controles	Las consultas necesarias de acuerdo al problema social del paciente.
Salud mental	Dos controles mínimos o según criterio del equipo de salud mental.	Las consultas necesarias de acuerdo a la evolución del o la paciente.
Especialistas (médico internista, endocrinólogo).	Una consulta	A criterio médico

Nota: La frecuencia de los controles dependerá de la respuesta del o la paciente al tratamiento y su evolución. Para su registro debe utilizarse la tarjeta de seguimiento de casos.

X. Complicaciones de la obesidad

Los mayores aumentos de morbimortalidad se producen en obesidades moderadas o severas (IMC >30 kg), es decir con sobrepesos mayores al 20% del peso aceptable. En magnitud, el mayor efecto se observa en el incremento de las enfermedades cardiovasculares. La presencia de obesidad en una persona es el detonante o “gatillo” para que aparezcan o se agraven otros problemas de salud, signos y síntomas o se alteren algunas condiciones, tales como:

A. Calidad de vida:

1. Agilidad disminuida y más caídas
2. Accidentes de tráfico
3. Imposibilidad para higienizarse solos
4. Fatiga, cansancio
5. Riesgo aumentado de muerte.

B. Sistema cardiovascular:

1. Hipertrofia ventricular izquierda
2. Hipertrofia ventricular derecha
3. Anomalías de la función ventricular
4. Aumento de la presión de llenado del ventrículo izquierdo
5. Arritmias
6. Hipertensión arterial
7. Angina de pecho
8. Aterosclerosis
9. Infarto de miocardio
10. Infiltración grasa del miocardio
11. Exceso de grasa epicárdica.

C. Sistema venoso:

1. Edema
2. Síndrome varicoso
3. Flebitis.

D. Sistema respiratorio:

1. Disnea
2. Insuficiencia respiratoria
3. Tendencia a ventilar exclusivamente los campos aéreos superiores
4. Deterioro de la inmunidad celular que facilita las infecciones
5. Apnea de sueño
6. Somnolencia diurna
7. Embolismo pulmonar.

E. Metabólicas:

1. Resistencia a la insulina
2. Diabetes mellitus
3. Gota
4. Dislipidemia
5. Síndrome metabólico.

F. Endocrinas generales:

1. Aumento de cortisol (hipercortisolismo funcional)
2. Alteración del funcionamiento gonadal
3. Hiperinsulinemia
4. Intolerancia a la glucosa
5. Sensibilidad disminuida a la insulina
6. Dislipidemia (hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia)
7. Hormona de crecimiento - Factor de crecimiento ligado a la insulina (GH-IGF): secreción disminuida de hormona de crecimiento (GH), factor de crecimiento ligado a la insulina – 1 (IGF-1) total, factor de crecimiento unido a la insulina ligador de proteína – 1 (IGFBP-1) y factor de crecimiento ligado a la insulina – 1 (IGF-1) libre elevada
8. Pulsatilidad alterada de la célula beta
9. Factor de necrosis tumoral - alfa (TNF – alfa) elevado
10. Niveles de leptina elevados.
11. Disminución de adiponectina
12. Aumento de resistina
13. Aumento de ácidos grasos libres.

Mujer:

1. Amenorrea
2. Dismenorrea
3. Hirsutismo
4. Ovario poliquístico
5. Hiperandrogenemia
6. Hiperestrogenemia
7. Alteración ciclos menstruales
8. Hipo o infertilidad
9. Menopausia tardía
10. Prolactina: niveles tras estímulo disminuidos.

Hombre:

1. Disminución de la testosterona libre y total
2. Hipogonadismo
3. Ginecomastia
4. Disminución de la hormona sexual ligadora de globulina (SHBG).

G. Nefrológicas/Urológicas:

1. Pene de apariencia chica
2. Incontinencia urinaria en mujeres

H. Sistema digestivo:

1. Hernia de hiato
2. Dispepsia
3. Reflujo gastroesofágico
4. Litiasis vesicular.

I. Osteoarticulares:

1. Artrosis de columna
2. Artrosis de cadera y rodilla
3. Lumbalgia
4. Agravación de problemas posturales
5. Disminución de la flexibilidad.

J. Órganos de los sentidos:

1. Cataratas
2. Degeneración macular

K. Cáncer:

Mujer:

1. Cáncer de mama en post menopausia
2. Cáncer de endometrio
3. Cáncer de cuello de útero
4. Cáncer de ovario
5. Cáncer de vesícula y vías biliares.

Hombre:

1. Cáncer de próstata
2. Cáncer colorectal
3. Cáncer de vesícula biliar.

L. Piel y tejido celular subcutáneo:

1. Intertrigo
2. Hongos
3. Estrías
4. Callos plantales
5. Fragilitas cutis inguinalis
6. Acantosis nigricans.

M. Pared abdominal

1. Hernias umbilicales
2. Hernias inguinales
3. Eventraciones
4. Abdomen delantal.

N. Embarazo

1. Trastorno hipertensivo del embarazo
2. Partos traumáticos
3. Hipertensión
4. Trabajo prolongado de parto
5. Dificultad para detectar embarazo
6. Embarazo múltiple
7. Dificultad para detectar trastornos fetales por ecografía
8. Anestesia dificultosa
9. Complicación de heridas quirúrgicas
10. Más probabilidad de cesáreas
11. Mayor posibilidad de riesgos post-operatorios
12. Mortalidad perinatal
13. Anemia y muerte fetal
14. Macrosomías fetales (*)
15. Distrés fetal (*)
16. Menor tolerancia a la glucosa
17. Diabetes gestacional
18. Infecciones urinarias
19. Endometritis (*)
20. Tromboflebitis
21. Aumento de lípidos plasmáticos.

Ñ. Quirúrgicas:

1. Prolongación en la recuperación post quirúrgica
2. Aumento del riesgo anestésico
3. Mayor incidencia de atelectasias, neumonía, tromboembolismo de pulmón y trombosis venosa de miembros inferiores
4. Dificultades en la cicatrización
5. Mayor frecuencia de infecciones
6. Problemas técnicos por pobre acceso quirúrgico
7. Incremento en la dehiscencia de suturas.

(*) Debido a esto se realizan más cesáreas.

O. Asistencia médica:

1. Rechazo
2. No diagnóstico o mal diagnóstico por la obesidad
3. Abuso de preparados tiroideos, laxantes, diuréticos, anfetaminas, psicofármacos.

P. Psicológicos:

1. Depresión
2. Ansiedad
3. Trastornos de la conducta alimentaria
 - a. Ingesta exagerada
 - b. Ingesta exagerada nocturna
4. Trastorno sexual
5. Deseo sexual hipoactivo
6. Aversión al sexo inducido por sustancias (anfetaminas y derivados, sedantes, ansiolíticos, antihipertensivos, antidepresivos, IRSS)
7. Autoestima baja.

Q. Socio-económicas:

1. Aislamiento
2. Problemas de relación
3. Discriminación
4. Exclusión de ciertas ocupaciones
5. Dificultad para obtener buenos trabajos
6. Menores ingresos
7. Vestimenta limitada
8. Costo de vestimenta especial
9. Acceso limitado a asientos y pasillos
10. Costo de modalidades ineficaces de reducción de peso
11. Costo del tratamiento de diversas enfermedades debidas a la obesidad
12. Alta tasa de deserción escolar
13. Costo de consumo extra de alimentos.

Mujeres:

1. Menores sueldos que los hombres
2. Más auto-denigración personal
3. Insistencia más persistente en rebajar de peso
4. Labilidad del carácter.

XI. Obesidad y síndrome metabólico

El síndrome metabólico es un trastorno que incluye la presencia de un grupo de factores de riesgo específicos de enfermedad cardiovascular. El mismo eleva en forma significativa el riesgo de desarrollar diabetes mellitus tipo 2, enfermedades cardíacas y/o accidentes cerebrovasculares.

Entre los factores de riesgo estrechamente relacionados con el síndrome metabólico están:

- Edad: la incidencia del síndrome metabólico aumenta con la edad.
- Origen étnico: los afroamericanos y los hispanoamericanos son más propensos a desarrollar síndrome metabólico. Las mujeres afroamericanas son alrededor de un 60% más propensas que los hombres afroamericanos a desarrollar el síndrome.
- Índice de masa corporal (IMC) superior a 25.
- Antecedentes familiares o personales de diabetes: aquellas personas que tuvieron diabetes durante el embarazo (diabetes gestacional) o que tienen un familiar con diabetes tipo 2 están expuestas a un riesgo más elevado de síndrome metabólico.
- Tabaquismo.
- Antecedentes de alcoholismo.
- Estrés.
- Estado posmenopáusico.
- Dietas ricas en grasas.
- Aumento en el consumo de calorías.
- Estilo de vida sedentario.

El conjunto de factores de riesgo para el desarrollo del síndrome metabólico, síndrome dismetabólico, síndrome de resistencia a la insulina o síndrome “X”, incluye:

1. Obesidad abdominal, caracterizada por una medición del diámetro de la cintura de 88 centímetros o más para las mujeres y de 102 centímetros o más para los hombres.
2. Presión arterial igual o mayor a 130/85 mmHg (milímetros de mercurio).
3. Resistencia a la insulina o glucosa en ayunas igual o mayor a 110 mg/dL pero menor de 126 mg/dl.
4. Dislipidemias (Niveles elevados de triglicéridos: más de 150 mg/dl, niveles de colesterol HDL menor de 40 mg/dl en los hombres y menor de 50 mg/dl en las mujeres).
5. Estado proinflamatorio: trastorno caracterizado por un nivel elevado de la proteína reactiva C, que es una sustancia considerada un indicador de inflamación en el cuerpo.

6. Estado protrombótico: trastorno caracterizado por factores de coagulación sanguínea elevados.

Solo con la presencia de tres de ellos se realiza el diagnóstico.

El tratamiento específico para el Síndrome metabólico está determinado por:

1. La edad, estado general de salud de la persona y sus antecedentes médicos.
2. La gravedad de la enfermedad.
3. Tolerancia a determinados medicamentos, procedimientos o terapias.
4. Signos y síntomas.
5. Expectativas para la evolución de la enfermedad.

El tratamiento que se recomienda para el síndrome metabólico es:

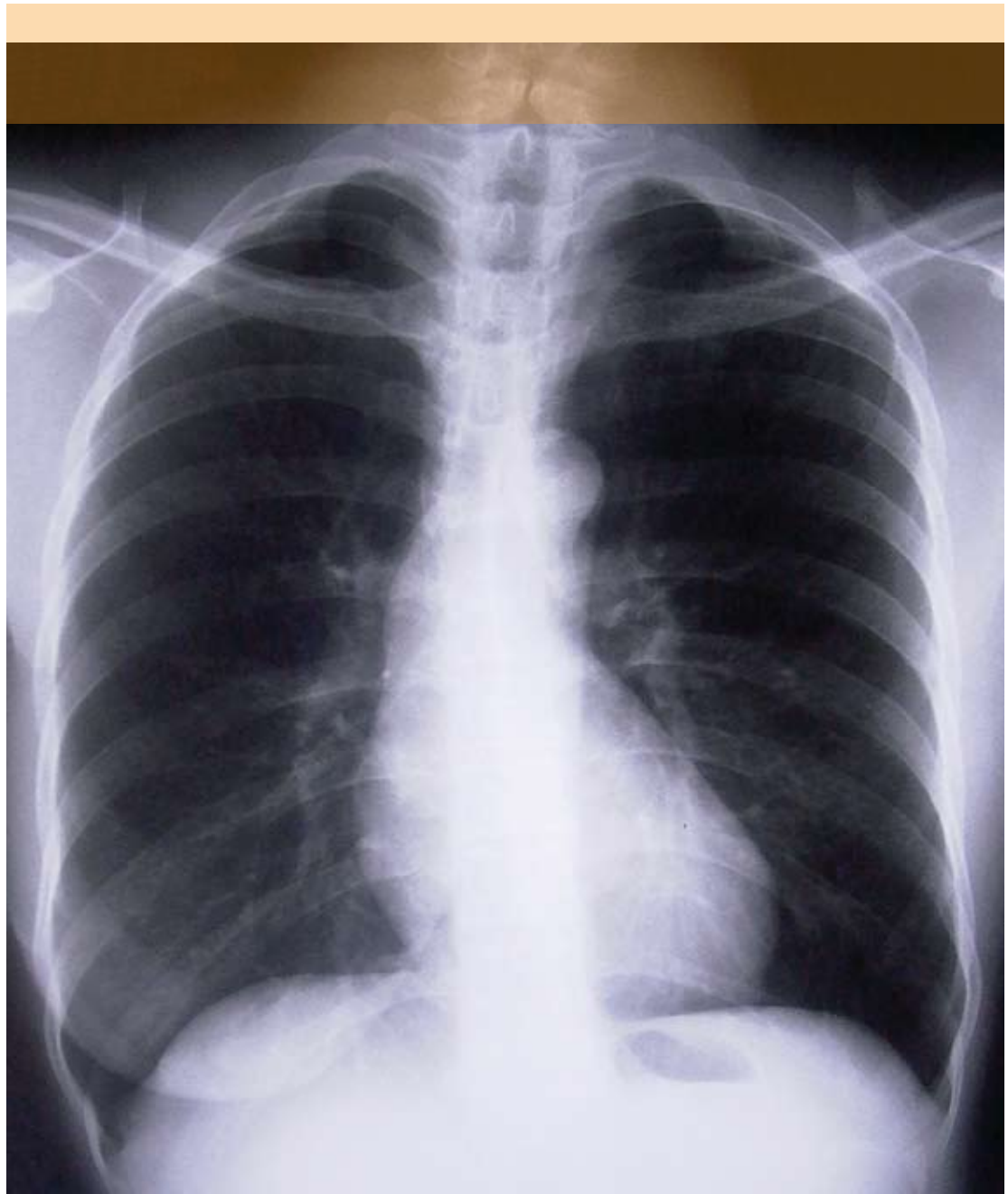
Control del estilo de vida: Un programa para bajar de peso y el ejercicio proporcionan la base del tratamiento para el síndrome metabólico. La reducción de peso aumenta el colesterol HDL, disminuye el colesterol LDL y los triglicéridos. Adelgazar también puede reducir el riesgo de diabetes tipo 2, puede afectar favorablemente la presión sanguínea y aumentar la tolerancia a la insulina, así como también puede reducir la obesidad central. La dieta y el ejercicio combinados mejoran los factores de riesgo más que la dieta solamente. Otros factores relativos al control del estilo de vida incluyen dejar de fumar y limitar el consumo de alcohol. Los cambios en los hábitos alimenticios son importantes en el tratamiento.

Ejercicio: El ejercicio beneficia a las personas con sobrepeso u obesidad, pues les ayuda a mantener y aumentar el tejido muscular, al mismo tiempo que se disminuye el nivel de grasa. Caminar es un ejercicio excelente para las personas obesas. Hay que considerar la edad y el estado de co-morbilidad de la persona, por lo que la orientación y educación brindada por el médico y la nutricionista es necesaria antes de iniciar la actividad física. El ejercicio también contribuye a mejorar el bienestar emocional, a reducir el apetito, a mejorar la capacidad para dormir, a aumentar la flexibilidad y a disminuir el colesterol LDL.

1. Medicación: Las personas que padecen del síndrome metabólico y que están en riesgo pueden ser aptas para el tratamiento con medicamentos, en especial si otras medidas, como los cambios en la alimentación y en los estilos de vida, no fueron eficaces para la pérdida de peso, la disminución de la presión arterial, la reducción de los niveles de colesterol y/o la disminución de la resistencia a la insulina. Pueden prescribirse medicamentos para disminuir la presión sanguínea, mejorar el metabolismo de la insulina, disminuir el colesterol LDL y aumentar el colesterol HDL, y aumentar la reducción del peso. Se utilizan además las opciones terapéuticas existentes de acuerdo al tipo de enfermedad que actúa como factor de riesgo.

Dado que el síndrome metabólico aumenta el riesgo de desarrollar problemas crónicos más graves, como enfermedad cardiovascular y diabetes mellitus tipo 2, es importante que se administre el tratamiento requerido. Entre otros trastornos que podrían presentarse a causa del síndrome metabólico se incluyen:

1. Síndrome de ovario poliquístico
2. Hígado graso
3. Cálculos biliares por el colesterol
4. Asma
5. Alteraciones del sueño
6. Algunos tipos de cáncer.



XII. Sistema de referencia y contrareferencia

“Es el conjunto de actividades administrativas y asistenciales mediante las cuales se facilita la continuidad en la atención del paciente, transfiriéndolo en los servicios de salud de un mismo o diferentes niveles de atención o grados de complejidad, con el retorno del paciente a la instalación de origen”.¹

1. Criterios de referencia a medicina interna o endocrinología:

- 1.1 Cuando no se logran las metas iniciales del tratamiento médico integral en un plazo de 6 a 12 meses.
- 1.2 Si existen co-morbilidades de difícil tratamiento y/o que pongan en riesgo la vida del paciente.
- 1.3 Cuando el paciente tiene un IMC mayor de 35 con co-morbilidades.
- 1.4 En los casos de obesidad extrema (IMC > 40kg/m²).

2. Criterios de contrarreferencia desde la consulta especializada hacia el primer nivel de atención:

- 2.1 Paciente estable con un IMC menor de 35, que no haya requerido manejo quirúrgico y con control de las co-morbilidades.
- 2.2 Paciente estable con disminución del 15% de peso corporal, con control de las co-morbilidades y que no haya requerido manejo quirúrgico.

3. Todo paciente que haya recibido tratamiento quirúrgico, debe continuar su manejo en el II o III nivel de atención.

¹ Ministerio de Salud. La red pública de servicios de salud, reorganización y definición por niveles de atención y grados de complejidad. Septiembre de 2003. Página 39.

XIII. Sistema de registros

La información obtenida de todo paciente obeso u obesa (detección, evaluación, diagnóstico, tratamiento, seguimiento, rehabilitación, exámenes de laboratorio y gabinete, referencia y contrarreferencia, o cualquier otra pertinente), deberá detallarse en cada uno de los formularios, fichas, tarjetas u hojas diseñadas para tal fin, en las respectivas instalaciones de salud (hoja de registro, hoja para notas de enfermera y tarjeta de seguimiento).

Las actividades de promoción, educación, prevención e investigación epidemiológica, debe registrarse en los formularios diseñados por el Departamento de Registros Médicos y Estadísticas.

Se utilizará la hoja de registro para anotar las evaluaciones subsecuentes, las variables clínicas y de laboratorio del paciente. Dicha hoja de registro formará parte del expediente clínico del y la paciente.



Bibliografía

I. Fuentes primarias

1. **Clinical guidelines on the identification, evaluation and treatment of overweight and obesity in adults.** National Institute of Health. NIH Publication No. 98-4083. Estados Unidos. Septiembre, 1998. 262 páginas. (Clase R)
2. Ministerio de Salud / Caja de Seguro Social / OPS / OMS / INCAP. **Estudio sobre el estado nutricional y calidad de vida del adulto(a) mayor que asiste a consulta en Centros de Salud y Policlínicas de San Miguelito y Área Metropolitana.** Panamá, 2003. 44 páginas. (Clase C)
3. **Revista de Endocrinología y nutrición. Obesidad, diagnóstico y tratamiento.** Volumen 12, N°. 4, Suplemento 3. México. Octubre – diciembre de 2004. Páginas S130 – S135. (Clase C)

II. Fuentes secundarias

1. Harrison. **Principios de medicina interna.** Interoamericana McGraw – Hill XIII Edición. 2871 páginas.
2. Escuela de Biokinética, **Recreación y ciencias del deporte.** Universidad Nor – Oeste (Campus Potchefstroom). Sur Africa.
3. **Estándares internacionales para la valoración Antropométrica.** Sociedad Internacional para el avance de la Kinantropometría. Primera edición, 2001.
4. Ministerio de Salud. **La red pública de servicios de salud, reorganización y definición por niveles de atención y grados de complejidad.** Septiembre de 2003. 68 páginas.
5. Ministerio de Salud / Caja de Seguro Social. **Normas técnicas, administrativas y protocolos de atención en salud bucal. I nivel de atención.** Panamá, agosto de 2004.
6. <ftp://ftp.fao.org/docrep/fao/006/ac911s/ac911s00.pdf>
7. <http://ymghealthinfo.org/content.asp?pageid=P07927>
8. <http://www.cardiolili.org/esp/>
9. <http://www.cdc.gov/spanish/indice.htm>
10. <http://www.docencia-css.org.pa/documentos/guias/obesidad.pdf>
11. <http://www.fac.org.ar/revista/04v33n3/edito/edit01/luquez.htm>
12. <http://www.obesidad.net/spanish2002/default.htm>

ANEXOS



ANEXO N°1

MINISTERIO DE SALUD

Departamento de Nutrición / Sección de Salud de Adultos

Peso en libras para tallas en metros de hombres y mujeres adultos en categorías de la relación peso / Talla² o Índice de masa corporal.

Panamá, 2006

Talla (metros)	Bajo Peso IMC < 18.5	Normal IMC 18.5 - 24.9		Sobrepeso IMC 25 - 29.9		Obesidad IMC ≥ 30
	Menor de					Mayor de
1.350	74.3	74.3	100.0	100.4	120.1	120.5
1.355	74.9	74.9	100.8	101.2	121.0	121.4
1.360	75.4	75.4	101.5	101.9	121.9	122.3
1.365	76.0	76.0	102.3	102.7	122.8	123.2
1.370	76.5	76.5	103.0	103.4	123.7	124.1
1.375	77.1	77.1	103.8	104.2	124.6	125.0
1.380	77.7	77.7	104.5	104.9	125.5	125.9
1.385	78.2	78.2	105.3	105.7	126.4	126.8
1.390	78.8	78.8	106.0	106.5	127.3	127.8
1.395	79.3	79.3	106.8	107.2	128.2	128.7
1.400	79.9	79.9	107.6	108.0	129.2	129.6
1.405	80.5	80.5	108.3	108.8	130.1	130.5
1.410	81.1	81.1	109.1	109.5	131.0	131.5
1.415	81.6	81.6	109.9	110.3	131.9	132.4
1.420	82.2	82.2	110.7	111.1	132.9	133.3
1.425	82.8	82.8	111.4	111.9	133.8	134.3
1.430	83.4	83.4	112.2	112.7	134.8	135.2
1.435	84.0	84.0	113.0	113.5	135.7	136.2
1.440	84.5	84.5	113.8	114.3	136.6	137.1
1.445	85.1	85.1	114.6	115.1	137.6	138.1
1.450	85.7	85.7	115.4	115.8	138.6	139.0
1.455	86.3	86.3	116.2	116.6	139.5	140.0
1.460	86.9	86.9	117.0	117.5	140.5	140.9
1.465	87.5	87.5	117.8	118.3	141.4	141.9
1.470	88.1	88.1	118.6	119.1	142.4	142.9
1.475	88.7	88.7	119.4	119.9	143.4	143.9
1.480	89.3	89.3	120.2	120.7	144.3	144.8
1.485	89.9	89.9	121.0	121.5	145.3	145.8
1.490	90.5	90.5	121.8	122.3	146.3	146.8
1.495	91.1	91.1	122.7	123.1	147.3	147.8
1.500	91.7	91.7	123.5	124.0	148.3	148.8
1.505	92.4	92.4	124.3	124.8	149.3	149.8
1.510	93.0	93.0	125.1	125.6	150.3	150.8
1.515	93.6	93.6	126.0	126.5	151.3	151.8
1.520	94.2	94.2	126.8	127.3	152.3	152.8
1.525	94.8	94.8	127.6	128.1	153.3	153.8
1.530	95.4	95.4	128.5	129.0	154.3	154.8
1.535	96.1	96.1	129.3	129.8	155.3	155.8
1.540	96.7	96.7	130.2	130.7	156.3	156.8
1.545	97.3	97.3	131.0	131.5	157.3	157.8
1.550	98.0	98.0	131.8	132.4	158.3	158.9
1.555	98.6	98.6	132.7	133.2	159.3	159.9

Talla (metros)	Bajo Peso IMC < 18.5	Normal IMC 18.5 - 24.9		Sobrepeso IMC 25 - 29.9		Obesidad IMC ≥ 30
	Menor de					Mayor de
1.560	99.2	99.2	133.6	134.1	160.4	160.9
1.565	99.9	99.9	134.4	135.0	161.4	161.9
1.570	100.5	100.5	135.3	135.8	162.4	163.0
1.575	101.1	101.1	136.1	136.7	163.5	164.0
1.580	101.8	101.8	137.0	137.6	164.5	165.1
1.585	102.4	102.4	137.9	138.4	165.6	166.1
1.590	103.1	103.1	138.7	139.3	166.6	167.2
1.595	103.7	103.7	139.6	140.2	167.7	168.2
1.600	104.4	104.4	140.5	141.1	168.7	169.3
1.605	105.0	105.0	141.4	141.9	169.8	170.3
1.610	105.7	105.7	142.3	142.8	170.8	171.4
1.615	106.3	106.3	143.1	143.7	171.9	172.5
1.620	107.0	107.0	144.0	144.6	172.9	173.5
1.625	107.7	107.7	144.9	145.5	174.0	174.6
1.630	108.3	108.3	145.8	146.4	175.1	175.7
1.635	109.0	109.0	146.7	147.3	176.2	176.8
1.640	109.7	109.7	147.6	148.2	177.2	177.8
1.645	110.3	110.3	148.5	149.1	178.3	178.9
1.650	111.0	111.0	149.4	150.0	179.4	180.0
1.655	111.7	111.7	150.3	150.9	180.5	181.1
1.660	112.4	112.4	151.2	151.8	181.6	182.2
1.665	113.0	113.0	152.1	152.7	182.7	183.3
1.670	113.7	113.7	153.1	153.7	183.8	184.4
1.675	114.4	114.4	154.0	154.6	184.9	185.5
1.680	115.1	115.1	154.9	155.5	186.0	186.6
1.685	115.8	115.8	155.8	156.4	187.1	187.7
1.690	116.5	116.5	156.7	157.4	188.2	188.8
1.695	117.1	117.1	157.7	158.3	189.3	190.0
1.700	117.8	117.8	158.6	159.2	190.4	191.1
1.705	118.5	118.5	159.5	160.2	191.6	192.2
1.710	119.2	119.2	160.5	161.1	192.7	193.3
1.715	119.9	119.9	161.4	162.1	193.8	194.5
1.720	120.6	120.6	162.4	163.0	195.0	195.6
1.725	121.3	121.3	163.3	164.0	196.1	196.7
1.730	122.0	122.0	164.2	164.9	197.2	197.9
1.735	122.7	122.7	165.2	165.9	198.4	199.0
1.740	123.4	123.4	166.2	166.8	199.5	200.2
1.745	124.2	124.2	167.1	167.8	200.7	201.3
1.750	124.9	124.9	168.1	168.7	201.8	202.5
1.755	125.6	125.6	169.0	169.7	203.0	203.7
1.760	126.3	126.3	170.0	170.7	204.1	204.8
1.765	127.0	127.0	171.0	171.6	205.3	206.0
1.770	127.7	127.7	171.9	172.6	206.5	207.1
1.775	128.5	128.5	172.9	173.6	207.6	208.3
1.780	129.2	129.2	173.9	174.6	208.8	209.5
1.785	129.9	129.9	174.9	175.6	210.0	210.7
1.790	130.6	130.6	175.8	176.5	211.1	211.9
1.795	131.4	131.4	176.8	177.5	212.3	213.0
1.800	132.1	132.1	177.8	178.5	213.5	214.2
1.805	132.8	132.8	178.8	179.5	214.7	215.4
1.810	133.6	133.6	179.8	180.5	215.9	216.6
1.815	134.3	134.3	180.8	181.5	217.1	217.8

Talla (metros)	Bajo Peso IMC < 18.5	Normal IMC 18.5 - 24.9		Sobrepeso IMC 25 - 29.9		Obesidad IMC ≥ 30
	Menor de					Mayor de
1.820	135.1	135.1	181.8	182.5	218.3	219.0
1.825	135.8	135.8	182.8	183.5	219.5	220.2
1.830	136.5	136.5	183.8	184.5	220.7	221.4
1.835	137.3	137.3	184.8	185.5	221.9	222.6
1.840	138.0	138.0	185.8	186.5	223.1	223.9
1.845	138.8	138.8	186.8	187.6	224.3	225.1
1.850	139.5	139.5	187.8	188.6	225.5	226.3
1.855	140.3	140.3	188.8	189.6	226.8	227.5
1.860	141.1	141.1	189.9	190.6	228.0	228.7
1.865	141.8	141.8	190.9	191.7	229.2	230.0
1.870	142.6	142.6	191.9	192.7	230.4	231.2
1.875	143.3	143.3	192.9	193.7	231.7	232.5
1.880	144.1	144.1	194.0	194.7	232.9	233.7
1.885	144.9	144.9	195.0	195.8	234.2	234.9
1.890	145.6	145.6	196.0	196.8	235.4	236.2
1.895	146.4	146.4	197.1	197.9	236.6	237.4
1.900	147.2	147.2	198.1	198.9	237.9	238.7

ANEXO N° 2

Toma de la Circunferencia de Cintura

Para realizar la toma de la circunferencia de cintura de manera eficaz, la persona (paciente) debe colocarse de pie con los brazos cruzados sobre el tórax. La medida se toma en el nivel más estrecho del abdomen, entre el borde del costal inferior (10a costilla) y la cresta iliaca. El antropometrista o profesional de la salud se debe ubicar al frente de la persona, quien tiene los brazos levemente cruzados, para permitir que la cinta se desplace alrededor del abdomen.

El fragmento y el estuche de la cinta métrica se coloca en la mano derecha, mientras quien realiza la medición ajusta la cinta con la mano izquierda en la espalda y en el nivel más estrecho de la cintura. El antropometrista retoma el control del fragmento de la cinta con la mano empleando la técnica de manos cruzadas por la espalda de la persona, para alinearla al frente en el nivel más estrecho de la cintura. Se le solicita al paciente bajar sus brazos a una posición relajada y abducida. La cinta se reajusta para asegurar que no resbala ni se encaja excesivamente en la piel. El paciente deberá respirar normalmente y la medición se toma al final de una espiración. Si no existe una cintura mínima obvia, la medida se tomará en el punto medio entre el borde del costal inferior (10a costilla) y la cresta iliaca.

ANEXO N° 3

Funciones del Equipo Interdisciplinario de Salud en el Manejo de la Obesidad

Medicina general

- Realizar la historia clínica y examen físico completo a todo paciente con diagnóstico de obesidad.
- Solicitar y registrar en el expediente las pruebas de laboratorio y de gabinete correspondiente.
- Prescribir el tratamiento no farmacológico y farmacológico, y registrarlo en el expediente.
- Registrar en el expediente clínico la educación y orientación brindada al paciente sobre su problema de salud.
- Orientar al paciente y registrar en el expediente el tipo, frecuencia y duración de la actividad física que debe realizar.
- Realizar el seguimiento clínico a todo paciente obeso (nuevo y subsecuente).
- Referir a enfermería, salud bucal, nutrición, trabajo social y salud mental a todo paciente que ingresa con el diagnóstico de obesidad.
- Realizar interconsultas con otros profesionales de la institución según necesidad.
- Referir a especialistas de otras instituciones de acuerdo a la evolución de la enfermedad y condición clínica de la persona.
- Cumplir con el mecanismo de referencia y contrarreferencia.
- Realizar visitas domiciliarias como parte del equipo básico de salud.
- Coordinación con el equipo de salud de la instalación correspondiente.
- Intervenir conjuntamente con el equipo interdisciplinario de salud en la realización de actividades de promoción, prevención, atención y rehabilitación de la obesidad.
- Participar en las actividades de educación del paciente obeso, su familia y la comunidad, conjuntamente con el equipo interdisciplinario de salud.
- Participar en la organización de grupos de ayuda mutua o de apoyo para personas con obesidad en conjunto con el equipo interdisciplinario de salud.
- Colaborar en el diseño, formulación y desarrollo de investigaciones relacionadas con la obesidad.

Enfermería

- Tomar y registrar en el expediente el peso, circunferencia de cintura, glucemia capilar, presión arterial y talla (en la primera consulta) a todo paciente obeso en control.
- Realizar avalúo físico al paciente para identificar problemas de salud y establecer diagnósticos de enfermería.

- Sensibilizar al paciente obeso sobre su enfermedad y las consecuencias biopsicosociales de la misma.
- Orientar al paciente y registrar en el expediente el tipo, frecuencia y duración de la actividad física que debe realizar.
- Referir a la consulta médica a todo paciente obeso que se encuentre descompensado o con co-morbilidades.
- Realizar seguimiento a todo paciente obeso nuevo y subsecuente.
- Referir a los pacientes en control a trabajo social, salud mental, nutrición y salud bucal para su correspondiente evaluación, diagnóstico y seguimiento.
- Participar con el equipo interdisciplinario de salud en la formación y seguimiento de grupos de ayuda mutua, grupos de apoyo o asociaciones de pacientes obesos.
- Realizar visitas domiciliarias como parte del equipo básico de salud.
- Intervenir conjuntamente con el equipo interdisciplinario de salud en la realización de actividades de promoción de la salud, prevención, atención y rehabilitación de la obesidad.
- Participar en las actividades de educación del paciente obeso, su familia y la comunidad conjuntamente con el equipo interdisciplinario de salud.
- Formar grupos de profesionales de la salud para el desarrollo de estilos de vida saludable en la población escolar en coordinación con el Ministerio de Educación. (*).
- Colaborar en el diseño, formulación y desarrollo de investigaciones relacionadas con la obesidad.

Nutrición

- Evaluación antropométrica
 - Peso / Talla
 - Índice de Quetelet o IMC
 - Circunferencia de cintura
- Evaluación bioquímica.
- Evaluación dietética.
- Cálculos de requerimientos nutricionales.
- Confección de la dieta terapéutica individualizada en base a prescripción médica.
- Orientar al paciente y registrar en el expediente el tipo, frecuencia y duración de la actividad física que debe realizar.
- Promover los estilos de vida saludables.
- Seguimiento y control a todo paciente nuevo o subsecuente.
- Participar con el equipo interdisciplinario de salud en la formación y seguimiento de grupos de ayuda mutua, grupos de apoyo o asociaciones de obesos.

* Esta actividad debe desarrollarse en coordinación con el Programa de salud escolar y adolescente.

- Intervenir conjuntamente con el equipo interdisciplinario de salud en la realización de actividades de promoción de la salud, prevención, atención y rehabilitación de la obesidad.
- Participar en las actividades de educación del paciente obeso, su familia y la comunidad conjuntamente con el equipo interdisciplinario de salud.
- Colaborar en el diseño, formulación y desarrollo de investigaciones relacionadas con la obesidad.

Trabajo social

- Realizar la evaluación social del paciente obeso (a) y su grupo familiar.
- Involucrar a los miembros de la familia del paciente obeso como facilitadores del cumplimiento de su tratamiento farmacológico y no farmacológico.
- Atender y dar seguimiento a la morbilidad social del paciente y su grupo familiar.
- Participar en la organización y asesoría de los grupos de pacientes obesos (as) y grupos o asociaciones de apoyo.
- Intervenir conjuntamente con el equipo interdisciplinario en la realización de actividades de promoción, prevención, atención y rehabilitación de la obesidad.
- Participar en el proceso de educación del paciente obeso, de acuerdo a lo establecido en las normas de salud.
- Participar en las visitas domiciliarias como parte del equipo interdisciplinario de salud.
- Apoyar en el diseño, formulación y desarrollo de investigaciones relacionadas con la obesidad.

Salud mental

- Acompañamiento, atención directa y seguimiento individual y grupal a pacientes y familiares, para el apoyo emocional y modificación de conductas que se requiere.
- Asesoramiento, conformación organización y manejo de grupos terapéuticos (de ayuda mutua, comunicación, orientación familiar y docencia) para el cambio en los estilos de vida y afrontamiento de problemas emocionales de fondo.
- Asesoramiento, diseño y conducción de talleres para la expresión de sentimientos, cambios en estilos de vida, habilidades sociales, reducción y eliminación del consumo de drogas (alcohol, cigarrillo) y otros temas que favorezcan la reducción y mantenimiento de un peso ideal.
- Capacitación a los equipos de salud en el manejo de los temas correlacionados con la obesidad (autoestima, presión de grupo, manejo de las emociones y sentimientos, entre otros).
- Coordinación y enlace con los otros miembros del equipo tratante de la clínica.

Salud bucal

Manejo odontológico de pacientes con diagnóstico de obesidad

El(la) paciente con diagnóstico de obesidad comúnmente presenta alteraciones en la frecuencia de la ingesta y tipo de alimentos que consume, generalmente acompañada de alto consumo de carbohidratos. Este hecho indica que en estos casos debe brindarse la atención odontológica normada para el grupo de edad al que pertenezca. Es así que al obeso adulto se le realizarán todas las actividades de promoción, prevención y atención con énfasis en indicaciones especiales en cuanto a la ingesta de alimentos, dieta cariogénica y no cariogénica, medidas preventivas de higiene bucal, técnica de cepillado, uso del hilo dental, uso de fluoruros y visitas al odontólogo. De igual forma, debe darse énfasis a la necesidad de realizar la higiene bucal posterior a la ingesta alimentaria, hecho que en cierta medida puede contribuir a evitar que el paciente ingiera alimentos entre comidas.

En la atención del(a) paciente obeso(a) en odontología cobra importancia considerar otras condiciones sistémicas asociadas a este diagnóstico, como son la hipertensión y la diabetes, no obstante, existen situaciones que limitan o dificultan su atención como es su acomodo en el sillón dental, dificultad de acceso visual y con el instrumental para el odontólogo, así como la misma realización de los tratamientos.

Normas generales

- Brindar educación al paciente sobre técnica de cepillado, aplicación de flúor y asesoramiento dietético.
- Realizar el examen clínico y anamnesis completa.
- Establecer un diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento.
- Eliminación de fosos sépticos e inactivación de cavidades abiertas.
 - * Realizar exodoncias y cirugías indicadas.
 - * Efectuar las restauraciones necesarias.
 - * Realizar el tratamiento periodontal.
- Controles cada seis (6) meses, pudiendo variar la periodicidad a consideración del odontólogo y de acuerdo a cada caso particular.
- Referir para tratamientos odontológicos especializados (endodoncias, prótesis, entre otros).
- Realizar las interconsultas necesarias.

Promoción y prevención

- Intervenir conjuntamente con el equipo multidisciplinario en la realización de actividades de promoción, prevención y rehabilitación de la obesidad.
- Educación sobre técnica de cepillado, aplicación de flúor y asesoramiento dietético.
- El uso de fluoruros tópicos como cremas dentales, barnices y/o geles de flúor. Por la disminución del flujo salival es recomendable el complemento de los enjuagues fluorados de uso casero.
- Técnicas de cepillado para eliminar adecuadamente la placa bacteriana.
- Profilaxis dental.
- Control periódico.

Consideraciones especiales

- Revisar la historia clínica para conocer cualquier patología asociada a la obesidad que pueda estar presente en el paciente.
- Asegurarse que el paciente está recibiendo un adecuado control médico.
- Si es el caso de complicaciones por hipertensión se debe evaluar la presión arterial antes de cualquier tratamiento. Un incremento del 20% en las cifras usuales del paciente, obliga a posponer la consulta.
- En el caso de obesos diabéticos es vital conocer si está controlado.
- Trabajar en un ambiente relajado. De ser necesario, prescribir ansiolíticos la noche anterior y la mañana de la cita.
- Anestesia local sin vasoconstrictor en casos indicados.
- Evitar prescribir esquemas terapéuticos prolongados de AINES.
- Profilaxis antibiótica en casos necesarios para pacientes hipertensos y diabéticos.
- Evitar movimientos bruscos del paciente en el sillón dental.
- Optimizar el tiempo de trabajo.

Recomendaciones para Prevenir la Obesidad Infantil

Debido a que la obesidad es un problema de Salud Pública cuya prevención inicia desde las primeras edades de la vida, proponemos las siguientes acciones para la prevención de la obesidad en la población infantil:

1. Las mujeres con sobrepeso u obesidad deben intentar alcanzar su peso saludable o perder de 10 – 15 % de su peso corporal antes de quedar embarazadas y evitar un aumento exagerado de peso durante la gestación.
2. Dar lactancia materna exclusiva a su bebé durante los primeros 6 meses de vida.
3. No iniciar alimentación complementaria antes de los 6 meses de edad.
4. Limitar los alimentos con alto contenido calórico.
5. No sobornar a niños y niñas prometiéndole golosinas.
6. Jamás se deberá forzar a comer al niño(a) y se le permitirá detener su alimentación cuando lo desee y no en el punto de consumo máximo.
7. No es conveniente presionar al niño(a) por medio de ruegos, amenazas o juegos, para que reciba la última porción de comida del plato, ni convertir la hora de la comida en un campo de batalla. El apetito del niño(a) será el mejor indicador de la cantidad de comida que debe ingerir.
8. Los niños y niñas pequeños(as) y preescolares deben dedicar diariamente por lo menos 60 minutos o hasta varias horas al día, a una actividad física no estructurada. No deben mantenerse sedentarios por más de 60 minutos a la vez, excepto cuando están durmiendo.
9. Alentar a los niños y niñas menores de 2 años a realizar actividades interactivas que fomenten el desarrollo adecuado del cerebro, tales como jugar, hablar, cantar y leer, y disminuir el tiempo que dedican a ver televisión. Existe una relación directa entre el exceso de ver televisión y la obesidad.
10. Los buenos hábitos alimentarios establecidos en la infancia se mantendrán durante toda la vida, y estos, junto al ejercicio físico practicado en forma rutinaria, evitarán la obesidad y muchos de los problemas biológicos, psicológicos y sociales que esta produce en la vida adulta.

ANEXO N° 5

Evaluación del cumplimiento de esta Guía de Atención

Para la evaluación, monitoreo y control de esta Guía de Atención se utilizarán indicadores de procesos e indicadores de resultado.

En los aspectos referentes a la estructura se recomienda determinar la existencia y disponibilidad de espacio físico para atender a los pacientes con obesidad, así como la disponibilidad para realizar los exámenes de laboratorio (glucemia en ayunas, biometría hemática completa, perfil lipídico, creatinina, nitrógeno de urea, ácido úrico), cumpliendo con los estándares de habilitación de las instalaciones de salud.

Los indicadores que se utilizarán y que son proporcionados por el sistema de información de registros médicos y estadísticas de salud son:

Indicadores de proceso

DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR	FORMATO DEL INDICADOR	FUENTE PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS	PERIODICIDAD
Porcentaje de pacientes nuevos con diagnóstico de obesidad. (Incidencia).	N° de pacientes nuevos con diagnóstico de obesidad	Registro diario de atención (RDA)	Anual
	Total de pacientes atendidos en la instalación en el período evaluado		
	X 100		
Porcentaje total de pacientes diagnosticados con obesidad (nuevos y viejos). (Prevalencia)	N° de pacientes diagnosticados con obesidad	Registro diario de atención (RDA)	Anual
	Total de pacientes atendidos en la instalación en el período evaluado		
	X 100		
Porcentaje de embarazadas con diagnóstico de obesidad.	N° de embarazadas con diagnóstico de obesidad	Registro diario de atención (RDA)	Anual
	Total de embarazadas atendidas en el período evaluado		
	X 100		

Los siguientes indicadores se proponen para el monitoreo y evaluación del Programa de Salud de Adultos en lo que respecta a la obesidad como componente del grupo de enfermedades crónicas no transmisibles.

DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR	FORMATO DEL INDICADOR	FUENTE PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS	PERIODICIDAD
Porcentaje de obesos referidos a salud bucal.	Nº de obesos referidos a salud bucal Total de obesos atendidos en el período evaluado X 100	Tarjeta de seguimiento de casos.	Anual
Porcentaje de obesos referidos a enfermería.	Nº de obesos referidos a la enfermera Total de obesos atendidos en el período evaluado X 100	Tarjeta de seguimiento de casos.	Anual
Porcentaje de obesos referidos a trabajo social.	Nº de obesos referidos a trabajo social Total de obesos atendidos en el período evaluado X 100	Tarjeta de seguimiento de casos.	Anual
Porcentaje de obesos referidos a salud mental.	Nº de obesos referidos a salud mental Total de obesos atendidos en el período evaluado X 100	Tarjeta de seguimiento de casos.	Anual
Porcentaje de obesos referidos a nutrición.	Nº de obesos referidos a nutrición Total de obesos atendidos en el período evaluado X 100	Tarjeta de seguimiento de casos.	Anual
Porcentaje de obesos referidos a endocrinología.	Nº de obesos referidos a endocrinología Total de obesos atendidos en el período evaluado X 100	Tarjeta de seguimiento de casos.	Anual
Porcentaje de obesos atendidos por endocrinología.	Nº de obesos atendidos en endocrinología Total de obesos referidos a otros servicios en el período evaluado X 100	Hoja de registro de los resultados de laboratorio, variables clínicas y actividades del / la paciente con diabetes mellitus, hipertensión arterial y obesidad.	Anual

DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR	FORMATO DEL INDICADOR	FUENTE PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS	PERIODICIDAD
Porcentaje de obesos atendidos con tres o más controles de glucemia.	<p>N° de obesos con tres o más controles de glucemia</p> <hr/> <p>Total de obesos atendidos en la instalación de salud el período evaluado</p> <p>X 100</p>	<p>Tarjeta de seguimiento de casos.</p> <p>Hoja de registro de los resultados de laboratorio, variables clínicas y actividades del / la paciente con diabetes mellitus, hipertensión arterial y obesidad.</p>	Anual
Porcentaje de obesos atendidos con tres o más controles de presión arterial.	<p>N° de obesos con tres o más controles de presión arterial</p> <hr/> <p>Total de obesos atendidos en la instalación de salud en el período evaluado</p> <p>X 100</p>	<p>Tarjeta de seguimiento de casos.</p> <p>Hoja de registro de los resultados de laboratorio, variables clínicas y actividades del / la paciente con diabetes mellitus, hipertensión arterial y obesidad.</p>	Anual
Porcentaje de obesos atendidos con tres o más controles de salud realizados por el médico, enfermera o nutricionista.	<p>N° de obesos con tres o más controles de salud realizados por el médico, enfermera o nutricionista</p> <hr/> <p>Total de obesos atendidos en la instalación de salud en el período evaluado</p> <p>X 100</p>	<p>Tarjeta de seguimiento de casos.</p> <p>Hoja de registro de los resultados de laboratorio, variables clínicas y actividades del / la paciente con diabetes mellitus, hipertensión arterial y obesidad.</p>	Anual

DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR	FORMATO DEL INDICADOR	FUENTE PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS	PERIODICIDAD
Porcentaje de obesos que recibieron acciones educativas en la consulta.	Nº de obesos que recibieron acciones educativas en la consulta Total de obesos atendidos en el período evaluado X 100	Tarjeta de seguimiento de casos. Hoja de registro de los resultados de laboratorio, variables clínicas y actividades del / la paciente con diabetes mellitus, hipertensión arterial y obesidad.	Anual
Porcentaje de obesos atendidos con exámenes de laboratorio mínimos indicados según guía.	Nº de obesos con exámenes de laboratorio mínimos indicados Total de obesos atendidos en la instalación de salud en el período evaluado X 100	Tarjeta de seguimiento de casos. Hoja de registro de los resultados de laboratorio, variables clínicas y actividades del / la paciente con diabetes mellitus, hipertensión arterial y obesidad.	Anual

Indicadores de resultado (Impacto)

DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR	FORMATO DEL INDICADOR	FUENTE PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS	PERIODICIDAD
Porcentaje de obesos en control con el último valor de presión arterial normal.	Nº de obesos en control con el último valor de presión arterial normal. Total de obesos en control en la instalación de salud en el período evaluado X 100	Tarjeta de seguimiento de casos. Hoja de registro de los resultados de laboratorio, variables clínicas y actividades del / la paciente con diabetes mellitus, hipertensión arterial y obesidad.	Anual
Porcentaje de obesos en control con el último valor de glucemia normal.	Nº de obesos en control con el último valor de glucemia normal. Total de obesos en control en la instalación de salud en el período evaluado X 100	Tarjeta de seguimiento de casos. Hoja de registro de los resultados de laboratorio, variables clínicas y actividades del / la paciente con diabetes mellitus, hipertensión arterial y obesidad.	Anual

DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR	FORMATO DEL INDICADOR	FUENTE PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS	PERIODICIDAD
Porcentaje de obesos en control con diagnóstico de hipertensión arterial.	N° de obesos en control con diagnóstico de hipertensión arterial.	Tarjeta de seguimiento de casos.	Anual
	Total de obesos en control en la instalación de salud en el período evaluado X 100	Hoja de registro de los resultados de laboratorio, variables clínicas y actividades del / la paciente con diabetes mellitus, hipertensión arterial y obesidad.	
Porcentaje de obesos en control con diagnóstico de diabetes mellitus.	N° de obesos en control con el último valor de glucemia en ayuna elevada (> 126 mg/dl) o con diagnóstico de diabetes mellitus.	Tarjeta de seguimiento de casos.	Anual
	Total de obesos atendidos en el período evaluado X 100	Hoja de registro de los resultados de laboratorio, variables clínicas y actividades del / la paciente con diabetes mellitus, hipertensión arterial y obesidad.	
Porcentaje de obesos en control que disminuyeron como mínimo 10% de peso en los primeros seis meses.	N° de obesos en control con disminución del 10% de su peso en los primeros seis meses.	Tarjeta de seguimiento de casos.	Anual
	Total de obesos en control en el período evaluado X 100	Hoja de registro de los resultados de laboratorio, variables clínicas y actividades del / la paciente con diabetes mellitus, hipertensión arterial y obesidad.	

